Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament

Dokumentationsdienst
3003 Bern
Tel. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@parl.admin.ch

# 00.079 Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision (Spitalfinanzierung)





# 00.079 - Geschäft des Bundesrates.
# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision (Spitalfinanzierung)

Texte français

Zusammenfassung der Beratungen

**Stand der Beratung** Erledigt

---

Botschaft vom 18. September 2000 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BBl 2001 741)

**Vorlage 1**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

**Chronologie:**
**04.10.2001 SR** Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.
**29.11.2001 SR** Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates (Art. 35 und Übergangsbestimmungen, Abs. 7).
**09.12.2002 NR** Eintreten
**13.12.2002 NR** Das Bundesgesetz wird in der Gesamtabstimmung abgelehnt.
**20.03.2003 SR** Abweichend.
**18.06.2003 NR** Abweichend.
**16.09.2003 SR** Abweichend.
**04.12.2003 SR** Abweichend.
**08.12.2003 NR** Abweichend.
**16.12.2003 SR** Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.
**17.12.2003 NR** Der Antrag der Einigungskonferenz wird abgelehnt. Damit ist das Geschäft erledigt.

**Vorlage 2**
Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

**Chronologie:**
**04.10.2001 SR** Beschluss gemäss Entwurf der Kommission.
**13.12.2002 NR** Nichteintreten.
**20.03.2003 SR** Abweichend.
**19.06.2003 NR** Nichteintreten. Das Geschäft wird somit abgeschrieben.

---

**Amtliches Bulletin - die Wortprotokolle**

---

| | |
|---|---|
| **Zuständig** | Departement des Innern (EDI) |
| **Behandelnde Kommissionen** | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-NR)<br>*Antrag:* Differenzbereinigung<br>Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR (SGK-SR)<br>*Antrag:* Differenzbereinigung |
| **Behandlungskategorie NR:** | III, Reduzierte Debatte (Art. 68 GRN) |

---

| | |
|---|---|
| **Kommissionsberichte** | 10. September 2001 - Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit - Ständerat |

---

| | |
|---|---|
| **Konnexe Geschäfte** | 02.3641 02.3642 02.3643 02.3644 02.3645 03.3571 03.3597 |

---

| | |
|---|---|
| **Deskriptoren** | Krankenversicherung; Spitalkosten; Spital;<br>Globalbudget; Risikodeckung;<br>Leistungsfinanzierung; Kontrahierungszwang; Risikoausgleich; |

---

Home

00.079 - Objet du Conseil fédéral. Deutscher Text

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle (Financement des hôpitaux)

Synthèse des délibérations

**Etat actuel** Liquidé

---

Message du 18 septembre 2000 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (FF 2001 693)

**Projet 1**
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Chronologie:**
**04-10-2001 CE** Décision modifiant le projet du Conseil fédéral.
**29-11-2001 CE** Décision modifiant le projet du Conseil fédéral (art. 35 et Dispositions transitoires, al. 7).
**09-12-2002 CN** Le conseil décide d'entrer en matière.
**13-12-2002 CN** Le projet de loi est rejeté au vote sur l'ensemble.
**20-03-2003 CE** Divergences.
**18-06-2003 CN** Divergences.
**16-09-2003 CE** Divergences.
**04-12-2003 CE** Divergences.
**08-12-2003 CN** Divergences.
**16-12-2003 CE** Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.
**17-12-2003 CN** La proposition de la Conférence de conciliation est rejetée; l'objet est ainsi liquidé.

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

**Chronologie:**
**04-10-2001 CE** Décision conforme au projet de la commission.
**13-12-2002 CN** Le conseil décide de ne pas entrer en matière.
**20-03-2003 CE** Divergences.
**19-06-2003 CN** Le conseil décide de ne pas entrer en matière. L'objet est ainsi rayé de la liste des affaires en suspens.

---

**Bulletin officiel - les procès-verbaux**

---

| | |
|---|---|
| **Compétence** | Département de l'intérieur (DFI) |
| **Commissions traitant l'objet** | Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN (CSSS-CN)<br>*Amendement:* Traitement des divergences<br>Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE (CSSS-CE)<br>*Amendement:* Traitement des divergences |
| **Catégorie objet CN:** | III, Débat réduit (art. 68 RCN) |

---

| | |
|---|---|
| **Rapports de commission** | 10 septembre 2001 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique - Conseil des Etats |

---

| | |
|---|---|
| **Objets apparentés** | 02.3641 02.3642 02.3643 02.3644 02.3645 03.3571 03.3597 |

---

| | |
|---|---|
| **Descripteurs** | Krankenversicherung; Spitalkosten; Spital;<br>Globalbudget; Risikodeckung;<br>Leistungsfinanzierung; Kontrahierungszwang; Risikoausgleich; |

---

Home

## 00.079 - Zusammenfassung

Uebersicht

# 00.079 Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision (Spitalfinanzierung)

Botschaft vom 18. September 2000 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BBl 2001 741)

**Ausgangslage**

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) steht im Zeichen der drei Ziele Schliessung von Lücken im Leistungskatalog, Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten und Kosteneindämmung. Das erste Ziel, die Schliessung von Lücken im Leistungskatalog, ist heute weitgehend erreicht.

Nicht vollständig erreicht werden konnte das Ziel der Stärkung der Solidarität: In Bezug auf die stationäre Versorgung ging das Gesetz davon aus, dass die Krankenversicherung nur einen Teil der Kosten zu übernehmen hat, die Kantone sollten wegen ihrer Zuständigkeit für die Versorgung ebenfalls einen finanziellen Anteil leisten. Auch nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes hielt der Rückgang der Kantonsbeiträge an die Spitalfinanzierung an. Damit wurde ein Aspekt der sozialen Abfederung des Systems geschwächt. Ebenfalls nicht im vom Bundesrat gewünschten Ausmass erreicht werden konnte das Ziel der Kosteneindämmung – im Jahre 1999 betrug die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung immer noch 4,1 Prozent.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie Artikel 41 Absatz 3 KVG bezüglich der Beitragsleistung an medizinisch indizierte ausserkantonale Spitalbehandlungen zu interpretieren sei. In zwei Grundsatzurteilen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht der Kantone bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Gleichzeitig entschied das Gericht, dass bei einem nicht subventionierten Spital diese Ausgleichspflicht nicht zur Anwendung kommen könne. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Frage, ob die Kantone auch bei innerkantonaler Behandlung einen Beitrag an die Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zu leisten haben. Die Systematik des Gesetzes, welche von einer obligatorischen, von allen Versicherten finanzierten Grundversicherung und von einer von der obligatorischen Grundversicherung klar abgegrenzten freiwilligen Zusatzversicherung ausgeht, lässt auf eine solche Beitragspflicht schliessen. Die im Juni 1997 eingereichte Volksinitiative „für eine freie Arzt und Spitalwahl" fordert diese Beitragspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Kantone, jedoch an sämtliche Spitäler und nicht nur an die öffentlichen und öffentlich subventionierten.

Mit dieser Teilrevision sollen die nach Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes aufgetretenen Unklarheiten einer dauerhaften Lösung zugeführt werden. Die im Gesetz verankerten Grundsätze sollen konsequent umgesetzt werden, ohne das System in Frage zu stellen. An dieser Stelle soll insbesondere kein monistisches Finanzierungssystem – das heisst ein System, in dem alle Mittel von den Versicherern zu den Leistungserbringern fliessen – vorgeschlagen werden. Da einerseits die Rahmenbedingungen und andererseits der politische Konsens, welche beim Übergang zu einem monistischen System erfüllt sein müssten, nicht gegeben sind, hält der Bundesrat ein aus einer Quelle finanziertes Vergütungssystem einzig in der langen Frist allenfalls für realisierbar. Indessen tragen die in dieser Teilrevision vorgesehenen Massnahmen dazu bei, dass dereinst die Einführung eines monistischen Systems denkbar ist. Nicht in Frage kommt für den Bundesrat eine Teilrevision mit dem Ziel, eine Regelung im Sinne des vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes wieder einzuführen. Jede auch nur teilweise Rückführung des heutigen Systems in die Richtung der Mechanismen der alten Kranken- und Unfallversicherung läuft den Zielsetzungen einer sozialen Krankenversicherung diametral entgegen. Ideen, ausgehend von rein finanziellen Überlegungen, auch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei oder mehrere Kategorien von Versicherten zu bilden, führen unweigerlich zum Bruch des Solidarsystems in der Krankenversicherung und zu unkontrollierbaren, weil ohnehin nicht Marktmechanismen gehorchenden Kostensteigerungen.

Der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitäler (inkl. Investitionskosten) ist seit Anfang der Neunzigerjahre rückläufig und sank von 35,5 Prozent im Jahre 1991 auf 29,7 Prozent im Jahre 1998. Wenn die öffentlichen Haushalte 1998 denselben Anteil an der Finanzierung der Spitäler übernommen hätten wie 1991, wären ihnen zusätzliche Ausgaben im Umfang von rund 1,4 Milliarden Franken erwachsen. Mit der Teilrevision soll diesem schleichenden Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalfinanzierung Einhalt geboten werden – um eine weitergehende kontinuierliche Verlagerung der Finanzlast auf die Krankenversicherung und die damit verbundene Überwälzung auf die Kopfprämien zu verhindern. Aus diesem Grund schlägt der Bundesrat den Wechsel zu einem System mit je hälftigen Finanzierungsanteilen vor, in dem nicht die Verschiebung der Kosten auf die anderen beteiligten Partner, sondern die Eindämmung der Gesamtkosten im Zentrum steht.

Mit einem auf Kosteneindämmung ausgerichteten System im Widerspruch steht das implizit aus dem vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetz übernommene Prinzip der Deckung der anrechenbaren Betriebskosten. Zumeist werden die gesamten Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler von der öffentlichen Hand getragen. Solche Rahmenbedingungen bilden wenig Anreiz zu betriebswirtschaftlichem Denken. Mit der

Teilrevision soll vollständig vom Prinzip der Kostendeckung abgerückt und zur Finanzierung von Leistungen übergegangen werden.
Dieser Übergang von der Institutsfinanzierung zur Leistungsfinanzierung ist im Grundsatz schon in der Regelung des neuen KVG angelegt. Tarifierung und Abrechnungsverhalten von Spitälern und Krankenversicherern sollen jedoch künftig konsequent auf die Leistungsfinanzierung ausgerichtet werden. Weil die medizinische Entwicklung dazu geführt hat, dass Leistungen, insbesondere chirurgische Eingriffe, die früher im stationären Rahmen durchgeführt wurden, heute teilstationär oder ambulant erbracht werden, sind Schnittstellen entstanden, die sich laufend verändern. Um in dieser Beziehung Klarheit zu schaffen, sollen mit dieser Teilrevision alle im Spital erbrachten Leistungen, das heisst sowohl stationäre als auch teilstationäre, zu deren Erbringung eine Spitalinfrastruktur erforderlich ist, dem gleichen Finanzierungsregime unterstellt werden. Gleichzeitig soll der teilstationäre Bereich, in Anlehnung an den stationären, der Planungspflicht unterstellt werden. Im Spitalbereich stehen verschiedene kosteneindämmende Instrumente (kantonale Kompetenz zur Einführung eines Globalbudgets, Spital- und Pflegeheimplanung) zur Verfügung; die Spitalplanung zeigt bereits erste Wirkungen. Hingegen sind die Krankenversicherer im ambulanten Bereich faktisch gezwungen, mit allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen. Damit haben sie grundsätzlich keine Mittel zur Unterbindung jener Mengenausweitung, welche durch die stetige Zunahme von zugelassenen Leistungserbringern bedingt ist. Aufgrund einer vom Parlament im Rahmen der Beratungen zur ersten Teilrevision des KVG überwiesenen Motion hat der Bundesrat einen Vorschlag zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges in Vernehmlassung gegeben. Dieser Vorschlag sah ein Modell vor, das die Aufhebung des Kontrahierungszwanges auf den ambulanten Bereich beschränken will. Gemäss dem vorgeschlagenen Modell sollte den Versicherten nur noch die Wahl unter den Leistungserbringern im ambulanten Bereich offen stehen, die mit ihrem Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen haben und damit für diesen tätig sein dürfen. Aus den Stellungnahmen wurde deutlich, dass viele Beteiligte grundsätzlich eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im KVG und somit auch die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges befürworten, indessen das vorgeschlagene Modell mit Skepsis betrachten oder dieses gar für untauglich und unpraktikabel halten. Auf ein alternatives Modell, welches mehr Akzeptanz hervorrufen würde, liess sich auf Grund der Stellungnahmen allerdings nicht schliessen. Der Bundesrat sieht deshalb davon ab, im Rahmen dieser Teilrevision das wettbewerbliche Vertragsmodell im ambulanten Bereich generell vorzuschlagen. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs sieht er lediglich in Bezug auf über 65-jährige Leistungserbringer vor.

**Verhandlungen**

Vorlage 1
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

| | | |
|---|---|---|
| 04.10.2001 | SR | Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates. |
| 29.11.2001 | SR | Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates (Art. 35 und Übergangsbestimmungen, Abs. 7). |
| 09.12.2002 | NR | Eintreten |
| 13.12.2002 | NR | Das Bundesgesetz wird in der Gesamtabstimmung abgelehnt. |
| 20.03.2003 | SR | Abweichend. |
| 18.06.2003 | NR | Abweichend. |
| 16.09.2003 | SR | Abweichend. |

Vorlage 2
Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

| | | |
|---|---|---|
| 04.10.2001 | SR | Beschluss gemäss Entwurf der Kommission. |
| 13.12.2002 | NR | Nichteintreten. |
| 20.03.2003 | SR | Abweichend. |
| 18.06.2003 | NR | Nichteintreten. |

Im **Ständerat** stellte Kommissionspräsidentin Christine Beerli (R, BE) einleitend fest, dass die Schweiz ein qualitativ ausserordentlich hoch stehendes Gesundheitswesen habe. Gesundheit und Wohlbefinden hätten in unserer Gesellschaft zu Recht einen hohen Stellenwert. Bedenklich sei jedoch, dass wir alles und vor allem das beste haben wollen, aber dafür möglichst wenig bezahlen möchten. Diese Rechnung gehe nicht auf. Für die Kommission steht die KVG-Teilrevision auf drei Pfeilern: Bei der Spitalfinanzierung und auch bei den Investitionen werden sich künftig die Kantone und die Krankenkassen die Kosten hälftig teilen, die Prämienbelastung wird auf acht Einkommensprozente begrenzt und der Kontrahierungszwang wird abgeschafft.
Bei der Spitalfinanzierung geht es um kantonale Beiträge an die Spitalkosten von Patienten, die nicht nur über eine Grund- sondern auch über eine Zusatzversicherung verfügen. Hier besteht auch aufgrund von Urteilen des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, welche entsprechende Sockelbeiträge auch an Zusatzversicherte verlangen, ein Handlungsbedarf. Neu ist auch ein Wechsel von der Institutions- zur Leistungsfinanzierung: Die Spitäler werden nicht mehr subventioniert, sondern erhalten leistungsbezogene Pauschalen. Die Kommission schlug zudem vor, mittelfristig auf eine monistische Finanzierung der Spitalleistungen zu wechseln. Der Bundesrat wurde beauftragt, innert fünf Jahren eine entsprechende

Revisionsvorlage zu unterbreiten. Die Krankenkassen sollen dann allein für die Spitalkosten aufkommen; der Kantonsbeitrag soll an die Krankenkassen gehen bzw. den Versicherten über die Prämienverbilligungen ausbezahlt werden. Ein Antrag von Rolf Büttiker (R, SO) auf Rückweisung an den Bundesrat mit dem Auftrag, direkt zu einer monistischen Finanzierung überzugehen, lehnte der Rat mit 31 zu 4 Stimmen ab. Mit der neuen Spitalfinanzierung kommen auf die Kantone Mehrbelastungen im Umfang von rund einer Milliarde Franken zu. Gegen den Widerstand von Kommissionspräsidentin Christine Beerli und Bundesrätin Ruth Dreifuss stimmte der Ständerat mit 33 zu 4 Stimmen einer von Hansruedi Stadler (C, UR) vorgeschlagenen Übergangslösung zu. Damit müssen die Kantone ihren Anteil der Spitalkosten in Viertelschritten bis vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes übernehmen.
Unbestritten war der zweite Hauptpunkt der Revision: Mit einem Sozialziel wird die Belastung der Versicherten durch die Krankenkassenprämien auf maximal acht Prozent des Haushalteinkommens begrenzt. Dieser Vorschlag der Kommission möchte Christine Beerli auch als indirekter Gegenvorschlag zur SP-Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben" verstanden wissen. Der entsprechende Mehraufwand des Bundes für Prämienverbilligungen beträgt 300 Millionen Franken pro Jahr.
Als dritter Schwerpunkt hat der Rat schliesslich mit 33 zu 3 Stimmen den Kontrahierungszwang abgeschafft. Die Krankenkassen sind nicht mehr verpflichtet, mit jedem Leistungserbringer einen Vertrag abzuschliessen. Damit soll das Wachstum der Ärztedichte gebremst werden, was sich positiv auf die Gesundheitskosten auswirke. In der folgenden Session legte der Rat die Details dieses Grundsatzentscheides fest. Bereits zuvor hatte er beschlossen, dass die Versicherer die Vorgaben der Kantone für die Versorgungssicherheit berücksichtigen müssen. Eine Übergangsklausel sichert zudem den Chronischkranken die weitere Behandlung beim Arzt ihrer Wahl zu. Auf Antrag der Kommission beschloss der Ständerat, dass Ärzte und Krankenkassen die Kriterien selber aushandeln, die Ärzte erfüllen müssen, damit sie einen Vertrag mit der Kasse bekommen. Weiter können sich abgewiesene Ärzte an eine tripartite Schiedskommission (je zwei Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassen und ein Vertreter des Kantons, der den Vorsitz führt) wenden. Damit würden Leitplanken gegen eine Übermacht der Krankenversicherer angebracht, sagte Beerli. Dem widersprach Françoise Saudan (R, GE). Sie hätte die moderate Lösung des Bundesrates zum Kontrahierungszwang vorgezogen und sah in den Vorschlägen der Kommission eine Verlagerung des Gleichgewichts in Richtung der Krankenkassen. Michèle Berger (R, NE) befürchtete durch diese Regelungen einen schrittweisen Ausschluss von Medizinern, die sich mit schweren und komplizierten Fällen befassen, was schliesslich zu einer Zweiklassenmedizin führe. Zudem liessen die Vorschläge der Kommission viele Fragen offen und seien zum Teil widersprüchlich. Trotz dieser Bedenken stimmte der Ständerat den entsprechenden Bestimmungen zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges mit 37 zu 3 und 36 zu 3 Stimmen zu.
Der **Nationalrat** lehnte die Revision nach einer ausgedehnten Detailberatung in der Gesamtabstimmung mit 93 zu 89 Stimmen ab. Die sozialdemokratische und die grüne Fraktion stimmten der Vorlage geschlossen zu, während sie von den Fraktionen der FDP und SVP fast ebenso geschlossen abgelehnt wurde. Die CVP-Fraktion stimmte mehrheitlich zu. Ausschlaggebend für das Nein der FDP-Fraktion war der Entscheid, den Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung statt um 150 um 300 Millionen Franken zu erhöhen und künftig diese Bundesbeiträge zu indexieren und sie der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzupassen. Bei der Beitragserhöhung folgte der Nationalrat dem Ständerat mit 97 zu 89 Stimmen. Die SVP-Fraktion lehnte die Vorlage ab, weil sie nichts beitrage gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen und nicht zu mehr Wettbewerb führe.
Zuvor lehnte der Nationalrat, im Gegensatz zum Ständerat, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges mit 91 zu 76 Stimmen ab. Der Rat folgte damit seiner Kommission, welche vorschlug, vorerst nur die Hürden im Bereich der Grundversicherung zu erhöhen. Kassen und Leistungserbringer sollten dazu bis Ende 2004 die Bedingungen aushandeln. Der Rat lehnte es auch mit 87 zu 83 Stimmen ab, die Mindestfranchise von 230 auf 400 Franken zu erhöhen. Der Nationalrat beschloss gemäss Antrag der Kommission, dass neu der Bund die Planung der Spitzenmedizin übernehmen soll. Mit 75 zu 73 Stimmen legte er auch fest, dass die Apotheker bei gleicher Eignung zwingend das jeweils preisgünstigste Medikament abgeben müssen.
In der Frage der Spitalfinanzierung war sich der Nationalrat mit dem Ständerat einig. Er lehnte es mit 106 zu 55 Stimmen ab, den Kostenbeitrag der Kantone auf die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler zu beschränken. Auch beim Grundsatz, dass die Prämienbelastung einen gewissen Anteil des Einkommens der Versicherten nicht übersteigen soll, folgte der Nationalrat dem Ständerat. Allerdings war die grosse Kammer der Meinung, dass die maximale Belastung für Familien und Einzelpersonen unterschiedlich sowie nach Einkommenskategorien abgestuft sein soll.
Bei der Weiterbehandlung der Vorlage führte der **Ständerat** eine zweite Detailberatung durch. Er berücksichtigte dabei auch die Diskussionen im Nationalrat, obwohl dieser in der Gesamtabstimmung die durchberatene Vorlage verworfen hatte. Kommissionssprecher Bruno Frick (C, SZ) bezeichnete den durch die Kommission teilweise überarbeiteten Entwurf als insgesamt verbesserte Neuauflage der KVG-Teilrevision. Dabei seien auch einige Schlaglöcher ausgebessert worden, die zur Ablehnung im Nationalrat geführt hatten.
Bei der Aufhebung des Vertragszwangs hielt der Rat an seinen Beschlüssen fest, ergänzte sie aber, indem er der Vertragsfreiheit klare Grenzen setzte. Danach können die Kantone festlegen, wie viele Ärzte gebraucht werden; die Kassen schliessen dann mit mindestens so vielen Ärzten pro Sparte Verträge ab. Zudem haben Leistungserbringer, die anfangs 2003 zugelassen waren bei Inkrafttreten des Gesetzes in jedem Fall ein Anrecht auf einen vierjährigen Vertrag.

Bei der Spitalfinanzierung war sich der Rat weiterhin einig, dass die je hälftige Finanzierung durch Krankenkassen und Kantone in Zukunft über eine einzige Zahlstelle abgewickelt werden soll. Eine Kommissionsminderheit wollte diese monistische Finanzierung bereits 2007 und nicht erst in 10 Jahren realisiert haben. Der Antrag unterlag jedoch mit 22 zu 8 Stimmen.
Der Ständerat übernahm bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung die nationalrätliche Version. Statt der ursprünglich beschlossenen fixen Grenze von maximal acht Einkommensprozenten soll die Prämienbelastung für weniger gut verdienende Alleinstehende je nach Einkommen zwischen vier und zwölf Prozent des Einkommens liegen und für Familien mit Kindern zwischen zwei und zehn Prozent. Diese Regelung bedeute einen guten indirekten Gegenvorschlag zur SP-Gesundheitsinitiative meinte Kommissionssprecher Bruno Frick (C, SZ). Umstritten war die zusätzliche Prämienentlastung bei Kindern. Mit 18 zu 17 Stimmen folgte der Rat seiner Kommission und beschloss, dass beim zweiten Kind nur die halbe Prämie bezahlt werden muss und vom dritten Kind an die Prämie ganz wegfällt. Christiane Brunner (S, GE) unterlag mit ihrem Antrag, wonach diese Entlastung von den Krankenkassen und nicht via Prämienverbilligung von der öffentlichen Hand zu zahlen sei mit 21 gegen 11 Stimmen.
Bei der Höhe der Bundesbeiträge revidierte der Ständerat seinen ursprünglichen Beschluss. Statt der 300 Millionen Franken schlug die Kommission eine Aufstockung um 200 Millionen Franken vor. Christine Beerli (R, BE) beantragte eine Erhöhung um 150 Millionen Franken und setzte sich mit 17 zu 14 Stimmen durch. Der Rat beschloss zudem mit 22 gegen 8 Stimmen, dass die jährlichen Bundesbeiträge indexiert werden, aufgrund der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung und unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes und der Kantone. Eugen David (C, SG) warnte davor, dass bei fehlender Indexierung am Schluss die Kantone zusätzliche Kosten für die Prämienverbilligung, für die neu ein Rechtsanspruch besteht, tragen müssten.
Beim Selbstbehalt beschloss der Ständerat eine Verschärfung. Nur noch wer Mitglied einer kostengünstigen Netzwerkversicherung (etwa HMO) ist, zahlt wie bisher einen Selbstbehalt von 10 Prozent. Bei allen anderen Versicherten wird der Selbstbehalt auf 20 Prozent erhöht. Ein Streichungsantrag von Michel Béguelin (S, VD), der diese Erhöhung bekämpfte, wurde mit 4 gegen 27 Stimmen abgelehnt.
Mit 21 zu 8 Stimmen beschloss der Rat die Förderung von Generika, indem bei gleicher Eignung die preisgünstigen Arzneimittel verordnet und abgegeben werden müssen. Bezüglich Spitzenmedizin verpflichtete er die Kantone zur gemeinsamen Planung, beziehungsweise den Bund, falls die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen.
Neu in die Vorlage aufgenommen hat der Ständerat schliesslich die Finanzierung der Pflegeleistungen, obwohl dieses Thema ursprünglich erst für die dritte KVG-Revision vorgesehen war. Nach geltendem Recht müssen die Kassen für alle krankheitsbedingten Pflegekosten aufkommen. Auf Antrag der Kommission beschloss der Ständerat, dass die Krankenkassen neu nur noch „einen Beitrag" der Pflegekosten, dessen Höhe vom Bundesrat zu bestimmen ist, übernehmen sollen. Aktuell zahlen die Krankenversicherer für die Pflege in Pflegeheimen nicht mehr wie früher nur eine Fallpauschale sondern übernehmen aufgrund der seit 1. Januar 2003 gültigen Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) die effektiven Kosten. Die Krankenversicherer befürchten aufgrund dieser Verordnung für sich Mehrkosten von etwa einer Milliarde Franken. Erika Forster (R, SG) wollte zumindest die Langzeitpflege von der vorgeschlagenen Regelung ausnehmen, unterlag aber mit 26 zu 11 Stimmen. Ernst Leuenberger (S, SO) verwies darauf, dass der Bundesrat zu diesem Thema im Hinblick auf die nächste KVG-Revision eine Arbeitsgruppe eingesetzt habe und bezeichnete den Kommissionsantrag als Schnellschussübung. Seine Frage, wer denn die Milliarde Franken Mehrkosten zahle, wenn sie die Krankenkassen nicht zahle, wurde nicht beantwortet. Sein Antrag, die jetzige Finanzierungsregelung beizubehalten wurde mit 31 zu 5 Stimmen abgelehnt.
Bei der erneuten Beratung der Vorlage stimmte der **Nationalrat** nun der Lockerung des Vertragszwanges mit den vom Ständerat formulierten Rahmenbedingungen mit 153 zu 18 Stimmen zu. Dabei setzte er noch einen zusätzlichen Akzent zur Förderung von Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung. Mit in derartigen Netzwerken angeschlossenen Medizinern müssen die Krankenversicherer zwingend Verträge abschliessen. Zusätzlich können Chronischkranke und Betagte ihren Arzt behalten. Auf Antrag einer Kommissionsminderheit übernahm der Nationalrat mit 87 zu 82 Stimmen eine entsprechende vom Ständerat vorgesehene Ausnahmebestimmung. Der Rat verpflichtete die Krankenkassen dazu, künftig solche Ärztenetzwerke anzubieten und schloss sich damit dem Ständerat an. Für abgelegene Gebiete kann der Bundesrat Ausnahmen erlassen. Allerdings sollen diejenigen Versicherten, die sich nicht einem Ärztenetzwerk anschliessen, nicht mit einem höheren Selbstbehalt von 20 Prozent bestraft werden. Mit 134 zu 23 Stimmen widersetzte sich in diesem Punkt der Nationalrat dem Ständerat und beschloss auch im Hinblick auf mögliche Vollzugsprobleme, dass weiterhin für alle ein Selbstbehalt von 10 Prozent gelten soll. Nichts wissen wollte der Nationalrat von einkommensabhängigen Franchisen. Er lehnte einen entsprechenden Vorschlag von linker Seite mit 97 zu 58 Stimmen ab. Ebenfalls lehnte es der Rat mit 96 zu 60 Stimmen ab, die Kompetenz zur Festlegung der Franchise vom Bundesrat auf das Parlament zu übertragen.
In der Frage der Spitalfinanzierung (je hälftige Finanzierung durch Kantone und Krankenversicherer) schloss sich der Nationalrat dem Ständerat an.
Ebenfalls grundsätzlich unbestritten blieb das neue System der Prämienverbilligung mit einem differenzierten Sozialziel. Auf Antrag von Yves Guisan (R, VD) ergänzte der Rat mit 108 zu 33 Stimmen die Fassung des Ständerates mit einer Klausel, wonach die Kantone ein Höchsteinkommen festzulegen haben für den

Anspruch auf Prämienverbilligung. Bei der Prämienbefreiung für Kinder übernahm der Nationalrat mit 84 zu 65 Stimmen den Vorschlag des Ständerates. Bei der Frage der Finanzierung der Prämienverbilligung, beziehungsweise der Erhöhung der Bundesbeiträge nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision, standen verschiedene Vorschläge im Raum, nämlich zwischen 150 Millionen Franken (bürgerliche Kommissionsminderheit I) und 500 Millionen Franken (links-grüne Minderheit II). Das gesetzte Sozialziel und die Kinderprämienverbilligungen seien nur mit diesem höheren Betrag überhaupt finanzierbar argumentierte Franco Cavalli (S, TI). Schliesslich setzte sich der Antrag der Kommissionsmehrheit mit zusätzlichen 200 Millionen Franken mit 75 zu 67 Stimmen gegen den geringeren Betrag und mit 90 zu 52 Stimmen gegen den höheren Betrag der Minderheit II durch.
Auf Antrag der Kommission beschloss der Nationalrat – entgegen der Vorstellung des Ständerates – die Frage der Finanzierung der Pflegeleistungen erst in der nächsten KVG-Revision zu behandeln.
Entgegen seiner früheren Haltung lehnte der Nationalrat diesmal mit 100 zu 56 Stimmen den Vorschlag ab, dass statt Medikamentenmarken grundsätzlich Wirkstoffe verschrieben werden sollen und bei gleicher Eignung immer das preisgünstigste Medikament abzugeben sei. Die in einem anderen Artikel vom Ständerat vorgesehene Förderung von Generika blieb unbestritten.
Deutlich verworfen wurden Anträge der Linken, welche die Grundversicherung um eine freiwillige Hotellerieversicherung für die Wahl von Einzel- oder Zweierzimmer im Spital ergänzen wollten, einen von Kassen, Kantonen und Bund alimentierten Hochkostenpool für teure Behandlungen vorsahen sowie Billigkassen verbieten wollten.
In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat die so durchberatene Vorlage mit 86 zu 48 Stimmen an. Der Sprecher der SP-Fraktion, Franco Cavalli (S, TI) erklärte, dass seine Fraktion gegen diese Revision stimmen werde, weil keine kostendämpfenden Massnahmen und zuwenig zusätzliche Bundessubventionen für die Prämienverbilligung beschlossen worden seien. Demgegenüber zeigte sich Felix Gutzwiller (R, ZH) für seine Fraktion befriedigt von den gefällten Beschlüssen, welche einen Beitrag zur Qualitätssicherung und zur Kostendämpfung leisten würden.
Im **Ständerat** ging es in der Folge um die „Feinjustierung" der Vorlage, wie sich Kommissionssprecher Bruno Frick (C, SZ) ausdrückte. Allerdings würden trotzdem einige Differenzen zum Nationalrat, auch materieller Art, bis zur Einigungskonferenz bestehen bleiben. Weiterhin umstritten war die Frage der Pflegefinanzierung, die der Nationalrat wie auch der Bundesrat nicht in dieser Teilrevision behandelt haben möchte. Die Kommissionsmehrheit beantragte, dass der Ständerat grundsätzlich an seinem Beschluss, jedoch mit etwas anderer Formulierung festhalten soll. Demzufolge hätten die Krankenversicherer nur noch einen „Beitrag an die Massnahmen der Grundpflege" zu leisten. Auch nach längerer Debatte blieb zu diesem Thema vieles unklar, insbesondere die Auswirkungen und die Rolle der Spitex. Der Rat stimmte sodann einem Ordnungsantrag von Marianne Slongo (C, NW) mit 18 zu 11 Stimmen zu und wies diesen Punkt zur weiteren Prüfung zurück an die Kommission. Entgegen der Meinung des Nationalrates lehnte es der Ständerat mit 31 zu 6 Stimmen weiterhin ab, den Aufenthalt im Geburtshaus durch die Krankenversicherung zu bezahlen. Bei der Frage des Selbstbehaltes beantragte die Kommission mehrheitlich, daran festzuhalten, dass jene Versicherten, die sich nicht an einem Ärztenetzwerk anschliessen, einen Selbstbehalt von 20 statt von 10 Prozent bezahlen sollen. Dieser Kommissionsantrag wurde mit 24 zu 10 Stimmen angenommen. Jean Studer (S, NE) wies vergeblich darauf hin, dass solche Netzwerke in vielen Gegenden nicht vorhanden sind und sich die vorgeschlagene Verdoppelung des Selbstbehaltes kontraproduktiv auf die Förderung von Netzwerken auswirken könne. Kommissionssprecher Bruno Frick (C, SZ) liess allerdings durchblicken, dass die Kommission in der Einigungskonferenz auf eine Lösung einschwenken könnte, die dem Bundesrat die Kompetenz gibt, den jetzigen Selbstbehalt zu erhöhen. Mit 22 zu 19 Stimmen schaffte der Ständerat auf Antrag einer Kommissionsminderheit die von ihm geschaffene und vom Nationalrat übernommene Regelung wieder ab, wonach die Prämien für das zweite Kind halbiert und für die weiteren Kinder vollständig erlassen werden sollen. Christine Beerli (R, BE) bezeichnete den generellen Prämienerlass für Kinder als Giesskannenprinzip, weil damit auch jene Familien berücksichtigt würden, die keinen Anspruch auf die gesetzliche Prämienverbilligung hätten. Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone für die Prämienverbilligung sollen nicht nur, wie vom Nationalrat beschlossen, von der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung abhängig sein. Mit 34 zu 4 Stimmen legte der Ständerat fest, dass der Bundesrat bei der Festlegung auch die Finanzlage von Bundes und der Kantone berücksichtigen muss. Bei der Frage der Finanzierung der Prämienverbilligung, beziehungsweise der Erhöhung der Bundesbeiträge nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision, schloss sich der Ständerat den 200 Millionen Franken des Nationalrates an. Einen Antrag von Christiane Brunner (S, GE) auf eine Erhöhung um 350 Millionen lehnte der Rat mit 33 zu 6 Stimmen ab. Für die Zeit bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG verabschiedete der Ständerat einen Bundesbeschluss der für die Jahre 2004 bis 2007 insgesamt 9,6 Milliarden Franken Bundesgelder für die Prämienverbilligung vorsieht (03.042). Eine Minderheit kritisierte, das darin vorgesehene jährliche Wachstum von 1,5 Prozent entspreche nicht der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Ihr Antrag, die Beiträge jährlich um 6 Prozent aufzustocken, scheiterte jedoch mit 30 zu 6 Stimmen.

*Stand: November 2003*

00.079 - Note de synthèse **Résumé**

# 00.079 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle (Financement des hôpitaux)

Message du 18 septembre 2000 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (FF 2001 693)

**Situation initiale**

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) répond à un triple objectif: combler les lacunes du catalogue des prestations, renforcer la solidarité entre les assurés et maîtriser les coûts. Le premier objectif – combler les lacunes du catalogue des prestations – est désormais en grande partie atteint. Le deuxième objectif par contre, qui consiste dans le renforcement de la solidarité, n'a pu être atteint que partiellement. En ce qui concerne les soins hospitaliers, la loi partait en effet du principe que l'assurance-maladie ne devait prendre en charge qu'une partie des coûts, les cantons devant aussi participer au financement du fait de leur compétence en matière de fourniture de soins. Or l'entrée en vigueur de la nouvelle loi n'a pas mis un frein à la baisse continue des contributions des cantons, ce qui a diminué la portée de cette mesure destinée à rendre le système plus social. L'objectif de la maîtrise des coûts lui non plus n'a pas pu être atteint dans la mesure souhaitée par le Conseil fédéral. En 1999, les coûts de l'assurance obligatoire des soins ont augmenté en effet encore de 4,1 %. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, les cantons et les assureurs-maladie n'étaient pas d'accord sur l'interprétation de l'art. 41, al. 3, LAMal, concernant la prise en charge des coûts des traitements hospitaliers effectués hors du canton sur indication médicale. Dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a décidé en décembre 1997 que l'obligation de contribution des cantons lors d'un séjour en hôpital à l'extérieur du canton existe, indépendamment de la nature de la division d'un établissement hospitalier public ou subventionné par les pouvoirs publics. Le tribunal a en même temps décidé que cette obligation de compensation ne pouvait pas s'appliquer lorsqu'il s'agissait d'un hôpital non subventionné. Le TFA n'a par contre pas répondu à la question de savoir si les cantons doivent également apporter une contribution lorsque des patients au bénéfice d'assurances complémentaires sont soignés à l'intérieur du canton. L'existence d'une telle obligation de contribution peut être déduite de la systématique de la loi, qui est basée sur une distinction claire entre d'un côté une assurance de base obligatoire financée par tous les assurés et de l'autre une assurance complémentaire facultative. L'initiative populaire «pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier», déposée en juin 1997, demande que cette obligation de contribution à laquelle sont soumis l'assurance obligatoire des soins ainsi que les cantons s'étende cependant à tous les hôpitaux et pas uniquement aux hôpitaux publics ou bénéficiant de subventions des pouvoirs publics. Cette révision partielle doit permettre de résoudre de manière durable les problèmes d'interprétation qui ont surgi après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Les principes inscrits dans la loi doivent être appliqués de manière conséquente sans remettre le système en question. Il s'agit en particulier de ne pas proposer un système de financement moniste – autrement dit un système dans lequel la totalité des ressources proviennent des assureurs qui les versent aux fournisseurs de prestations. Les conditions-cadres ainsi que le consensus politique nécessaires pour le passage à un système moniste faisant défaut, le Conseil fédéral estime qu'un système de rémunération basé sur une unique source de financement n'est réalisable qu'à long terme. Les mesures prévues dans cette révision partielle contribuent toutefois à ce qu'il soit possible, un jour, d'imaginer l'introduction d'un système moniste. Pour le Conseil fédéral, il n'est pas question de faire une révision partielle visant à réintroduire une réglementation allant dans le sens de l'ancienne loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents. Tout réalignement, ne serait-ce que partiel, du système actuel sur les mécanismes de l'ancienne assurance-maladie est foncièrement contraire aux objectifs d'une assurance-maladie sociale. Vouloir, sur la base de considérations purement financières, constituer deux catégories ou davantage d'assurés dans l'assurance obligatoire des soins, c'est provoquer inévitablement une rupture du système de solidarité dans l'assurance-maladie et des augmentations de coûts incontrôlables, parce que n'obéissant pas aux mécanismes du marché. La part des cantons au financement des hôpitaux est en baisse depuis le début des années 90 (investissements compris); elle a ainsi passé de 35,5 % en 1991 à 29,7 % en 1998. Si, en 1998, la participation des collectivités publiques au financement des hôpitaux avait été aussi élevée qu'en 1991, elles auraient dû assumer des charges supplémentaires de quelque 1,4 milliard de francs. La présente révision partielle doit mettre fin au lent retrait des pouvoirs publics du financement des hôpitaux. L'objectif est d'empêcher que ne se poursuive le mouvement de transfert continu de la charge financière sur l'assurance-maladie et le report qui lui est lié sur les primes par tête. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose de passer à un système prévoyant un partage du financement par moitié, centré non pas sur le transfert des coûts sur les autres partenaires impliqués, mais sur la maîtrise des coûts globaux. Le principe de la couverture des charges d'exploitation imputables, repris implicitement de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents est contraire à un système axé sur la maîtrise des coûts. Le plus souvent, les déficits d'exploitation des hôpitaux publics sont couverts en totalité par l'Etat. Ce type de conditions-cadres n'incite guère à raisonner en

termes d'économie d'entreprise. La présente révision partielle doit permettre de ne plus appliquer du tout le principe de la couverture des coûts et de le remplacer par celui du financement des prestations. Ce passage du financement des institutions au financement des prestations est en principe déjà établi dans la réglementation de la LAMal. A l'avenir, le financement des prestations devra servir de référence aux hôpitaux et aux assureurs-maladie en matière de tarification et de mode de facturation. Du fait de l'évolution de la médecine, des prestations qui étaient auparavant fournies dans un cadre hospitalier – les interventions chirurgicales en particulier – sont fournies en partie aujourd'hui dans un cadre semi-hospitalier ou ambulatoire. De là des recoupements sont apparus, qui évoluent en permanence. Pour clarifier les choses dans ce domaine, la présente révision propose que toutes les prestations fournies en hôpital – qu'elles soient hospitalières ou semi-hospitalières – qui nécessitent une infrastructure hospitalière soient soumises à un même régime de financement. En même temps le domaine semi-hospitalier sera soumis à l'obligation de planification, comme cela est le cas pour le domaine hospitalier. Le domaine hospitalier dispose de plusieurs instruments de maîtrise des coûts (compétence accordée aux cantons d'introduire un budget global, une planification des hôpitaux et des établissements médicosociaux) et la planification hospitalière porte déjà ses premiers fruits. Dans le domaine ambulatoire par contre, les assureurs maladie sont contraints de fait de conclure une nouvelle convention tarifaire avec tous les fournisseurs de prestations admis selon la loi. Ils n'ont de ce fait en principe aucun moyen de s'opposer à l'accroissement du volume des prestations provoqué par l'augmentation constante du nombre de fournisseurs de prestations admis. En se basant sur une motion transmise par le Parlement dans le cadre des délibérations sur la 1ère révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a mis en consultation une proposition relative à la suppression de l'obligation de contracter. Cette proposition prévoyait un modèle visant à limiter au domaine ambulatoire la suppression de l'obligation de contracter. Selon le modèle proposé, les assurés ne devaient désormais avoir le choix que parmi les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire ayant conclu une convention tarifaire avec leur assureur et pouvant donc exercer son activité pour ce dernier. Les prises de position ont montré que de nombreux milieux concernés étaient en principe favorables à un renforcement de la notion de concurrence dans la LAMal et qu'ils approuvaient de ce fait la proposition de supprimer l'obligation de contracter, mais qu'ils étaient par contre sceptiques envers le modèle proposé ou même qu'ils le jugeaient inadapté et impossible à mettre en pratique. Les prises de position ne permettaient toutefois pas de conclure qu'il existerait un autre modèle qui serait mieux reçu. C'est pourquoi le Conseil fédéral renonce à proposer de manière générale dans le cadre de cette révision partielle le modèle de contrat ouvert à la concurrence dans le domaine ambulatoire. Il propose une suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire uniquement dans le cas des fournisseurs de prestations qui ont atteint l'âge de 65 ans révolus.

**Délibérations**

Projet 1
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

| | | |
|---|---|---|
| 04-10-2001 | CE | Décision modifiant le projet du Conseil fédéral. |
| 29-11-2001 | CE | Décision modifiant le projet du Conseil fédéral (art. 35 et Dispositions transitoires, al. 7). |
| 09-12-2002 | CN | Le conseil décide d'entrer en matière |
| 13-12-2002 | CN | Le projet de loi est rejeté au vote sur l'ensemble. |
| 20-03-2003 | CE | Divergences. |
| 18-06-2003 | CN | Divergences. |
| 16-09-2003 | CE | Divergences. |
| 04-12-2003 | CE | Divergences. |
| 08-12-2003 | CN | Divergences. |
| 16-12-2003 | CE | Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation. |
| 17-12-2003 | CN | La proposition de la Conférence de conciliation est rejetée; l'objet est ainsi liquidé. |

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

| | | |
|---|---|---|
| 04-10-2001 | CE | Décision conforme au projet de la commission. |
| 13-12-2002 | CN | Le conseil décide de ne pas entrer en matière. |
| 20-03-2003 | CE | Divergences. |
| 18-06-2003 | CN | Le conseil décide de ne pas entrer en matière. |

Dans son introduction, Christine Beerli (R, BE), porte-parole de la commission, a expliqué au **Conseil des Etats** que la Suisse possédait un système de santé d'une qualité exceptionnelle; notre pays accorde à juste titre une grande place à la santé et au bien-être dans la société. Ce qui mérite cependant réflexion, selon elle, c'est que nous voulons tout et si possible le meilleur sans toutefois devoir en payer le prix. C'est un raisonnement qui ne tient pas. Aux yeux de la commission, la révision partielle de la LAMal repose sur trois piliers : en matière de financement des hôpitaux et d'investissements, les cantons et les caisses-maladie devront se partager les frais à parts égales, la charge des primes sera limitée à 8 % du revenu et l'obligation de contracter sera supprimée.

Dans le chapitre du financement des hôpitaux, le débat porte sur les subventions versées par les cantons pour couvrir les frais d'hospitalisation de patients au bénéfice non seulement d'une assurance de base, mais aussi d'une assurance complémentaire. Il est nécessaire d'agir dans ce secteur à la suite de jugements prononcés par Tribunal fédéral des assurances obligeant à prévoir des prestations de base également pour les détenteurs d'assurances complémentaires. Une autre nouveauté est le passage du financement de l'institution à celui de la prestation : les hôpitaux ne bénéficieront plus de subventions, mais toucheront des forfaits en fonction des prestations fournies. La commission a proposé en outre de passer à moyen terme à un financement moniste des prestations hospitalières. Le Conseil fédéral a été chargé de soumettre d'ici cinq ans un projet de révision dans ce sens. Les caisses-maladie seront tenues dès lors de subvenir aux frais hospitaliers; la subvention cantonale est versée aux caisses-maladie directement, ou aux assurés par le biais du système de réduction des primes. Une proposition de renvoi de Rolf Büttiker (R, SO), chargeant le Conseil fédéral de passer directement à un système moniste, a été rejetée par le Conseil par 31 voix contre 4. Le nouveau système de financement des hôpitaux imposera aux cantons une charge financière de près d'un milliard de francs. Contre l'avis de Christine Beerli, présidente de la commission et de la conseillère fédérale Ruth Dreifuss, le Conseil des Etats a voté, par 33 voix contre 4, en faveur d'une solution transitoire proposée par Hans-Ruedi Stadler (C, UR). La solution permet aux cantons d'assumer leurs engagements par tranches d'un quart pendant quatre années suivant l'entrée en vigueur de la loi.
Aucune objection n'a été soulevée par le deuxième point de la révision : conformément à un objectif social, la charge que représentent les primes doit correspondre à 8 % du revenu du ménage au maximum. Christine Beerli aimerait présenter cette proposition de la commission comme contre- proposition indirecte à l'initiative populaire lancée par le PS « la santé à un prix abordable ». Le supplément de dépense imposé aux caisses fédérales pour la réduction des primes s'élève à 300 millions de francs par an.
Quant au troisième point fort de la révision, l'obligation de contracter, le Conseil en a voté la suppression par 33 voix contre 3. Les caisses-maladie ne sont plus tenues de conclure un accord ou un contrat avec chaque fournisseur de prestations. Cette mesure est censée atténuer la densité des médecins, ce qui devrait exercer un effet positif sur les coûts de la santé. Au cours de la session suivante, le Conseil a fixé les détails de cette décision. Il avait déjà décidé auparavant que les assureurs devraient respecter les normes fixées par les cantons pour couvrir les besoins. Une clause transitoire garantit de plus aux malades chroniques la poursuite de leur traitement auprès du médecin de leur choix. Sur proposition de la commission, le Conseil des Etats a décidé que les médecins et les caisses maladie devraient négocier eux-mêmes les critères que les médecins devaient remplir pour conclure un contrat avec la caisse. De plus, les médecins dont la proposition n'aurait pas abouti pouvaient s'en référer à une commission d'arbitrage tripartite (deux représentants du corps médical, deux des caisses-maladie et un du canton, qui assume la présidence). Cette mesure empêcherait les assureurs d'abuser de leur pouvoir, a dit Christine Beerli. Françoise Saudan (R, GE) opposée à cette solution, a dit préférer la solution plus modérée du Conseil fédéral sur l'obligation de contracter car, selon elle, les propositions de la commission font trop pencher la balance du côté des caisses-maladie. Michèle Berger (R, NE) craint que ces règles ne conduisent à une exclusion progressive des médecins qui s'occupent de cas difficiles et compliqués, avec pour résultat l'instauration d'une médecine à deux vitesses. De plus, les propositions de la commission laisseraient plusieurs questions sans réponse et seraient en partie contradictoires. Malgré ces réserves, le Conseil des Etats a adopté les mesures de suppression de l'obligation de contracter par 37 voix contre 3 et 36 contre 3 voix.
A l'issue d'un examen par article prolongé, le **Conseil national** a rejeté la révision, lors du vote sur l'ensemble, par 93 voix contre 89. Le groupe socialiste et le groupe des Verts ont voté pour à l'unanimité, tandis que le groupe des radicaux et celui de l'UDC l'ont rejetée, eux aussi presque à l'unanimité. Le groupe du PDC a voté pour dans sa majorité. La raison principale motivant le non du groupe radical a été la décision de faire passer de 150 à 300 millions la contribution fédérale destinée à la réduction des primes ainsi que l'indexation future de ces contributions fédérales sur l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins. S'agissant de l'augmentation de ladite contribution, le Conseil national a suivi le Conseil des Etats, par 97 voix contre 89. Le groupe de l'UDC a rejeté le projet en estimant qu'il ne prévoyait rien contre la croissance des coûts dans le secteur de la santé et qu'il n'allait pas dans le sens d'un renforcement de la concurrence.
Contrairement au Conseil des Etats, le Conseil national avait préalablement rejeté, par 91 voix contre 76, la suppression de l'obligation de contracter. Le conseil s'était ainsi aligné sur la position de sa commission, laquelle avait proposé de se limiter au domaine de l'assurance de base dans un premier temps. Les caisses et les fournisseurs de prestations disposeraient en l'occurrence d'un délai de négociation des conditions courant jusqu'à fin 2004. Par 87 voix contre 83, le conseil a également refusé de faire passer le montant de la franchise minimale de 230 à 400 francs. Conformément à la proposition correspondante de la commission, le Conseil national a décidé que la Confédération serait désormais chargée de la planification liée à la médecine de pointe. Par 75 voix contre 73, il a également décidé qu'entre plusieurs médicaments à effet et principe actif identique, les pharmaciens devraient obligatoirement délivrer à chaque fois le moins onéreux.
En ce qui concerne la question du financement des hôpitaux, le Conseil national a partagé la position du Conseil des Etats. Par 106 voix contre 55, il a refusé que la contribution aux coûts des cantons ne soit versée qu'aux seuls hôpitaux publics ou à ceux financés sur fonds publics. Le Conseil national s'est également aligné sur le Conseil des Etats en ce qui concerne le principe visant à ce que la charge représentée par les primes ne dépasse pas un certain pourcentage du revenu des assurés. La Chambre basse a toutefois estimé

qu'il convenait de graduer le montant des primes en fonction de la situation familiale et du revenu disponible.
La poursuite de l'examen du projet a donné lieu à un second examen par article au **Conseil des Etats**, qui a tenu compte des discussions ayant eu lieu au National, même si ce dernier a finalement rejeté le projet amendé lors du vote sur l'ensemble. Le rapporteur de la commission, Bruno Frick (C, SZ) a présenté le projet maintes fois remanié par la commission comme étant globalement l'équivalent d'une nouvelle version améliorée de la révision partielle de la LAMal. Dans ce cadre, certaines dispositions insatisfaisantes ayant conduit au rejet par le Conseil national auraient fait l'objet d'améliorations.
S'agissant de la suppression de l'obligation de contracter, le conseil a maintenu ses décisions, mais en les complétant par des bornes strictes à la liberté contractuelle. Selon ces dernières, les cantons peuvent définir le nombre de médecins requis ; les caisses concluent ensuite des contrats avec un nombre au moins équivalent de médecins par spécialité. En outre, les fournisseurs de prestations qui étaient admis début 2003 au moment de l'entrée en vigueur de la loi ont droit en tout état de cause à un contrat de quatre ans.
S'agissant du financement des hôpitaux, le conseil a maintenu sa position, selon laquelle le cofinancement pour moitié par les caisses-maladie et les cantons devrait à l'avenir se faire par le biais d'un unique guichet de paiement. Une minorité de la commission souhaitait que ce financement moniste entre dans les faits dès 2007 et non au terme d'une période de 10 ans. La proposition correspondante a toutefois été rejetée, par 22 voix contre 8.
En ce qui concerne la mise en place de la réduction des primes, le Conseil des Etats a repris à son compte la version du Conseil national. Contrairement à la décision initialement prise de la limiter à huit pour cent du revenu au maximum, la charge que représentent les primes devrait se situer, en fonction du revenu, entre 4 et 12 % du revenu d'un célibataire disposant de revenus moins importants, et entre 2 et 10 % du revenu d'une famille avec enfants. Le rapporteur de la commission, Bruno Frick (C, SZ), a estimé qu'il s'agissait d'un contre-projet pertinent à l'initiative sur la santé du PS. Le principe d'un allègement supplémentaire des primes concernant les enfants a été contesté. Par 18 voix contre 17, le conseil s'est aligné sur sa commission et a décidé que seule une demi-prime devait être payée pour le deuxième enfant et qu'elle disparaissait entièrement à partir du troisième. La proposition de Christiane Brunner (S, GE) visant à faire financer cet allègement par les caisses et non par l'Etat via la réduction des primes a été rejetée, par 21 voix contre 11.
S'agissant du montant des contributions fédérales, le Conseil des Etats a corrigé sa décision initiale. La commission a proposé un apport complémentaire de 200 millions de francs, et non plus de 300 millions. Christine Beerli (R, BE) a proposé et réussi à faire passer, par 17 voix contre 14, une augmentation de 150 millions. Le Conseil a par ailleurs décidé, par 22 voix contre 8, d'indexer les contributions fédérales annuelles sur l'évolution des coûts de l'assurance-maladie obligatoire tout en tenant compte de la situation financière de la Confédération et des cantons. Eugen David (C, SG) a prévenu qu'en l'absence d'indexation, les cantons devraient finalement prendre en charge les coûts supplémentaires nécessaires au financement de la réduction des primes, qui est désormais fondée en droit.
En ce qui concerne la franchise, le Conseil des Etats a opté pour un durcissement. Seules les personnes étant assurées dans le cadre d'un réseau de soins meilleur marché (HMO ou équivalent) continueront de payer une franchise de 10 %. Pour tous les autres assurés, la franchise sera augmentée pour passer à 20 %. La proposition de Michel Béguelin (S, VD) de biffer ces dispositions a été rejetée par 27 voix contre 4.
Par 21 voix contre 8, le conseil a décidé de promouvoir les génériques en imposant, entre plusieurs médicaments à effet et principe actif identique, de prescrire et de délivrer le moins onéreux d'entre eux.
S'agissant de la médecine de pointe, la Confédération a contraint les cantons d'accepter une planification commune, ou plus exactement d'accepter la planification établie par la Confédération si les cantons ne s'acquittent pas de cette tâche conformément aux délais prescrits.
Le Conseil des Etats a finalement décidé d'intégrer dans le projet le financement des hôpitaux, alors qu'il était initialement prévu de ne traiter cette question que dans le cadre de la troisième révision de la LAMal. D'après le droit en vigueur, les caisses doivent prendre en charge tous les frais médicaux et pharmaceutiques résultant d'une maladie. Sur proposition de la commission, le Conseil des Etats a décidé que les caisses ne devraient plus désormais prendre en charge qu'un pourcentage de ces frais, dont le montant devra être défini par le Conseil fédéral. Aujourd'hui, les assureurs-maladie ne paient plus comme autrefois un forfait d'après le nombre d'actes médicaux en cas de soins dans un établissement médico-social, mais prennent en charge les coûts effectifs conformément à l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), en vigueur depuis le 1er janvier 2003. Les assureurs-maladie redoutent que ladite ordonnance n'entraîne pour eux un manque à gagner se chiffrant à environ 1 milliard de francs. Erika Forster (R, SG) a cherché à exclure les traitements à long terme du champ d'application du texte proposé, mais sa proposition a été rejetée par 26 voix contre 11.
Ernst Leuenberger (S, SO) a indiqué que le Conseil fédéral avait mis en place un groupe de travail chargé d'étudier cette question dans l'optique de la prochaine révision de la LAMal avant de qualifier la proposition de la commission de médiocre pis-aller. A sa question de savoir qui payerait ce surcoût évalué à un milliard de francs sinon les caisses-maladie, il n'a pas obtenu de réponse. Sa proposition visant à maintenir le système de financement actuel a été rejeté par 31 voix contre 5.
Au cours d'un nouvel examen du texte, le **Conseil national** a approuvé, par 153 voix contre 18, l'assouplissement de l'obligation de contracter, assortie des conditions-cadre formulées par le Conseil des États. Il a mis un nouvel accent sur la promotion des réseaux de médecins assumant la responsabilité de leur budget. Les assureurs seraient tenus de conclure des contrats avec les médecins affiliés à ces réseaux.

Quant aux patients souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées, ils peuvent garder leur médecin : sur proposition d'une minorité de la commission, le Conseil national a repris - par 87 voix contre 82 - une proposition de dérogation dans ce sens prévue par le Conseil des Etats. Se ralliant ainsi à ce dernier, le conseil a placé les caisses dans l'obligation d'offrir ce type de réseau, étant entendu que le Conseil fédéral peut prévoir des dérogations pour les régions isolées. Il importe toutefois que les assurés qui ne s'affilient pas à un réseau ne soient pas pénalisés par une franchise passant de 10 à 20 %. Par 134 voix contre 23, le Conseil national s'est en effet distancé du Conseil des Etats en votant le maintien à 10 % de la franchise pour tous les assurés ; il entendait également éviter des problèmes d'exécution. Le Conseil national a refusé d'entrer en matière sur la proposition de moduler la franchise en fonction du revenu, en rejetant une proposition dans ce sens par 97 voix contre 58. De même, il a rejeté, par 96 voix contre 60, la proposition consistant à faire passer du Conseil fédéral au Parlement la compétence de fixer la franchise.
S'agissant de la question du financement des hôpitaux, le Conseil national s'est rallié à la proposition du Conseil des Etats (financement à 50% par les cantons et 50% par les assureurs).
Une autre disposition incontestée quant à son principe : le nouveau système de la réduction des primes prévoyant une différenciation cadrant avec l'objectif social. Sur proposition d'Yves Guisan (R, VD), le Conseil a complété (par 108 voix contre 33) la version du Conseil des Etats d'une clause selon laquelle les cantons doivent fixer un revenu maximum permettant de faire valoir la réduction de primes. Concernant la dispense de la prime pour enfant, le Conseil national a décidé, par 84 voix contre 65, de reprendre la proposition du Conseil des Etats. Dans la question du financement de ladite réduction des primes, ou plus précisément de l'augmentation des subventions fédérales après l'entrée en vigueur de la révision de la loi, plusieurs propositions étaient avancées, situant un chiffre entre 150 millions de francs (minorité bourgeoise I) et 500 millions (minorité gauche-écologiste II). Selon Franco Cavalli (S, TI), l'objectif social tel qu'il avait été défini et les réductions de primes pour enfants ne sauraient être mis en œuvre que moyennant l'octroi de ce montant élevé. C'est finalement la proposition de la majorité de la commission, avançant le chiffre de 200 millions, qui l'a emporté par 76 voix contre 67 contre la proposition d'un montant plus modeste, puis par 90 voix contre 52 contre une proposition plus élevée émise par la minorité II.
Sur proposition de la commission, le Conseil national a décidé – s'opposant ainsi au Conseil des Etats – de n'examiner la question du financement des prestations de soins qu'au cours de la révision suivante de la LAMal. Revenant sur une décision antérieure, le Conseil national a rejeté, cette fois-ci par 100 voix contre 56, la proposition visant à ce que ne soient prescrites que des préparations et non des marques de médicaments et, à effet égal, le médicament le moins onéreux. La promotion des médicaments génériques, prévue par le Conseil des Etats dans un autre article, est restée sans opposition.
Trois autres propositions, émises par la gauche, ont été nettement rejetées : l'une visait à créer une assurance-« hôtellerie » pour le choix des chambres simples ou doubles dans les hôpitaux, une autre prévoyait un pool de frais élevés qu'auraient alimenté les caisses, les cantons et la Confédération pour couvrir les traitements onéreux, et la 3e voulait interdire les caisses bon marché.
Au vote sur l'ensemble, le Conseil national a accepté le projet tel qu'il avait été examiné par 86 voix contre 48. Le rapporteur du Groupe socialiste, Franco Cavalli (S, TI) a déclaré que son groupe refuserait la révision car, selon lui, aucune mesure d'atténuation du coût n'a été votée et le volume des subventions fédérales voté pour la réduction de primes était insuffisant. Face à lui, Felix Gutzwiller (R, ZH), s'est dit satisfait et a déclaré, au nom de son groupe, que les décisions prises étaient acceptables car elles contribuaient à la qualité des soins et à la baisse des coûts.
Au **Conseil des Etats**, il s'agissait désormais de procéder aux « derniers ajustements », pour reprendre l'expression utilisée par le rapporteur de la commission Bruno Frick (C, SZ), quand bien même certaines divergences de fond continueraient de subsister jusqu'à la conférence de conciliation. La question du financement des soins est restée controversée, car ni le Conseil national ni le Conseil fédéral n'ont souhaité qu'elle soit traitée dans le cadre de cette révision partielle. La majorité de la commission a proposé que le Conseil des Etats maintienne sa décision quant au principe, mais en adoptant une formulation légèrement différente, selon laquelle les assureurs maladie n'auraient plus qu'à s'acquitter d' « une contribution aux soins de base ». Malgré un débat particulièrement long, le flou a continué d'entourer cette question, notamment en ce qui concerne les conséquences et le rôle de Spitex. Le conseil a adopté ensuite, par 18 voix contre 11, une motion d'ordre de Marianne Slongo (C, NW) et renvoyé cet aspect du dossier à la commission pour examen approfondi. Contrairement à l'avis du Conseil national, le Conseil des Etats a maintenu son rejet, par 31 voix contre 6, du financement par l'assurance-maladie du séjour en maison de naissance. En ce qui concerne la quote-part, la commission a proposé, à la majorité, de maintenir la disposition visant à ce que les assurés n'ayant pas adhéré à un réseau de médecins s'acquittent d'une quote-part de 20 pour cent au lieu de 10. Cette proposition de la commission a été adoptée par 24 voix contre 10. C'est en vain que Jean Studer (S, NE) a indiqué que de tels réseaux étaient inexistants dans un grand nombre de régions et que la proposition visant à doubler la quote-part ne contribuerait pas, bien au contraire, à promouvoir lesdits réseaux. Le rapporteur Bruno Frick (C, SZ) a néanmoins laissé entendre que la commission pourrait accepter, lors de la conférence de conciliation, une solution qui habiliterait le Conseil fédéral à augmenter la quote-part actuelle. Par 22 voix contre 19, le Conseil des Etats a supprimé, sur proposition d'une minorité de la commission, la réglementation qu'il avait lui-même proposée et qui avait été adoptée par le Conseil national, aux termes de laquelle les primes seraient réduites de moitié pour le deuxième enfant, et entièrement supprimées à partir du troisième. Christine Beerli (R, BE) a réagi en déclarant que généraliser

aveuglément la réduction des primes équivaudrait à un saupoudrage indistinct, dans la mesure où en bénéficieraient également les familles qui n'auraient pas droit à la réduction prévue par la loi. Par ailleurs, le Conseil national avait décidé que les contributions annuelles de la Confédération aux cantons destinées à la réduction des primes ne devaient pas seulement dépendre de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie : le Conseil des Etats s'est rallié à ces vues en décidant par 34 voix contre 4 que le Conseil fédéral devait aussi prendre en considération la situation financière de la Confédération et des cantons avant d'arrêter les chiffres. En ce qui concerne le financement de la réduction des primes, ou plus précisément l'augmentation des contributions de la Confédération après l'entrée en vigueur de la révision de la loi, le Conseil des Etats s'est rallié à la décision du Conseil national d'augmenter ces contributions de 200 millions de francs. A cet égard, et par 33 voix contre 6, le conseil a rejeté une proposition de Christiane Brunner (S, GE) visant à une augmentation de 350 millions. D'ici à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée, le Conseil des Etats a approuvé un arrêté fédéral prévoyant, pour les années 2004 à 2007, une contribution fédérale d'un montant total de 9,6 milliards de francs destinés à la réduction des primes (03.042). Une minorité a fait valoir que le taux de croissance annuel envisagé (1,5%) ne correspondait pas à l'évolution des coûts du secteur de la santé : mais sa proposition visant à augmenter les contributions de 6% par an a néanmoins été rejetée par 30 voix contre 6.

A la session d'hiver 2003, le Conseil des Etats a terminé l'examen des divergences. S'agissant du financement des hôpitaux, le Conseil des Etats s'est aligné sur le Conseil national, renonçant pour l'heure à modifier la loi. En ce qui concerne les dispositions transitoires, le conseil a décidé que les tarifs horaires et journaliers fixés par le Conseil fédéral au 1er janvier 2003 ne pourront être dépassés avant l'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation. Par voie de motion, il a en outre chargé le Conseil fédéral de lui soumettre avant fin 2004 une proposition sur le réaménagement du financement des soins. Le Conseil des Etats a encore décidé qu'il ne saurait y avoir inégalité de traitement entre cliniques privées et hôpitaux publics dans le cadre de la planification hospitalière des cantons. La majorité de la commission voulait limiter cette disposition à deux ans. Par 20 voix contre 16, Peter Briner (RL, SH) a cependant réussi à imposer sa proposition étendant l'application de ce principe jusqu'à l'introduction d'un système de financement moniste.

Un nouveau débat au **Conseil national** n'a pas permis d'éliminer toutes les divergences. Le conseil a ainsi maintenu sans discussion la prise en charge par l'assurance de base du séjour dans les maisons de naissances. A cet égard, le rapporteur de la commission, Jost Gross (S, TG), a souligné que les maisons de naissances étaient des institutions utiles qui ne contribuaient pas à l'augmentation des coûts. C'est également sans discussion que le Conseil national a rejeté la proposition du Conseil des Etats d'augmenter la quote-part de 10 à 20 % pour les assurés qui n'opteraient pas pour un réseau de soins. Par 92 voix contre 90, le Conseil national a également maintenu sa position concernant les réductions des primes pour enfants : réduction de moitié des primes d'assurance pour le deuxième enfant et prise en charge par l'Etat de la totalité de la prime dès le troisième enfant, indépendamment de la situation financière des parents. La proposition d'Yves Guisan (RL, VD) de n'octroyer de réductions qu'aux familles à faible revenu a été écartée par 90 voix contre 88. Le Conseil national a en outre maintenu par 128 voix contre 42 sa décision portant sur l'adaptation des contributions annuelles de la Confédération aux cantons destinées à la réduction des primes. Ces contributions dépendront de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie, mais, contre l'avis du Conseil des Etats, le Conseil national n'a pas voulu tenir compte de la situation financière de la Confédération et des cantons. Le rapporteur de la commission, Jost Gross (S, TG), a relevé à ce propos qu'il était contradictoire de fixer un but social à la révision de la LAMal tout en refusant de libérer les fonds nécessaires à sa concrétisation. S'agissant des dispositions transitoires (pas d'inégalité de traitement pour les cliniques privées et pas d'augmentation, pour l'heure, des tarifs de soins), le Conseil national s'est rallié au Conseil des Etats par 99 voix contre 78.

Conformément aux textes, une conférence de conciliation a alors été convoquée pour éliminer les divergences restantes. Le **Conseil des Etats** a adopté la proposition de la Conférence de conciliation, présentée par le rapporteur de la commission, Bruno Frick (C, SZ). Concernant la quote-part, la Conférence avait décidé de la maintenir a priori à 10 %, tout en donnant compétence au Conseil fédéral de la fixer à 20 % pour les assurés qui n'opteraient pas pour l'une des « formes particulières d'assurance ». La Conférence avait rejeté par 12 voix contre 10 la réduction des primes pour enfants souhaitée par le Conseil national, mais elle s'était alignée sur ce dernier pour la question de l'inclusion des maisons de naissance dans le catalogue des prestations ainsi que pour la non prise en compte de la situation financière de la Confédération et des cantons dans la fixation des contributions destinées à la réduction des primes. Par 15 voix contre 7, la Conférence avait aussi décidé que les contributions fédérales seraient indexées sur les coûts de la santé.

Au **Conseil national**, Yves Guisan (RL, VD) a proposé de rejeter les propositions de la Conférence de conciliation, et donc le projet tout entier. Selon lui, il s'agit d'une mauvaise loi, comportant plus d'inconvénients que d'avantages et conduisant, avec des mesures comme l'assouplissement de l'obligation de contracter, au développement d'une médecine à deux vitesses. Un rejet permettrait de faire l'économie d'un référendum et de repartir tout de suite sur des bases plus saines. La proposition a été soutenue par le groupe écologiste et le groupe socialiste. Franziska Teuscher (G, BE) a constaté que, aux yeux des écologistes, les objectifs sociaux de la révision n'étaient pas atteints. Stéphane Rossini (S, VS) a fait remarquer que les bonnes intentions ne servaient strictement à rien sans moyens financiers. Pour le rapporteur socialiste, l'accès à des soins de qualité pour tous est en outre mis en péril par la limitation du libre choix du médecin. Enfin, cette révision qui privilégie les cliniques privées et s'en remet naïvement au marché

ne permet pas de maîtriser les coûts. Au nom du groupe démocrate-chrétien, Thérèse Meyer (C, FR) a expliqué que le groupe PDC ne pouvait approuver les propositions de la Conférence de conciliation parce que la réduction des primes pour enfants, pourtant confirmée quatre fois par le Conseil national, avait été supprimée et que la charge financière pesant sur les familles demeurait donc inchangée. Le groupe PRD et le groupe UDC ont pour leur part déclaré soutenir la révision sans grand enthousiasme. Le conseil a finalement adopté par 71 voix contre 66 et 35 abstentions la proposition Guisan, rejetant ainsi purement et simplement le projet.

---

## Zehnte Sitzung – Dixième séance

**Mittwoch, 3. Oktober 2001**
**Mercredi, 3 octobre 2001**

*09.30 h*

01.013

## Soziale Sicherheit. Abkommen zwischen der Schweiz und Mazedonien
## Sécurité sociale. Convention entre la Suisse et la Macédoine

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

Botschaft des Bundesrates 14.02.01 (BBl 2001 2133)
Message du Conseil fédéral 14.02.01 (FF 2001 2013)
Bericht SGK-NR 04.05.01
Rapport CSSS-CN 04.05.01
Nationalrat/Conseil national 11.06.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Zweitrat – Deuxième Con

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): La sion vous propose, à l'unanimité, d'approuver la cc et d'habiliter le Conseil fédéral à la ratifier.

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

**Bundesbeschluss betreffend das Abkommen z der Schweiz und Mazedonien über soziale Siche**
**Arrêté fédéral concernant la Convention de séc ciale entre la Suisse et la Macédoine**

*Gesamtberatung – Traitement global*

**Titel und Ingress, Art. 1, 2**
**Titre et préambule, art. 1, 2**

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*
Für Annahme des Entwurfes .... 33 Stimmen
(Einstimmigkeit)

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Erstrat – Premier Conseil*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)

*Antrag Büttiker*
Rückweisung an den Bundesrat
mit dem Auftrag, direkt zu einem monistischen System über-

chendeckend vorhanden, Medizinalpersonen und Gesundheitspersonal sind gut aus- und weitergebildet. Der Forschung und Entwicklung wird hohe Aufmerksamkeit geschenkt. Im Gesundheitswesen finden zudem etwa 384 000 Menschen einen Arbeitsplatz. Es liegt mir auch daran, diesen Menschen einmal zu sagen, dass wir sie nicht nur als Kostenfaktoren betrachten. Ich möchte ihnen ausdrücklich für ihre grosse, tagtäglich geleistete Arbeit und ihren Einsatz danken.
Der durchschnittliche Schweizer Haushalt gibt heute mit 6,5 Prozent der Ausgaben deutlich mehr für die Krankenversicherung aus als noch im Jahr 1990, jedoch immer noch weniger als für den Verkehr mit 6,8 Prozent oder die Unterhaltung, Erholung und Kultur mit 7,2 Prozent. Gesundheit und Wohlbefinden haben in unserer Gesellschaft zu Recht einen hohen Stellenwert. Bedenklich jedoch ist, dass wir alles haben wollen – von allem das Beste dazu –, aber dass wir auch möglichst wenig bezahlen möchten. Das alles gemeinsam geht schlicht und einfach nicht! In die Gesamtbetrachtung mit einzubeziehen ist jedoch auch, dass moderne Behandlungsmethoden, zum Beispiel nichtinvasive Chirurgie oder gewisse Medikamente, zwar zu einem Anstieg der Gesundheitskosten führen, die Rückkehr in den Arbeitsprozess jedoch beschleunigen und damit die volkswirtschaftlichen Kosten insgesamt senken.

Ihre Kommission hat zur Vorbereitung der nunmehr zur Diskussion stehenden Vorlage eine Subkommission eingesetzt, deren Anträge anschliessend in der Kommission diskutiert und mit sehr klaren Mehrheiten übernommen worden sind.
Ich möchte Ihnen im Eintreten die drei Pfeiler der Vorlage darlegen: Es handelt sich erstens um die Neugestaltung der Finanzierung im stationären Bereich; zweitens um das Einführen eines Sozialzieles einer einheitlichen Prämienoberbelastung von 8 Prozent, und drittens um die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.
1. Zur Neuregelung der Finanzierung im stationären Bereich: Bei der Spitalfinanzierung galt es zwei Fragenkomplexe anzugehen: erstens die seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) geführte Diskussion einem Ende zuzuführen, ob Zusatzversicherte im Bereich der Leistungen bei stationärer Behandlung auch in den Genuss kantonaler Leistungen kommen sollen oder ob sie grundlegend anders, d. h. wesentlich schlechter, zu behandeln seien. Zweitens war der Übergang von der Institutsfinanzierung zur Leistungsfinanzierung vorzunehmen.
Im KVG wurde ein Versicherungsobligatorium für alle in der Schweiz wohnhaften Personen eingeführt. Die obligatorische Grundversicherung, die den Grundleistungskatalog abdeckt, kann nach Belieben durch eine Zusatzversicherung ergänzt werden. Zudem wurde in Artikel 49 des Gesetzes festgehalten, dass die von den Kassen zu bezahlenden Pauschalen höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient decken, d. h., dass die Kantone demzufolge mindestens 50 Prozent aus öffentlichen Mitteln bei stationärer Behandlung beizusteuern haben.
Diese Regelung wurde von den Kantonen – aus Kostenüberlegungen und entgegen der Logik des Gesetzes – nur bei lediglich grundversicherten Patienten angewendet. Den Zusatzversicherten wurde eine Vollkostenrechnung ohne kantonalen Beitrag präsentiert. Diese Praxis, die es mit der unterbreiteten Vorlage zu ändern gilt, hatte zur Folge, dass die Prämien der Zusatzversicherungen massiv stiegen und die Zusatzversicherungen daher seit 1996 um 20 Prozent – von 29 Prozent der Versicherten auf 22 Prozent der Versicherten – abgenommen haben. Den Kantonen droht daher gerade das Substrat, das sie erhalten möchten, rasant verloren zu gehen.
Bereits im Dezember 1997 ergingen zwei Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, die die Kantone verpflichteten, ihren Sockelbeitrag auch an Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner zu bezahlen, die Zusatzversicherungen haben und aus medizinischen Gründen ausserhalb des Kantones in Spitalpflege sind. Weitere Gerichtsverfahren, welche innerkantonale Hospitalisationen betreffen, sind vor den obersten Instanzen anhängig. Zudem wurde das zwischen Kantonen und Kassen abgeschlossene Stillhalteabkommen nicht verlängert, sodass – sollte diese Revisionsvorlage nicht zügig zu einem Ende geführt werden können – in absehbarer Zeit mit mehreren Gerichtsurteilen zu rechnen ist, die die Kantone mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zur Zahlung verpflichten werden.
Aus all diesen Gründen erschien es Ihrer Kommission angezeigt, auf die Änderungsvorschläge des Bundesrates betreffend Finanzierung des stationären Bereiches einzutreten. Sie ist jedoch nicht unverzüglich auf das in der Botschaft unterbreitete Finanzierungsmodell eingestiegen, sondern hat sich auch vertieft mit der Frage befasst, ob nicht bereits heute ein grösserer Schritt hin zur Einführung eines monistischen Finanzierungssystems gemacht werden könnte. Ihre Kommission ist zum Schluss gelangt, dass die Zeit dafür nicht reif ist und noch erhebliche Vorbereitungsarbeiten getätigt werden müssen, sollen nicht bei der Umsetzung und im Vollzug erhebliche Probleme entstehen.
Um jedoch klar aufzuzeigen, dass Ihre Kommission als Ziel ein monistisches Finanzierungssystem im stationären Bereich sieht und die Erreichung dieses Zieles auch terminiert haben möchte, schlägt Ihnen die Kommission in den Übergangsbestimmungen einen Absatz vor, der den Bundesrat beauftragt, innerhalb von fünf Jahren eine entsprechende Revisionsvorlage zu unterbreiten. Bis dahin soll das dualfixe Finanzierungssystem im Gesetz verankert werden, das folgende Änderungen und Vorteile mit sich bringt: einen konsequenten Übergang von der Instituts- zur Leistungsfinanzierung. Für jede stationär erbrachte Behandlung wird eine leistungsbezogene Vollkostenabrechnung erstellt, die auch die Amortisationen der Investitionskosten umfasst. Dieser Rechnungsbetrag, der alle Leistungen im Basisservice – das ist die frühere Allgemeinabteilung, aber nicht mehr örtlich gebunden – beinhaltet, wird je zu 50 Prozent von den Kantonen und der Krankenkasse getragen. Es spielt dabei keine Rolle, ob die Leistungen in einem öffentlichen oder in einem privaten Spital erbracht werden, sofern sich diese Institution auf einer kantonalen Spitalliste befindet.
Die Leistungen der Kantone gehen nicht an Institutionen; es sind vielmehr Beiträge an die von den Patientinnen und Patienten zu bezahlenden Rechnungen. Diese Beiträge an die Leistungen im Bereiche des Basisservice stehen natürlich allen Versicherten zu, und durch die neue Abgeltungsart werden die Versicherungen auch zu 50 Prozent an den Investitionskosten beteiligt, was für die Kantone eine nicht zu unterschätzende Entlastung mit sich bringt.
2. Zum Sozialziel: Die andauernde Kostensteigerung im Gesundheitswesen und die dadurch bedingten Prämienerhöhungen haben es mit sich gebracht, dass viele Haushalte immer stärker belastet werden. Dies kann, wenn eine gewisse Belastungsgrenze überschritten wird, zu Schwierigkeiten führen, die durch die Festlegung eines Sozialzieles beseitigt werden sollen. Der von Ihrer Kommission unterbreitete Vorschlag, wonach mit den Prämienverbilligungen erreicht werden soll, dass ein Haushalt nicht mehr als 8 Prozent des Einkommens für Krankenversicherungsprämien aufwenden muss, ist zudem ein indirekter Gegenvorschlag zu der von der Sozialdemokratischen Partei 1999 eingereichten Volksinitiative «für eine minimale Grundversicherung mit bezahlbaren Krankenkassenprämien». Die Prämienverbilligungen sind von dem Kanton, in dem die versicherte Person bundessteuerpflichtig ist, so zu bemessen, dass die Prämie der versicherten Person für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zusammen mit den Prämien von Familienangehörigen, für die sie unterhaltspflichtig ist, 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigt. Die Kantone werden durch diese Formulierung bewusst in die Pflicht genommen.
Dass sich Ihre Kommission auch bewusst ist, dass die Gesundheitskosten nicht einzig von den Kantonen beeinflusst werden können, zeigt, dass sie in einem separaten Finanzierungsbeschluss zudem vorschlägt, den vom Bund für die Prämienverbilligungen zur Verfügung gestellten Betrag um 300 Millionen Franken zu erhöhen, damit diejenigen Kantone, die heute – trotz voller Ausschöpfung der vom Bund bereitgestellten Mittel – das erwähnte Ziel nicht erreichen, einen ihrem Anteil entsprechenden, höheren Betrag abholen können. Sie finden den Finanzierungsbeschluss auf der hintersten Seite der Fahne und haben dazu einen speziellen, auf den 10. September 2001 datierten Bericht Ihrer Kommission zugestellt erhalten.
3. Zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges: Die beiden Ihnen bis anhin vorgestellten Punkte befassen sich mit der Tragung der anfallenden Kosten; dieser dritte Punkt soll einen Ansatz zur Kosteneindämmung enthalten. Eine Vielzahl von Studien zeigt auf, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte nicht einzig Indikator für den Stand der gesundheitlichen Versorgung eines Landes ist, sondern dass sie auch einen unmittelbaren Einfluss auf die Kosten des Gesundheitssystems hat. Nicht zufällig weisen daher die Kantone mit der höchsten Ärztedichte – Basel-Stadt und Genf – mit Abstand die höchsten Gesundheitskosten auf.
Die Zahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte hat sich in der Schweiz in den letzten zwanzig Jahren verdoppelt. Die Prognosen besagen, dass sich die Zunahme bis zum Jahr 2030 fortsetzt und anschliessend eine Stabilisierung erwartet werden kann. Im Jahr 1990 gab es in der Schweiz 150 praktizierende Ärztinnen und Ärzte auf 100 000 Einwohner, im Jahr 2015 werden es 235 Ärztinnen und Ärzte sein. Ge-

mäss der neuesten Statistik der «Schweizerischen Ärztezeitung» – Nummer 21, 2001 – wurden in der Schweiz im vergangenen Jahr 25 216 berufstätige Ärztinnen und Ärzte registriert. Das sind 5 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Ärzte mit Praxistätigkeit nahm um 2,3 Prozent, diejenige der Ärzte ohne Praxistätigkeit um 8,4 Prozent zu. Es ist zudem denkbar, dass nach Inkrafttreten der bilateralen Verträge eine Anzahl Ärztinnen und Ärzte aus der Europäischen Gemeinschaft in der Schweiz Praxen eröffnen wird.
Angesichts der geschilderten Tatsachen hat es Ihre Kommission als richtig erachtet, in der seit langer Zeit geführten Diskussion um die Aufhebung des Kontrahierungszwanges einen Schritt weiter zu gehen und diese Massnahme zu beschliessen. Sie ist sich bewusst, damit eine kreative Unruhe ausgelöst zu haben. Ihre Kommission ist sich auch der Schwierigkeit der Massnahme bewusst und nimmt namentlich die Bedenken, den Krankenkassen könnte eine unbeschränkte Machtstellung zukommen, sehr ernst. Ihre Kommission hat daher den Grundsatzentscheid gefällt, gleichzeitig das Kartellgesetz vorbehalten und den Kantonen in Artikel 45 die Möglichkeit gegeben, die Versorgungssicherheit und Wahlfreiheit zu gewährleisten.
In Bezug auf die Qualitätssicherung und den Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit hat Ihre Kommission noch keine sie befriedigende Lösung gefunden. Sie beantragt Ihnen daher, die Behandlung von Artikel 35 auszusetzen und ihn zu Beginn der Wintersession zu beraten.
Dies bedeutet, dass auch die Gesamtabstimmung über dieses Gesetz in der Wintersession, unverzüglich nach der Bereinigung von Artikel 35, vorzunehmen ist. Ein solches Vorgehen erlaubt es, die Vorlage zum indirekten Gegenvorschlag zur SP-Initiative zu erklären; die Frist zur Behandlung der Initiative wäre demzufolge um ein Jahr zu verlängern.
Im Namen Ihrer einstimmigen Kommission bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten.

**Büttiker** Rolf (R, SO): Ich erlaube mir, einen Rückweisungsantrag zu stellen. Ich hoffe aber sehr, dass mich Frau Bundesrätin Dreifuss und auch die Kommissionspräsidentin trotzdem noch in das Abendgebet einschliessen.
Ich beantrage Rückweisung. Die Kommissionspräsidentin hat erläutert, dass das monistische System eigentlich das richtige wäre; ich sehe nicht ein, warum wir einen Zwischenschritt machen sollen, der eigentlich nichts bringt. Auch die Kommission möchte ja früher oder später – ich möchte es lieber früher als später – zum monistischen System übergehen. Der Rückweisungsantrag kann in der Sache gar nicht so falsch sein, es geht um eine Frage der Zeit.
Vorerst möchte ich aber auch positiv feststellen – da bin ich mit der Kommissionspräsidentin einig –, dass die Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens nach wie vor hervorragend ist. Die medizinische Wissenschaft und Forschung liefern immer wieder Spitzenresultate, die Ärzteschaft leistet hervorragende Qualitätsarbeit, und vor allem das Pflegepersonal ist im internationalen Vergleich absolute Weltspitze.
Aber wir müssen auch sagen, dass wir ein sehr teures Gesundheitswesen haben. Wir haben ein Gesundheitswesen, das wir schlicht und einfach bald nicht mehr bezahlen können. Den Beweis dafür erhalten wir im Massstab eins zu eins, wenn der Bundesrat am nächsten Freitag – es ist voraussehbar – die rund 10-zehnprozentige Krankenkassenprämien-Erhöhung für das nächste Jahr bekannt geben muss.
Als ehemaliger Gegner des KVG möchte ich heute auch festhalten, dass es äusserst schwierig, ja unmöglich ist, auf einer schlechten gesetzlichen Ausgangsbasis – KVG – einen zukunftstauglichen Verbesserungsvorschlag hinzukriegen. Der Schritt, den wir hier tun, beweist das eindrücklich.
Die KVG-Teilrevision ist aus folgenden Gründen zurückzuweisen:
1. Das schlechte KVG-System wird weitergeführt. Die Kosten werden nur weiterverteilt anstatt eingespart. Ursprünglich sollten mit dem KVG auch Kosten eingespart werden. Ich kann mich noch daran erinnern, wie der damalige Kommissionspräsident, alt Ständerat Huber, hier in diesem Saal versprochen hatte, dass mit dem KVG diesbezüglich etwas passieren werde. Wir warten aber heute immer noch darauf. So sollten insbesondere – ich zitiere aus den damaligen Reden – die Spitallisten der Kantone zu einer Reduktion des Angebotes führen. Mit den Entscheiden des Bundesrates wurde aber das Ziel klar verfehlt. Im heutigen KVG sind keine griffigen Werkzeuge zur Kostendämmung enthalten – auch nicht mit der vorliegenden Teilrevision.
Die intransparente Finanzierung des Gesundheitswesens bleibt bestehen. Der Steuer- und Krankenkassenprämienzahler kann nicht erkennen, wie viel ihn die Gesundheit alljährlich kostet: direkte Staatssteuer, Spitalsteuer, Bundessteuer, Krankenversicherungsprämien usw. Weil er die durch ihn ausgelösten Kosten nicht erkennen kann, fühlt er sich dafür auch nicht verantwortlich. Vielmehr sieht er sich in einem Selbstbedienungsladen, in dem andere seine Einkäufe bezahlen. Aufgrund dieses Systems werden deshalb die Gesamtkosten des Gesundheitswesens ungebremst weiter ansteigen; das ist aufgrund der vorliegenden Revision meine heutige Prognose. Im KVG sind keine wirksamen Kostenbremsen eingebaut.
2. Die finanziellen Konsequenzen sind für die Kantone nicht absehbar und – hier dopple ich nach – für die Kantone nicht zumutbar und nicht verkraftbar. Die Mehrkosten durch die Übernahme des Grundversicherungsanteils der interkantonalen Behandlung von Zusatzversicherten sind für die Kantone erheblich; man geht von einem Betrag von insgesamt über einer Milliarde Franken aus. Für meinen Kanton sind es etwa 20 bis 30 Millionen, für die meisten Kantone sind es 5 bis 10 Steuerprozente.
Das KVG war seinerzeit für die Grundversicherten, die allgemein Versicherten, gedacht. Unglücklicherweise hat der Gesetzgeber damals gewisse Punkte offen gelassen. Diese Lücken sind in der Folge durch die Gerichte und den Bundesrat geschlossen worden. Das hat dazu geführt, dass neu die Kantone nicht nur für die allgemein Versicherten, sondern auch für die privat Versicherten bzw. Zusatzversicherten den Grundversicherungsanteil bezahlen müssen. Die Kommissionspräsidentin hat diesen Mechanismus eindrücklich aufgezeigt. Es werden damit Personen oder Versicherungsmodelle subventioniert, die eine Subventionierung gar nicht nötig haben. Der öffentlichen Hand werden erhebliche Mehrausgaben auferlegt, ohne dass dadurch die medizinische Versorgung verbessert würde. Die Einnahmenausfälle infolge der Durchsetzung des Tarifschutzes bei der Behandlung von Zusatzversicherten in öffentlichen Spitälern ist nicht bezifferbar. Neu sollen die Spitäler für Zusatzversicherte nur noch den Zimmerzuschlag und die Arztwahl verrechnen dürfen. Die Mehreinnahmen der Kantone aus der Mitfinanzierung der Investitionen durch die Krankenversicherer – das wird immer ins Feld geführt – sind heute nicht bezifferbar. Es liegen keine konkreten Vorstellungen vor, wie die bereits bestehenden Spitalbauten und Einrichtungen durch die Krankenversicherer mitfinanziert werden sollen. Falls, wie der Bundesrat und die Kommission dies vorschlagen, auch die teilstationäre Behandlung durch die Kantone mitfinanziert werden müsste, würden sich für die Kantone weitere Mehrkosten in Millionenhöhe ergeben. Eine Durchsetzung des Tarifschutzes im Heimbereich würde den Kantonen unabsehbare Mehrkosten auflasten.
Nun schlage ich vor, auf diese Revision und auf die Mehrbelastung der Kantone zu verzichten und direkt auf eine monistische Spitalfinanzierung zu wechseln.
Ich möchte Ihnen noch einmal kurz die Vorteile eines solchen Systemwechsels bekannt geben; für mich sind es sechs Gründe, die bei einem solchen direkten Systemwechsel im Vordergrund stehen:
1. Die Krankenversicherer kommen allein für die Betriebskosten der Spitäler auf. Die heutigen Spitalsubventionen der Kantone fliessen direkt an die Versicherer. Es gibt nur noch eine Finanzierungsquelle, es gibt nur noch eine Zahlstelle.
2. Die Spitalpolitik erfolgt dadurch aus einer Hand, aus einem Guss, im Gegensatz zu heute, wo die Kantone gleich-

zeitig zwei oder gar drei Hüte tragen: Sie sind einerseits Finanzierer, anderseits aber auch Betreiber der Spitäler. In jenen Fällen, in denen Kassen und Spitäler bei den Tarifverhandlungen keinen Konsens finden, legen die Kantone als Finanzierer und Betreiber der Spitäler sogar die betreffenden Tarife selber fest.
3. Nicht die kantonale Politik, sondern objektive Kriterien wie Wirtschaftlichkeit und Qualität entscheiden über die Zulassung der Spitäler, ihre Leistungen nach dem KVG abrechnen zu können.
4. Die monistische Spitalfinanzierung führt zu höherer Transparenz für alle Beteiligten betreffend die insgesamt verursachten Kosten, da nur noch aus einer Hand finanziert wird.
5. Die betriebliche Eigenverantwortung der Spitäler wird gefördert, wenn die automatische Defizitdeckung durch die Kantone wegfällt.
6. Alle Bereiche der Gesundheitsversorgung – ambulant, teilstationär und stationär – werden finanziell gleichgestellt. Dies führt zu einer Kosteneinsparung, weil für die Krankenversicherer kein Anreiz mehr besteht, die für sie günstigere Behandlung – die stationäre Behandlung, weil die Kantone daran 50 Prozent bezahlen – zu fördern.
Aus all diesen Gründen möchte ich diese Vorlage an den Bundesrat zurückweisen mit dem Auftrag, sofort direkt auf ein monistisches System zuzusteuern und nicht zuzuwarten, wie das die Kommission vorschlägt.
Noch ein Wort zu den Kantonen: Die Kantone fühlen sich zu Recht geprellt, weil man ihnen auch, Frau Bundesrätin Dreifuss, am «runden Tisch» über diese Vorlage und über ihre finanziellen Konsequenzen nichts gesagt hat und dies auch nicht in die gegenseitigen Verhandlungen einbezogen wurde. Den Kantonen wurde damals versprochen, dass sie keine zusätzlichen Kosten aus zukünftigen Gesetzesrevisionen zu erwarten hätten. Deshalb können die Kantone heute kaum verstehen, dass sie hier aus dieser Gesetzesrevision mit einer zusätzlichen Belastung von insgesamt über einer Milliarde Franken zu rechnen haben.
Aus all diesen Gründen möchte ich Ihnen beliebt machen, meinen Rückweisungsantrag zu unterstützen. Ich weiss, dass ich gegen eine geschlossene Kommission und gegen den Bundesrat kaum eine Chance habe. Aber es geht mir auch darum, dass man hier erstens einen direkten Übergang zum monistischen System diskutiert und zweitens die Belastung der Kantone zum Thema macht. Gegenüber dem Zweitrat sollten wir als Ständekammer auch das Signal setzen, dass man vor allem die finanziellen Konsequenzen für die Kantone nochmals vertieft anschaut.

**Berger** Michèle (R, NE): Où va la gestion de la santé publique? Que veulent dire encore aujourd'hui les termes de «solidarité et de «mutualité"? Veut-on encore que la relation entre le médecin et le malade soit valorisée avant la technique ou veut-on, par une dérégulation du marché des services de santé, casser les racines communautaires et les traditions samaritaines des hôpitaux, et faire en sorte que les prestataires de soins soient les instruments des investisseurs et considérer les patients comme une matière première?
Le mode du contexte politique d'aujourd'hui détermine les probabilités d'une évolution vers la dérégulation jusque dans le système de santé. Ainsi, la tendance actuelle veut que l'Etat cesse d'être un partenaire central dans les affaires publiques. Les caisses-maladie deviennent de moins en moins des mutuelles et de plus en plus des entreprises économiques comme d'autres, avec conseil d'administration, publicité, démarchage de clients, fusions et rentabilité. En continuant dans cette direction, il est facile de dire quelle sera l'évolution future des services de la santé: la marche vers une médecine à deux vitesses s'affirme. La révision partielle de l'assurance-maladie qui nous est proposée me paraît aller vers un avenir dont nous ne connaissons pas encore le scénario.
Considère-t-on encore que la santé est une tâche prioritaire de l'Etat? Souhaite-t-on encore la solidarité entre les malades et les bien portants, entre les vieux et les jeunes? Les prestataires de soins sont-ils de vrais partenaires, ou est-il préférable de les mettre sous tutelle pour renforcer un pouvoir? Est-il justifié que les établissements hospitaliers figurant sur les listes hospitalières, qu'ils soient publics ou privés, soient financés selon des règles identiques?
Tout le monde est d'avis que tous les assurés doivent être traités sur un pied d'égalité dans l'assurance-maladie obligatoire. Le sont-ils toujours aujourd'hui, avec les pratiques contraires aux conventions que l'on constate, avec des incitations à une concurrence déloyale que l'on observe, avec des pressions qui vont jusqu'à des menaces de non-remboursement des prestations? J'aimerais rappeler qu'en matière de santé, celui qui paye la facture n'est pas nécessairement celui qui supporte réellement les coûts. Ainsi, l'assureur ne fait que redistribuer les primes provenant des assurés. L'argent des assurances-maladie est bien de l'argent versé par les assurés.
Faut-il à l'avenir une caisse unique pour l'assurance obligatoire de base? Bien entendu, elle ne pourrait être concevable que si elle était entièrement contrôlée par les pouvoirs publics. La concurrence pourrait alors s'exercer au niveau des assurances complémentaires, et elles deviendraient enfin plus abordables pour chacun.
Toutes ces questions ne sont pas résolues, et il me semble qu'avec cette révision partielle nous optons pour un exercice de pompier, sous la pression des caisses-maladie. Les décisions que nous risquons de prendre vont faire d'énormes dégâts au niveau des cantons, des communes, des prestataires de soins et des assurés que nous sommes. Il n'est pas inutile de rappeler qu'en voulant réorganiser la santé publique selon des critères purement économiques, qui excluaient les médecins et les organisations médicales, les autorités américaines ont lamentablement échoué.
Et chez nous, comment gérer l'incompatibilité entre une planification qui appartient aux pouvoirs publics et un marché qui tend à se privatiser?
La planification dans un système public de soins est rarement en mesure de prévoir le futur des services de santé si ceux-ci devaient opérer dans un marché privatisé. Dans un tel cas, le fonctionnement du système de santé dépend non pas des besoins de santé de la population, mais surtout de l'interaction entre la demande exprimée et l'offre de prestations pour les demandes solvables. La règle est que, dans le marché libre, la diversification doit répondre impérativement à un critère de rentabilité économique direct, alors que dans le cadre d'un marché public contrôlé par l'Etat, la diversification doit aussi répondre à des critères de rentabilité sociale et politique.
Le projet qui nous est soumis m'amène à faire plusieurs remarques concernant la suppression de l'obligation de contracter, sur le financement des hôpitaux, ainsi qu'à quelques questions.
1. Concernant la suppression de contracter, première constatation: l'inégalité de traitement. Il existe une inégalité de traitement entre les assurés quant à leur accès futur à l'assurance de leur choix, si le principe de la suppression de l'obligation de contracter est accepté. A mon avis, les dispositions de l'article 4 de la LAMal ne sont plus respectées, car le patient d'un médecin non agré par un assureur-maladie se verra dans l'obligation de changer de caisse sous la contrainte et non selon le principe de l'article 4. Ceci est un premier constat qui démontre combien l'esprit de la LAMal est bafoué. Autre inégalité de traitement: autoriser les caisses-maladie à ne pas contracter avec tel ou tel médecin, équivaut, pour ces assurés, à la fin du libre choix du thérapeute, droit aujourd'hui garanti par l'article 41 de la LAMal. Finalement, l'inégalité de traitement entre les prestataires, c'est celle qui affecte la suppression de l'obligation de contracter pour les prestataires de soins et pas pour les établissements hospitaliers. Soit la mesure est valable pour tous les prestataires de soins, soit on ne la met pas en application.
2. L'absence de culture de concurrence chez les assurés: la LAMal a voulu renforcer la concurrence entre les caisses-maladie, afin de ralentir la croissance des coûts de la santé,

au travers essentiellement de deux effets: en diminuant au maximum leurs frais administratifs et en négociant les meilleurs contrats avec les fournisseurs de soins, ceci avec le système de la compensation des risques, pour donner à chaque caisse les mêmes armes face à la concurrence. Or, nous constatons aujourd'hui que le jeu de la concurrence ne semble pas très bien fonctionner, puisqu'en général les assurés restent plutôt fidèles à leur caisse et utiliseraient relativement peu la possibilité de réaliser des économies en changeant de caisse.
3. C'est à cause de l'absence de culture de concurrence des assurés que les législateurs inventent d'autres mesures de concurrence aujourd'hui. Mais à côté de son impact souhaité sur les dépenses de la santé, une intensification de la concurrence sur le marché des prestations sanitaires peut générer des effets indésirables auxquels il faut être attentif. Certes, dans le cadre de l'assurance obligatoire, les caisses-maladie n'ont pas légalement la possibilité de refuser des mauvais risques ou de leur faire payer des primes plus élevées. Elles vont chercher toutefois, par des moyens détournés, à sélectionner les risques. Le cas du retrait de Visana de certains marchés montre que les assurances peuvent pratiquer, en toute légalité, une sélection géographique des risques. Une autre sélection des risques apparaît aujourd'hui, elle aussi en toute légalité. Une assurance dont la pratique est le tiers payant avertit ses assurés que, à partir du 1er janvier 2002, elle passera au tiers garant pour éduquer ses clients; «mesure didactique», a-t-on pu lire. La pression auprès des assurés, d'une part, pour qu'ils paient eux-mêmes leurs médicaments et, d'autre part, pour qu'ils changent de fournisseurs de soins est telle que l'assuré souvent âgé et se présentant comme mauvais risque change de caisse pour retrouver une caisse tiers payant. Et voilà, le tour est joué: resteront les bons risques et, sans augmentation de primes, les réserves se reconstitueront.
4. La suppression de l'obligation de contracter devient un moyen supplémentaire à l'usage des caisses-maladie pour sélectionner les risques sur le marché de l'assurance. La suppression de l'obligation de contracter est vue, du côté des agents financeurs, comme un instrument efficace de maîtrise des coûts. Si, du point de vue théorique, on peut comprendre la logique qui prévaut chez les assurances, il faut reconnaître cependant qu'en l'état actuel des choses la mesure est pratiquement inapplicable en Suisse.
La suppression de l'obligation de contracter ouvrirait la porte à un certain arbitraire dans le processus de décision qui aboutit à l'exclusion du marché. En effet, il n'existe pas pour l'instant, en Suisse, de données et d'indicateurs qui permettent de comparer de façon pertinente et objective la performance économique des fournisseurs de soins, et encore moins la qualité de leurs prestations.
Dans ces conditions, la non-obligation de contracter devient beaucoup plus un instrument de régulation quantitative de l'offre de soins qu'un moyen permettant d'exercer une pression concurrentielle sur les prestataires de soins. Or, la tâche de régulation quantitative du marché revient à l'Etat et non aux caisses-maladie. Un tel instrument engendrerait d'ailleurs une multitude de recours qui ne pourraient déboucher, faute d'informations suffisantes, que sur une confirmation de l'arbitraire ou une annulation du refus de contracter.
Dès lors, la suppression de l'obligation de contracter devient un moyen supplémentaire à l'usage des caisses-maladie pour sélectionner les risques sur le marché de l'assurance. Cet instrument offre en effet la possibilité aux assurances de sélectionner les patients en choisissant les fournisseurs de soins en fonction du degré de risque de leur clientèle.
Toujours par crainte de se voir refuser un accès au marché par les assurances, les fournisseurs de soins pourraient être incités également à sélectionner eux-mêmes leurs critères en fonction des risques, et de se débarrasser des patients qui génèrent des coûts particulièrement élevés. Ainsi, on le voit bien, plutôt que d'accroître la concurrence entre les fournisseurs de soins, la suppression de l'obligation de contracter pourrait, au contraire, conduire à une limitation de la concurrence sur le marché, puisqu'un contrat d'exclusivité réduit l'accès des fournisseurs de soins à un acheteur et constitue une sorte de barrière à l'entrée sur le marché.
Dès lors, accepter la suppression de l'obligation de contracter, c'est accepter la mort programmée de la LAMal, c'est accepter que les prestataires de soins soient mis sous tutelle, dans le cadre de structures privées. Le référendum est programmé.
Il y a d'autres questions que je poserai au Conseil fédéral lors de l'examen de détail, c'est pourquoi je fais la proposition maintenant de renvoyer le projet à la commission, parce qu'un des éléments de base manque, c'est la lettre b. Nous ne connaissons pas les critères de sélection. Je n'ai pas envie de voter un blanc-seing, premièrement parce que la suppression de l'obligation de contracter est inacceptable; deuxièmement parce qu'il est inacceptable qu'une assurance sociale de base finance aussi un hôpital public qui n'aurait pas de mission de la part de l'Etat; troisièmement parce que la tâche de régulation quantitative du marché de la santé, qui n'est pas un marché économique au sens propre du terme, appartient à l'Etat et non aux caisses, et quatrièmement parce que de nombreuses questions restent encore ouvertes.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Das KVG leidet seit seiner Einführung daran, dass die Mischung von Monopol- und Planungselementen auf der einen, Wettbewerb auf der anderen Seite nicht sehr glücklich gelungen ist. Die Vorlage des Bundesrates will hier tendenziell etwas mehr Wettbewerb – allerdings offenbar in kleinem Rahmen – und bessere Anreize für wirtschaftliches und Kosten senkendes Verhalten bringen. Die Grundausrichtung der Revision ist deshalb meines Erachtens klar zu unterstützen. Es muss darum gehen, auch im Gesundheitswesen Wettbewerbselemente einzubauen, falsche Anreize zu beseitigen und die Finanzierungsmodalitäten transparenter zu gestalten. Der Grundtenor der Revision stimmt also.
Die Kommission hat sich Mühe gegeben, die Wettbewerbselemente weiter zu stärken, wenn auch aus bekannten Gründen im Gesundheitswesen nicht voll auf Marktprinzipien gesetzt werden kann. Auch sie hat aber nicht den ganzen Weg zurückgelegt; das sei vorweg festgehalten. Im Bereich der Spitalfinanzierung strebt die Kommission zwar klar ein monistisches System an. Weshalb dies, und wie charakterisiert sich ein monistisches System? Wir haben es von Kollege Büttiker gehört: Es schafft klarere Verhältnisse. Der Versicherer ist allein Leistungseinkäufer und entscheidet damit auch über die Finanzierung und nicht nur über einen Prozentanteil an den Kosten der Leistungserbringer. Die bisherige duale Spitalfinanzierung fördert demgegenüber unwirtschaftlichen Leistungseinkauf und unwirtschaftliches Verhalten, indem sich die Versicherer lediglich an den durch sie zu übernehmenden Teilkosten zu orientieren haben. Für die Bevölkerung – für die Steuer- wie die Prämienzahler – ist es aber entscheidend, dass die Leistungseinkäufer bei ihren Entscheiden die Gesamtkosten berücksichtigen und ihr Verhalten entsprechend ausrichten. Dies ist nur mit einer monistischen Finanzierung – also der Finanzierung aus einer einzigen Quelle – möglich. Diese stärkt über leistungsorientierte Preise den Wettbewerb unter den Leistungsanbietern und bringt so mehr Kostenbewusstsein.
So weit war sich die Kommission einig. Sie hat aber vorderhand den ganzen Schritt schlicht noch nicht gewagt. Weiterhin präsentiert auch sie ein so genannt dual-fixes System. Dies bringt zwar – und dies ist positiv zu vermerken – den Übergang von der bisherigen Kosten- zu einer Preisbetrachtung, teilt aber die Finanzierung weiterhin zwischen den Versicherern und den Kantonen auf. Allerdings wird hier nun fix und fest hälftig geteilt, und auch die nicht anrechenbaren Kosten werden besser definiert. Mit diesem Vorgehen kann mindestens ein Teil der bisherigen Streitereien zwischen Kassen und Kantonen entfallen. Das Klima kann sich verbessern, und dies scheint mir wesentlich, können wir doch nur weiterkommen, wenn die verschiedenen Akteure der Gesundheitspolitik künftig tatsächlich am gleichen Strick in die gleiche Richtung ziehen.

Negativ verbleibt bei der weiterhin vorgesehenen Finanzierungsaufteilung der Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Die Kassen werden ein Interesse daran haben, die stationäre Behandlung zu privilegieren, weil sie hierbei nach wie vor weniger bezahlen müssen. Hier wird also ein falscher Anreiz gesetzt. Dieser könnte übrigens auch weiterhin dazu führen, dass der Anteil der Belastung der Kantone tendenziell rückläufig ist, weil die moderne Medizin den Trend von stationärer zu ambulanter Behandlung fördert, dies auch ohne Zutun der Kantone. Immerhin ist es aber gelungen, den vom Bundesrat eingeführten, eher schwammigen Begriff der teilstationären Behandlung, Herr Büttiker, wieder zu eliminieren. Zudem enthält der Gesetzesvorschlag nun eine klare Definition der stationären Behandlung. Auch damit wird ein Anlass für Streitereien beseitigt.
Grundsätzlich systemgerecht hat die Kommission auch den Vorschlag des Bundesrates übernommen, den hälftigen Finanzierungsanteil der Kantone auch auf die Privatversicherten auszudehnen bzw. den Begriff der «allgemeinen Abteilung» fallen zu lassen. Dies bedeutet eine erhebliche Umverteilung zulasten der Kantone, auch wenn mit dem Einbezug der Investitionen in die Preisbildung ein gewisser Ausgleich gebracht wird. Die Einrechnung der bisher getätigten Investitionen ist im Übrigen – auch das an Herr Büttiker gerichtet – durchaus machbar. Wir haben das beispielsweise bei der Ausgliederung der Spital Thurgau AG aus der kantonalen Verwaltung machen müssen, und es ist durchaus machbar. Die vorgeschlagene Ausdehnung ist aber angesichts der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes wohl unausweichlich, da sonst zwischen innerkantonaler und ausserkantonaler Behandlung unterschiedliche Regelungen bestehen, was auf die Dauer kontraproduktiv wirken wird. Diese Anomalie wirkt nämlich auch dahin, dass die Kantone ihre Behandlungskapazitäten eher ausbauen als zurücknehmen.
Überdies, im Gesamtpaket sollen nun grundsätzlich alle Spitäler – auch die bisher nicht subventionierten – in den Genuss der kantonalen Beiträge kommen. Die Unterscheidung von öffentlichen oder öffentlich subventionierten und den anderen Spitälern fällt also dahin. Allerdings gilt dies nur für Einrichtungen, welche auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Auch dieser Wechsel ist systemgerecht, wenn wir von der bisherigen Objekt- zu einer Subjektfinanzierung gelangen wollen. Aber auch er bedeutet eine erhebliche weitere Belastung für die Kantone und damit für die Steuerzahler. Entlastet werden wohl auch hier die Privatversicherten, und nur diese.
Der Übergang zur neuen Regelung könnte sich ausserdem schwierig gestalten, weil das so genannte Stillhalteabkommen zwischen den Kantonen und den Versicherern – wir haben es gehört – von letzteren gekündigt worden ist. Ich habe hierzu in der Kommission den Antrag zu einem dringlichen Bundesbeschluss gestellt, der noch immer hängig ist. Dies, um den Beteiligten die Möglichkeit zu lassen, selbst nochmals zu einer Vereinbarung zu kommen. Wenn es tatsächlich nicht gelingen sollte, hier eine Nachfolgeregelung zu erreichen, dürften die Gerichte äusserst viel Arbeit erhalten. Wenn der Übergang nicht zu unerwünschten Steuer- oder auch Prämienschüben führen soll, muss er gesamthaft in abgestuften Etappen erfolgen können.
Trotz all der soeben aufgezeigten, erheblichen Schwierigkeiten unterstütze ich die Vorlage nach wie vor. Ich sehe darin allerdings keineswegs eine langfristig tragende Lösung; es kann nur um einen Übergang gehen. Das monistische System ist rasch und konsequent zu realisieren. Würde es bei den bisherigen Vorschlägen allein bleiben, könnte das zu höheren Steuern und zu höheren Prämien in der Grundversicherung führen, während allein die Privatversicherten allenfalls profitieren könnten. Damit kann ich grundsätzlich und auf die Dauer nicht leben. Für mich ist jedoch die Übergangsregelung zentral, wonach der Bundesrat verpflichtet wird, innerhalb von fünf Jahren eine erneute Revisionsvorlage zu unterbreiten. Ich gestehe es offen: Ich wäre auch nicht unglücklich, wenn diese Frist noch etwas verkürzt werden könnte.
Ein gewisses Potenzial enthält zudem die Übergangsbestimmung, dass Kantone und Versicherer den Übergang zu einem aus einer Quelle finanzierten System auf kantonaler Ebene vertraglich vereinbaren können. Ein solches Pilotprojekt könnte hier die Wege ebnen. Allerdings ist die jetzige Fassung der Übergangsbestimmung wenig verpflichtend. Wenn Versicherungen und Kantone keine vertragliche Einigung finden, bleibt halt alles beim Alten. Möglicherweise könnten wir auch hier noch eine verpflichtendere Formulierung finden.
Der vorläufige Verbleib beim dual-fixen Spitalfinanzierungsmodell bringt es mit sich, dass ein weiteres Wettbewerbselement, der Verzicht auf den bisherigen Kontrahierungszwang, nur – ich betone: nur – für den ambulanten Sektor vorgesehen werden kann. Hier hat aber die Kommission den entscheidenden Schritt getan, auch wenn sie noch weitere Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung, aber nur unter diesen Punkten, einbringen will.
Für mich entscheidend ist, dass die Kantone im Sinne von Rahmenbedingungen versorgungspolitische Standards festlegen können, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Durch die Einflussnahme der Kantone, durch eine Festlegung von Mindestzahlen der Leistungserbringer für alle Versicherer, wird indirekt auch eine genügende Auswahlmöglichkeit unter den Ärzten gewährleistet. Die grosse Angst vor den Krankenkassen, von der wir soeben gehört haben, kann deshalb zweifellos relativiert werden; ich bin aus diesem Grunde gegen eine Rückweisung, wie sie Frau Kollegin Berger beantragt. Mir scheint die nun vorliegende Lösung im Grundsatz akzeptabel. Sie kann dazu beitragen, das Problem der Ärzteplethora in den Griff zu bekommen. Mir scheint dies wichtig, wenn wir an das Inkrafttreten der Freizügigkeitsabkommen mit der EU denken und in diesem Zusammenhang an die mögliche Zunahme ausländischer Ärzte aus dem EU-Raum.
Kosten dämpfend über alles könnte sich zudem die neue Bestimmung erweisen, dass die Versicherer künftig auch neben der ordentlichen Grundversicherung zwingend Varianten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und verminderten Prämien anzubieten haben. Ich freue mich, dass der Bundesrat hier einen Gedanken aufgenommen hat, den ich bei der Kommissionsberatung der ersten Teilrevision des KVG geäussert habe. Es dürfte dies für die Entwicklung der «managed care» in unserem Lande, für integrierte kantonale oder regionale Versorgungsnetze, einen entscheidenden Schub bringen. Das Denken in Behandlungsketten wird dadurch gefördert werden.
Der Antrag der Kommission setzt auch neue Rahmenbedingungen im Bereich der sozialen Abfederung bei der Prämienverbilligung. Ich meine, ordnungspolitisch sei hier gegen das Setzen von Rahmenbedingungen an die Kantone durch den Bund grundsätzlich nichts einzuwenden. Allerdings ist festzuhalten, dass auch diese Vorschrift für einzelne Kantone zu Mehrbelastungen führen könnte. Entscheidend ist hierbei der Absatz, wonach der Bundesrat nach Rücksprache mit den Kantonen die für die Ermittlung des Anspruches massgebende Referenzprämie festlegt. Bei dieser Referenzprämie kann es im Übrigen nicht einfach um den Schnitt aller Prämien gehen, sondern sie ist im unteren Bereich der kantonalen Prämien festzulegen. Entscheidend ist, dass hier tatsächlich die Kantone auch mitsprechen können. Ich meine, dass hier eine für die Kantone finanziell verträgliche Lösung zu finden ist.
Gesamthaft bewegt sich die Teilrevision zwar in die richtige Richtung – ich bin deshalb für Eintreten –, sie führt aber, dessen müssen wir uns bewusst sein, keineswegs zum Ziel, sondern es wird lediglich eine Etappe zurückgelegt werden. Es werden zwar Wettbewerbselemente eingeführt, gewisse Fehlanreize beseitigt, aber andere bleiben. Der Einblick in die Finanzierungsmechanismen wird erleichtert werden, der entscheidende Schritt wird jedoch erst mit dem Übergang zu einem monistischen System getan werden. Wir laufen auch mit der heutigen Teilrevision etwas Gefahr, dass der halbe Schritt das Endziel diskriminieren könnte. Deshalb können wir nicht lange bei diesem Zustand bleiben. Wir müssen uns

bewusst sein, dass unsere Lösungen zwar systematische Verbesserungen bringen, aber noch kaum entscheidende Auswirkungen auf die gesamte Lastenentwicklung im Gesundheitswesen haben werden. Es wird wichtig sein, dass sich insbesondere die Spitäler mit ihrem Rechnungswesen nun rasch auf das monistische System vorbereiten. Es wird entscheidend sein, dass der Bundesrat sich ohne Verzug hinter den Systemwechsel macht.
Am liebsten hätte ich – ich verhehle dies nicht – den Übergang schon mit dieser Vorlage gesehen. Ich habe deshalb auch durchaus Sympathien für den Antrag Büttiker. Aber ich habe mich überzeugen lassen – um nicht zu sagen, auch überstimmen lassen –, dass der Schritt auf einmal zum monistischen System einen zu grossen Schritt darstellen könnte, dass damit das Fuder überladen werden könnte und die Mitakteure des Gesundheitswesens im jetzigen Zeitraum einfach noch nicht für diesen ganzen Schritt bereit sind. Es geht mir aber auch darum – ich meine hier Herrn Büttiker richtig verstanden zu haben –, dass dieser Zwischenzustand, den wir nun erreichen wollen, nicht lange andauert.
In diesem Rahmen bin ich aber für Eintreten.

**Langenberger** Christiane (R, VD): Je dois probablement déclarer ici mes intérêts. Je suis vice-présidente d'une caisse-maladie, mais comme vous le savez, je représente aussi mon canton, un canton qui a une situation financière extrêmement délicate. J'estime donc pouvoir garder quand même une certaine objectivité dans cette affaire.
Vous le savez tous, nous avons cré , après des années de travaux d'experts, d'échecs en votation populaire, un système d'assurance complexe, certes, mais tout de même de haute qualité. La LAMal a permis un accès généralisé à une médecine efficace. Notre population jouit d'une assurance obligatoire de base généreuse qui renforce la solidarité, prévoit un fonds de compensation pour financer les mauvais risques des caisses, subsidie les primes des plus démunis et offre des possibilités de réduction de primes grâce aux bonus ou aux HMO, etc. Bref, un système apparemment presque parfait.
Or, c'est une lapalissade d'affirmer que, malgré ces éléments positifs, la LAMal est aujourd'hui critiquée de toute part. Cependant, on aurait tout de même tort de jeter le bébé avec l'eau du bain, ceci d'autant plus que les pays qui nous entourent ont aussi des problèmes avec leurs assurances et avec l'augmentation des coûts de la santé. Il faut encore distinguer un autre problème: il y a des problèmes auxquels la LAMal ne peut simplement pas trouver des solutions ou qu'elle ne peut pas influencer. Les moyens dont dispose la médecine aujourd'hui sont connus, ils progressent, les personnes qui payent des primes importantes veulent avoir accès à cette médecine. Nous allons devoir faire face au vieillissement de la population, nous le savons tous et toutes. Nous savons également que les derniers mois, les dernières semaines d'une personne âgée coûtent cher.
L'évolution de notre société et nos modes de vie influencent finalement considérablement l'état physique et psychique de la population. Songeons aux coûts engendrés par l'apparition du sida, par le tabagisme, l'alcoolisme, ou encore par les maladies conditionnées par le travail ou le non-travail: stress, dépression, invalidité. D'autres intérêts, notamment ceux de l'industrie pharmaceutique, ce que notre pays ne saurait par trop condamner, participent également à l'augmentation des coûts.
La LAMal a ses propres défauts que l'OFAS tente de corriger par étapes. Mais les intérêts des fournisseurs de prestations et des consommateurs de santé sont différents, si bien qu'il est difficile d'apporter les correctifs judicieux. Il est de plus extrêmement difficile et délicat d'introduire la notion de concurrence dans le domaine de la santé, tant des questions d'éthique, de déontologie, d'inégalités face à la maladie entravent une totale libéralisation. Nous devons cependant agir, au risque sinon d'être contraints à des mesures de rationalisation.
Les corrections proposées dans cette deuxième révision de la LAMal, soit de nouvelles mesures de financement hospitalier, la suppression de l'obligation de contracter dans le secteur ambulatoire et les limitations de primes, nous semblent être à même de mieux contrôler l'évolution des coûts de la santé.
La question du financement des hôpitaux semble – je dis bien semble – trouver une solution après bien des aléas. Il aura fallu un arrêt du Tribunal fédéral des assurances concluant à l'obligation des cantons de financer les hospitalisations extracantonales médicalement justifiées de leurs résidents, également pour les séjours dans une division privée d'hôpital subventionné; un moratoire introduisant la question des contributions cantonales aux hospitalisations intracantonales en division privée d'hôpitaux publics ou encore subventionnés et une procédure pendante concernant ce même problème dans le canton de Genève, pour finalement en arriver à un accord entre les assureurs-maladie et les cantons. Là, je pense qu'il faudra agir avec délicatesse et par étapes si nous ne voulons pas, comme cela a été relevé à plusieurs reprises, mettre certains cantons dans des situations extrêmement délicates.
Ainsi, nous maintenons, dans un premier temps, un financement dualiste, pour établir une forme de concurrence à l'intérieur des systèmes de planification où il n'y aura plus de différence entre hôpital privé et hôpital public, en termes de financement des prestations de base. Cette concurrence ne pourra toutefois être pleinement établie que lorsqu'on pourra véritablement comparer les coûts sur la base de la comptabilité analytique.
Un autre point de la révision suscite tout autant de remous, soit la suppression de l'obligation de contracter. On craint de donner trop de pouvoir aux caisses-maladie; les médecins se sentent trahis; mais, en fait, de quoi s'agit-il? La volonté d'introduire des mécanismes de régulation économique n'est, à ce jour, que très partiellement réalisée. Elle est introduite entre assureurs-maladie, mais elle est quasiment inexistante entre fournisseurs de prestations, médecins, laboratoires, physiothérapeutes, pharmaciens, organisations de soins à domicile, instituts de radiologie, etc. Ceux-ci sont à l'abri de la protection tarifaire, de par l'obligation de passer un contrat avec tous les fournisseurs de prestation, tel que voulu par la LAMal. Cette situation résulte de situations contradictoires: d'un côté, l'autorité cantonale délivre une autorisation d'exploiter ou de pratiquer en vertu de la liberté économique, pour autant que les exigences de police sanitaire soient respectées; de l'autre côté, au plan national, la LAMal oblige les assureurs à contracter avec tous les fournisseurs de prestations admis par les cantons, sans se soucier, notamment des surcapacités hospitalières et médicales, de la densité des équipements lourds, de la manière de facturer, de l'économicité de traitement et de la quantité des prestations fournies. Cela conduit à des situations inadmissibles pour l'assurance sociale, car elle est contrainte de rembourser des frais souvent injustifiés en regard de l'économicité de traitement voulue, d'ailleurs, par la LAMal à son article 56. N'importe quelle caisse-maladie est à même de vous faire une longue liste d'exemples de dysfonctionnements. Je reviendrai, si nécessaire, au cours de ce débat, sur certains de ces problèmes. La suppression de l'obligation de contracter ne va pas avoir un effet dévastateur comme le laissent entendre les médecins. Par contre, cela favorisera l'amélioration de certaines prestations.
Cela pourra peut-être provoquer une diminution du nombre de spécialistes pour revenir à une prépondérance de généralistes. Actuellement, cette proportion dans le canton de Vaud, et paraît-il ailleurs aussi, est de 60 pour cent de spécialistes pour 40 pour cent de généralistes, ce qui est quand même contraire à toute logique et qui explique aussi, en partie, les coûts plus élevés dans ce secteur.
En ce qui concerne les établissements publics ou privés, la suppression de l'obligation de contracter va certainement renforcer la concurrence et aboutir à une réduction de surcapacités, ce que le pouvoir public n'a pas été en mesure de faire par la planification.
Les soins à domicile sont en pleine expansion. Cela a pour effet la multiplication des intervenants – on le voit notam-

ment dans le canton de Genève –, sans coordination et avec des coûts faramineux qui peuvent atteindre plus de 10 000 francs par mois dans certains cas, lorsqu'il n'y a pas de coordination entre les fournisseurs de prestations et que l'on additionne les différentes factures des intervenants. La seule voie possible, face à cette situation, réside dans la régularisation économique par la liberté de contracter qui devrait permettre, premièrement, de contenir les coûts par une meilleure utilisation des infrastructures; deuxièmement, de réduire les surcapacités et, troisièmement, dans une moindre mesure, d'éviter de devoir rembourser des facturations abusives. Surtout, nous avons quand même, avec un article, permis un certain contrôle des cantons et évité des dérapages.
Un mot encore sur le troisième pilier de cette révision, soit le plafonnement des primes. J'avoue être dans mes petits souliers à ce sujet. En effet, je suis absolument convaincue que notre commission a repris là, avec raison, une proposition émise tout au début du traitement de la LAMal.
Le problème réside dans l'estimation des coûts supplémentaires que cela entraînerait pour certains cantons, dont le mien. Le canton de Vaud a estimé ce surcoût à 200 millions de francs. Les représentants du canton de Vaud et de l'Office fédéral des assurances sociales n'arrivent pas à accorder leurs violons sur les chiffres, notamment en raison du fait que le revenu imposable cantonal – qui est pris en compte dans mon canton pour les subsides – n'est pas équivalent au revenu imposable pour l'impôt fédéral direct. En effet, le revenu imposable cantonal est obtenu après plusieurs types de déductions n'entrant pas en compte dans le calcul du revenu imposable pour l'impôt fédéral direct, par exemple la déduction pour contribuables modestes. A l'inverse, le revenu imposable pour l'impôt fédéral direct est obtenu après soustraction des déductions pour enfants, etc.; il y a encore d'autres différences.
De plus, selon le système vaudois des subsides, une partie des ménages subsidiés à faible revenu seraient défavorisés par le projet, alors que les ménages dont le revenu est moyen, voire supérieur, et qui ne sont actuellement pas subsidiés seraient avantagés. Dans l'état actuel des choses, il ne m'est pas possible de contrôler qui a raison dans cette affaire.
Je soutiendrai malgré tout la proposition d'entrée en matière de la commission, mais j'espère que la situation sera clarifiée d'ici aux débats du Conseil national.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Mit der Revision des KVG aus dem Jahre 1994 wollte der Gesetzgeber drei Ziele erreichen: die Stärkung der Solidarität, die Gewährleistung einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsvorsorge für alle und eine Kosteneindämmung durch die Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten, die Erstellung von Globalbudgets und die Spitalplanung.
Man liest nun überall, diese Ziele seien nicht erreicht worden. In der Tat: Wer glaubte, die Krankenversicherungsprämien würden stagnieren oder gar sinken, sieht sich bitter getäuscht.
Es gilt deshalb aus meiner Sicht, zwei Dinge zu konstatieren:
1. Was immer wir tun, die Gesundheitskosten und damit die Prämien werden zumindest vorläufig weiter steigen.
2. Die Verteilkämpfe der Beteiligten um ihren Besitzstand tragen nicht zu einer Lösung bei.
Beim Zuwachs der Prämien lautet die Frage nur: um wie viel? Zunehmen werden sie, weil immer mehr Menschen immer länger leben, weil immer mehr Krankheiten besser therapiert werden können und damit die Überlebens- oder die Heilungschancen der Patientinnen und Patienten beträchtlich erhöht werden. Zudem kommen immer neue und bessere Medikamente auf den Markt, die dem Bedürfnis des modernen Menschen, vorzugsweise durch den Konsum von ärztlichen Dienstleistungen und durch die Einnahme von Medikamenten länger körperlich und geistig leistungsfähig zu bleiben und sich vor natürlichen Degenerationserscheinungen zu schützen, entgegenkommen.
In der Tat fragt keiner nach den Gesundheitskosten, wenn ein Angehöriger hospitalisiert werden muss. Da gilt meist nur ein Ziel: dass er möglichst rasch und vollständig wieder gesundet. Hohe Prämien spielen immer dann keine Rolle, wenn es darum geht, selber vom Gesundheitswesen zu profitieren. Dies bestätigt auch eine Umfrage in Sachen Gesundheitskosten, die letzte Woche publiziert wurde.
Beim Ringen um eigene Vorteile unter den Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern fragt sich, wie der Gesetzgeber seine vor nicht allzu langer Zeit formulierten Ziele erreichen kann. Die Anträge der SGK gehen zumindest in die richtige Richtung. Es ist aber dringend notwendig, dass uns das Plenum folgt und dass es letztendlich nach erfolgten Beratungen in den Räten keine Nulllösung wird, weil wir unter dem Stichwort Qualitäts- und Versorgungssicherheit oder anderen Stichworten zu grosse Konzessionen machen müssen. Unter anderem sind die Mängel der geltenden Spitalfinanzierung erkannt. Es sind zwei wegweisende Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) ergangen. Ich möchte hierzu keine weiteren Ausführungen machen; sie wurden schon mehrmals dargelegt. Die SGK will nun mit ihren Vorschlägen für ein dual-fixes System in einer Übergangsphase den Wechsel in der Spitalfinanzierung einleiten und damit deutlich weiter gehen, als es der Bundesrat vorschlägt. Wer nur gerade eine minimale Korrektur machen will, welche die Urteile des EVG berücksichtigt, und die unberechtigte Quersubventionierung der Spitalaufenthalte von Grundversicherten durch die Zusatzversicherten beseitigt, macht keine Reform, so meine ich, sondern Nachvollzug eines Richterspruchs. Gemäss Artikel 25 KVG sind heute schon alle ärztlichen Leistungen grundversichert. Die zwei Kategorien in der Tarifierung, wie wir sie kennen – darin besteht kein Zweifel –, sind systemfremd. Weshalb soll die gleiche Leistung die Zusatzversicherten drei Mal mehr kosten, als wenn sie grundversichert ist? Diese ungleiche finanzielle Beteiligung zuungunsten der Zusatzversicherten hätte, so meine ich, aufgrund von Artikel 25 gar nie stattfinden dürfen. Dass sich die Kantone aufgrund der Vorgeschichte zum KVG als die Geprellten vorkommen und von den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren deshalb gegen die von uns vorgesehene Lösung aufs Heftigste protestiert wird, kann ich verstehen. Trotzdem scheint es mir notwendig, dass bei der anstehenden Revision nun die von der SGK vorgesehene Revision in die Wege geleitet wird.
Auch der nun von Kollege Stadler vorgeschlagenen Übergangsbestimmung kann ich nicht sehr viel abgewinnen. Wenn wir die Kantone innerhalb von fünf Jahren gestaffelt mit entsprechenden Zusatzkosten belasten, fragt sich, wer die restlichen Kosten zu übernehmen hat. Sind es wie bis anhin die Zusatzversicherten, dann beseitigen wir die von Anbeginn bestehende Ungleichheit reichlich zögerlich – oder springt der Bund in die Lücke? Bezahlt werden muss so oder so; es fragt sich lediglich, wer zur Kasse gebeten wird.
Zur Prämienverbilligung: Die SGK beantragt Ihnen bekanntlich nicht nur, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu verstärken und Versicherer und Leistungserbringer auf ein gemeinsames Ziel – nämlich die Kosteneindämmung – zu verpflichten, sondern auch die Prämienzahlenden zu entlasten. Bei der Einführung der Mehrwertsteuer haben wir uns dafür entschieden, anders als in anderen Ländern auch die Güter des täglichen Bedarfes der Mehrwertsteuer zu unterstellen und damit die Lebenshaltungskosten, insbesondere der sozial Schwächeren und des unteren Mittelstandes, spürbar zu erhöhen. Im Gegenzug dazu – so die damalige Abstimmungsinformation – sollte die Prämienverbilligung bei den Krankenversicherungen eingeführt werden. Die Finanzierung habe paritätisch vonseiten des Bundes und der Kantone zu erfolgen, wobei die Kantone verpflichtet wurden, mindestens 50 Prozent der vom Bund bereitgestellten Mittel abzuholen. Zahlreiche Kantone beschränken sich – allerdings gesetzlich abgesichert – auf das Minimum. Dies führte immer wieder zu kantonalen Vorstössen und Initiativen, wobei verlangt wird, diese Quote sei zu erhöhen.
Tatsächlich besteht hier Handlungsbedarf. Deshalb beantragt Ihnen die SGK auch, die Prämienverbilligung so zu be-

messen, dass die Prämienlast 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigt. Dadurch wird die durchschnittliche Ausschöpfungsquote der Prämienverbilligung der Kantone sicher verbessert. Es wird aber weiterhin Kantone geben, in denen die Versicherten nach wie vor nicht mehr als 4 oder 5 Prozent ihres Einkommens aufwenden müssen.
Die Prämienverbilligungen werden aber – so meine Meinung – auch dann noch ein nicht allseits befriedigendes System bleiben, denn die Berechtigung muss einzeln und individuell abgeklärt werden. Wenn wir von den Unwägbarkeiten und dem möglichen Missbrauch der Prämienverbilligung wegkommen wollen, müssen wir möglicherweise in einem nächsten Schritt grundsätzlich andere Wege beschreiten, z. B. den der Revision unseres Mehrwertsteuersystems.
Gestatten Sie mir noch einige Worte zum Kontrahierungszwang respektive zum Antrag Berger, es sei aus diesen Überlegungen heraus das Ganze an die Kommission zurückzuweisen: Die Lockerung des Kontrahierungszwanges drängt sich angesichts der erneuten Prämienexplosion sicher auf, wenn wir mit der Einführung von Kostendämpfungsmassnahmen Ernst machen wollen. Wichtig ist, dass wir uns hier und heute zu dieser Massnahme bekennen. Ich bin durchaus bereit, mich in der Kommission noch einmal vertieft mit den Eckpfeilern der Qualitätssicherung auseinander zu setzen, wie dies von Frau Berger gefordert wird. Dabei wird vor allem darauf zu achten sein, nach welchen Kriterien die Qualität und die Effizienz der auserwählten Ärzte beurteilt werden soll. Eine Politik, die das finanzielle Kriterium und die betriebswirtschaftlichen Interessen der Kassen isoliert in den Vordergrund rücken würde, wäre verfehlt. Eine Rückweisung der ganzen Vorlage an die Kommission ist aber aus dieser Sicht nicht notwendig, und ich bitte Sie, den Antrag Berger abzulehnen.
Zum Antrag Büttiker: Kollege Büttiker hat sich mit blumigen Worten für den direkten Übergang zum monistischen System eingesetzt. Mit keinem Wort hat er aber erwähnt, dass die Voraussetzungen für den direkten Übergang bei weitem noch nicht gegeben sind; Sie haben nähere Angaben hierzu von Kollege Stähelin gehört. Deshalb auch die etwas weichere Form unserer Kommission, es sei lediglich in den Übergangsbestimmungen festzuhalten, dass innerhalb von fünf Jahren eine Gesetzesrevision mit dem Ziel «monistisches System» vorzusehen ist.
Ich bitte Sie, im Interesse unseres Gesundheitswesens und des nach wie vor gültigen Ziels, die Kostensteigerung unter minimale Kontrolle zu bringen, auf die Vorlage einzutreten und den Anträgen Ihrer SGK zuzustimmen.

**Spoerry** Vreni (R, ZH): Die Gesundheit ist wohl das kostbarste Gut, das wir haben. Ein funktionierendes Gesundheitswesen, das allen eine gute Grundversorgung bietet und mithilft, auch Menschen mit schweren gesundheitlichen Problemen wieder zu mehr Lebensqualität zu verhelfen, ist daher ein ganz wichtiges Anliegen. Auf den rechtlichen Bereich übertragen müssen wir aber feststellen, dass die Regelung des Gesundheitswesens bzw. die Kostentragung seiner Leistungen ein höchst dornenvolles Gebiet darstellt. Widersprüchliche Interessen prallen aufeinander, der Markt kommt kaum zum Zuge, und wenn man an einem Ort schraubt, ergeben sich rasch an einem anderen Ort Probleme. Die Kosten des Gesundheitswesens sind stark steigend, was sich zwar mit verschiedenen Ursachen erklären lässt, aber für viele Menschen und vor allem auch für Familien dennoch zu einem drückenden Problem geworden ist.
In diesem Spannungsfeld hat die Kommission versucht, ihre Arbeit zu tun. Drei Hauptfragen will sie bei dieser Teilrevision im Sinne einer Etappenlösung – wie das unser Kollege Stähelin dargelegt hat – einer verbesserten Lösung zuführen: Die neue Regelung mit der Prämienverbilligung hat eine sozialpolitische Funktion, welche sich angesichts der unverändert und massiv steigenden Prämienkosten aufdrängt; die beiden anderen Massnahmen, die wichtige Frage der Spitalfinanzierung und die Lockerung des Kontrahierungszwanges, beschlagen das Gebiet der Finanzen.
Das übergeordnete Ziel der Kommission war es, im Interesse einer besseren Kostenkontrolle im Gesundheitswesen die Weichen in Richtung zu mehr Wettbewerb zu stellen. Dies im Wissen darum, dass die Gesetze des Marktes, die durch Wettbewerb zu effizienten Lösungen zwingen, beim Gesundheitswesen nur beschränkt spielen können.
Immerhin hat die Kommission versucht, den Wettbewerb so weit als möglich zu stärken. Dabei ist das mit den Übergangsbestimmungen geforderte monistische System, das wirkungsvolle Grundlagen für einen fairen Wettbewerb schafft, allerdings nicht in einem Schritt zu verwirklichen. Deswegen kann ich den Antrag Büttiker auf Rückweisung nicht unterstützen und empfehle Ihnen, diesen abzulehnen. Die Vollzugsprobleme wären einfach zu gross. Ein sofortiger Übergang zum monistischen System würde bedeuten, dass wir die Spitalplanung von einem Tag auf den anderen aufheben müssten. Es würde bedeuten, dass wir grosse Geldströme anders verteilen müssten, ohne im Moment genau zu wissen, wie wir das tun sollen. Es würde aber auch bedeuten, dass wir den Risikoausgleich besser gestalten müssten. Zudem sind die vom KVG geforderten Kostenstellenrechnungen noch nicht in allen Spitälern vorhanden, geschweige denn die zur Einführung eines monistischen Systems notwendigen Kostenträgerrechnungen. Auch wenn wir das Ziel des monistischen Systems anstreben, muss noch einige Arbeit geleistet werden, bis wir so weit sind; davon haben wir uns in der Kommission nach intensiven Diskussionen überzeugen lassen müssen.
Angesichts des Problemdrucks hat sich die Kommission entschlossen, etwas mutigere Schritte vorzuschlagen, als das der Bundesrat teilweise getan hat. Dazu gehört die Lockerung des Kontrahierungszwanges. Wir sind uns bewusst, dass dieser Vorschlag nicht unbedingt populär ist. Aber wir sind andererseits der Meinung, dass er notwendig ist, wenn wir nicht riskieren wollen, dass die steigenden Kosten letztlich unser freiheitliches und gutes Gesundheitswesen im Kern gefährden sollen. Den Bedenken, welche Kollegin Berger aufgeworfen hat und die zu Ihrem Antrag auf Rückweisung der Vorlage an die Kommission geführt haben, kann ich entgegenhalten, dass wir das Problem der Qualitätssicherung nicht zu Ende diskutieren konnten. Wir sind uns dessen bewusst. Aus diesem Grunde ist dieser Artikel zum Kontrahierungszwang heute noch nicht endgültig zu verabschieden, sondern die Kommission will im engen Kontakt mit den Leistungserbringern herausfinden, wie wir hier eine für alle Beteiligten befriedigende Lösung finden können. Diese Lösung wird in der Wintersession 2001 vorgelegt. Dann erst erfolgt die Gesamtabstimmung, und deswegen erübrigt sich eine Rückweisung an die Kommission; wir gehen in dieser Frage ohnehin nochmals über die Bücher. Aber den Grundsatz der Lockerung des Kontrahierungszwanges jetzt zu bestätigen, das scheint mir wichtig zu sein.
Eine wichtige Weichenstellung schlägt die Kommission in Übereinstimmung mit dem Bundesrat im Bereich der Spitalfinanzierung vor. Zwar wird immer noch am dualen System festgehalten. Neu werden jedoch die Spitalkosten im Bereich der Grundversicherung je zur Hälfte fest auf die Kantone und die Krankenversicherer verteilt. Im Gegensatz zur heutigen Praxis sollen in Zukunft auch die zusatzversicherten Patienten bei stationärer Behandlung in den Genuss des Staatsanteiles kommen. Die Kantone wehren sich vehement gegen diese Änderung. Angesichts der offenbar abgegebenen Zusicherungen muss man dafür vielleicht ein gewisses Verständnis aufbringen; auch unter rein budgetrelevanten Überlegungen ist diese Opposition aus einer kurzfristigen Optik nachvollziehbar.
Aber die Kommission ist der Überzeugung, dass bei dieser Argumentation wesentliche Aspekte ausser Acht gelassen werden. Es ist festzuhalten, dass es sich bei der Ausrichtung des Grundbeitrages auch an die zusatzversicherten Patienten nicht um eine Subvention handelt, sondern um einen legitimen Anspruch der zusatzversicherten Personen, die ja die Grundversicherung auch bezahlt haben. Das ist die Beurteilung des Bundesrates, der Kommission und im Übrigen auch der Gerichte.

Es kann nicht angehen, dass alle obligatorisch verpflichtet werden, sich zu versichern, dass dann aber gemäss diesem Gesetz ein Teil der Versicherten bei bestimmten Leistungen den Anteil an die Kosten nicht erhält. Man muss sich vorstellen, was das in der Praxis bedeutet: Eine bislang nur grundversicherte Person hat einen Anspruch auf diesen Grundbeitrag, sie schliesst eine Zusatzversicherung ab, und dann bekommt sie den Grundbeitrag nicht mehr. Oder umgekehrt: Eine zusatzversicherte Person hat bislang keinen Anspruch auf den Grundbeitrag, beendet diese Zusatzversicherung, und dann bekommt sie den Grundbeitrag. Das ist heute die Realität, und das ist ja auch der Grund, weshalb die Zahl der Zusatzversicherten ziemlich drastisch abnimmt; das hat die Präsidentin unserer Kommission ausgeführt.

Abgesehen von diesen Gerechtigkeitsüberlegungen, welche klar für die neue Regelung sprechen, sind die zusatzversicherten Personen wichtige Kostenträger für das Gesundheitswesen. Würden diese Personen gezwungen, auf ihre Zusatzversicherung zu verzichten, weil die Grundversorgung so gut ist, dass der Verlust des Grundbeitrages die Kosten für die Versicherung zusätzlicher Leistungen nicht mehr rechtfertigt, so könnte das nicht im Interesse der Kantone sein. Denn wenn es nur noch Grundversicherte gäbe, bezahlten sie ohnehin die Beiträge an alle Grundversicherten, verlören aber die lukrativen Privatpatienten. Zudem werden in der von der Kommission vorgeschlagenen Lösung die Beiträge von Kantonen und Kassen neu mit Vollkostenrechnung berechnet, womit sich die Krankenkassen neu auch an den Investitionen der Kantone beteiligen müssen und sich damit die Lasten der Kantone in diesem Bereich verringern.

Schliesslich soll diese Regelung, aus einer übergeordneten Sicht betrachtet, auch dem Wettbewerb eine grössere Chance einräumen, was letztlich generell dazu beitragen soll, die Kosten besser in den Griff zu bekommen. Wenn wir heute dieses Problem nicht lösen – und im Grunde genommen richtet sich der Antrag Büttiker auch gegen die neue Spitalfinanzierung –, dann ist damit das Problem der Kantone nicht gelöst. Dann wird wahrscheinlich oder gar mit Sicherheit der Gerichtsweg beschritten, und aufgrund der Entscheide, die bis anhin gefallen sind, muss davon ausgegangen werden, dass die Kantone verpflichtet werden, den Grundbeitrag an alle versicherten Personen – auch an die zusatzversicherten Personen – auszurichten. Es gibt nun Stimmen, die sagen: Ja, das mag sein, aufgrund des geltenden Gesetzes müssen die Gerichte so entscheiden – ändern wir doch das Gesetz und schreiben in das Gesetz hinein, dass die zusatzversicherten Personen keinen Anspruch auf den Grundbeitrag mehr haben.

Sollten wir das tun, sofern das überhaupt mit Bezug auf die Rechtsgleichheit standhält, würde das mit Sicherheit dazu führen, dass die Zahl der Zusatzversicherten drastisch abnähme und die Kantone im Grunde genommen vor dem gleichen Problem stünden.

Jetzt hat Kollege Stadler einen Antrag in Bezug auf Übergangsbestimmungen gestellt. Dieser Antrag lag der Kommission nicht vor, und ich kann nicht beurteilen, ob er schon ideal formuliert oder allenfalls noch verbesserungswürdig ist. Aber ich würde meinen, dass dieser Antrag einen Lösungsweg aufzeigen könnte, der den rechtlich korrekten Weg ermöglichen, aber eine gewisse Rücksichtnahme auf die Kantonsfinanzen beinhalten würde. Wenn ich richtig orientiert bin, dann gehen ja auch bereits Gespräche zwischen Krankenkassen und Kantonen in die Richtung einer solchen Übergangslösung, also im Grunde genommen in die Richtung, die Herr Stadler aufzeigt. Vielleicht kann der Präsident von Santésuisse dazu noch mehr Ausführungen machen.

Aber ich bin der Meinung, dass wir zum Grundsatz stehen müssen, dass aus den vorerwähnten Gründen alle den Grundbeitrag erhalten sollen. Ob wir eine Übergangslösung finden, die für die Kantone diesen Übergang verträglicher macht, ohne dass die Krankenkassen dann den Gerichtsweg beschreiten, müssen wir wahrscheinlich noch diskutieren.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag der Kommission zu folgen und die Rückweisungsanträge abzulehnen.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Ich weiss nicht, ob jetzt mit der Äusserung von Frau Spoerry die Offenlegung meiner Interessenbindung bereits erfolgt ist. Ich bin also Präsident von Santésuisse.

Ich möchte doch noch einige Bemerkungen anbringen: Seit der Einführung des KVG sind die Ausgaben für Behandlung und Pflege in der obligatorischen Krankenversicherung um mehr als einen Viertel auf bald 16 Milliarden Franken gestiegen. Weit und breit ist keine Entspannung an der Kostenfront in Sicht. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir in unserem Land pro Jahr rund 300 Arztpraxen mehr haben. Jede zusätzliche Praxis verursacht Kosten in der Grössenordnung von rund einer halben Million Franken. Man muss sich natürlich die Frage stellen, wie wir das Problem mit dem System des Vertragszwanges, wie wir das heute praktizieren, in den Griff bekommen wollen. Es sei daran erinnert, dass dann auch die 2300 Ärzte aus EU-Ländern, die bereits jetzt in unseren Spitälern tätig sind, in der Schweiz eine Praxis eröffnen dürfen. Ich möchte dies als Beispiel anführen und damit auch deutlich machen, dass wir dieses Problem nicht länger vor uns herschieben dürfen. Wir müssen es behandeln, der Gesetzgeber ist gefordert.

Deshalb bitte ich Sie, den Rückweisungsanträgen nicht zuzustimmen.

Im ambulanten Bereich geht es zum einen darum, den weiteren Anstieg der Zahl der Arztpraxen zu verhindern. Zum anderen sind die Anreize für kostengünstiges und qualitätsorientiertes Arbeiten zu verstärken. Dazu braucht es mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Das ist nur mit dem Wegfall des Vertragszwanges möglich. Es geht dabei nicht um einen schrankenlosen Wettbewerb, wie man das etwa den Ausführungen von Frau Berger hätte entnehmen können, vielmehr sind gesundheitspolitische und soziale Leitplanken gefragt. Dazu gehört, dass die Kantone die Versorgung sicherstellen, die Versicherer rasch und umfassend über die vertraglichen Leistungserbringer informieren und die Interessen der Patienten und Versicherten geschützt werden. Der Kommissionsentwurf trägt diesen Bedürfnissen Rechnung.

Weitere Rahmenbedingungen wie die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Behandlung werden im Hinblick auf die Wintersession noch präzisiert. Es ist ja so, dass die Kommission die Beratung dieses Teils des Artikels über den Kontrahierungszwang auf Intervention von Ärzteseite ausgesetzt hat. Man ist bereit, auf die Frage des Kontrahierungszwanges einzutreten, möchte aber noch Präzisierungen einbringen. Ich glaube, es ist ein gutes Signal, dass man am Schluss doch mit allen Partnern zusammen eine gute Lösung findet. Man kann natürlich, wenn wir jetzt vor diesen Gesprächen stehen, nicht hingehen und sagen, dass wir keine Aufhebung des Kontrahierungszwanges wollen, und diese Gespräche dann abbrechen. Also weisen Sie den Antrag Berger zurück, und geben Sie uns die Möglichkeit, die Arbeiten in der Kommission in diesem Sinne fortzusetzen.

Auch die Reform der Spitalfinanzierung ist sehr dringend. Die optimale Lösung – da teile ich die Meinungen und Ausführungen von Herrn Büttiker und Herrn Stähelin – wäre die monistische Finanzierung. Aber es ist so – wir haben das in der Kommission sehr eingehend diskutiert –, dass die Widerstände gegen eine direkte Einführung heute noch zu gross sind, ebenso die Probleme. Man muss dann auch über die Vertragsfreiheit in diesem Bereich diskutieren, man muss über die strukturellen Probleme diskutieren, und das lässt sich aufgrund der Meinung der Kommission nicht in einem Schritt tun. Herr Büttiker hat immerhin gesagt, ihm gehe es in erster Linie darum, ein Signal in Richtung Zweitrat zu setzen. Ich habe das so verstanden, dass wir jetzt seinen Rückweisungsantrag ablehnen müssen, weil es sonst eben kein Signal in Richtung Zweitrat ist. Er geht davon aus, dass unsere Vorlage dann in den Zweitrat kommt.

Der Antrag der Kommission bringt immerhin Ordnung und Übersicht in die kantonal unterschiedlichen Finanzierungssysteme und Beitragssätze. Er sorgt mit dem Übergang zur

leistungsbezogenen Abgeltung dafür, dass die Spitalleistungen vermehrt nach wirtschaftlichen Grundsätzen erbracht werden. Er schafft gleich lange Spiesse für öffentliche und private Listenspitäler und gleiche Regeln für Versicherte mit und ohne Zusatzversicherung. Der neue Begriff «Basisservice» bringt zum Ausdruck, dass alle Versicherten die gleichen Grundleistungen zugute haben. Nur diese Grundleistungen werden von der öffentlichen Hand mitfinanziert. Es kann also keine Rede davon sein, dass künftig Privatbehandlungen subventioniert werden. Alles, was über die Basisleistungen hinausgeht, muss weiterhin vollständig aus der Zusatzversicherung bezahlt werden. Das entspricht übrigens genau der Auslegung des KVG durch das Eidgenössische Versicherungsgericht im Rahmen seines Entscheids vom Dezember 1997 zur ausserkantonalen Spitalfinanzierung.

Gestatten Sie mir noch eine Bemerkung zur Streichung des Begriffes «teilstationär». Wir verpflichten damit die Versicherer neu zur Mitfinanzierung der Investitionskosten. Der Bundesrat hatte diesen Begriff noch im Gesetz, und er hatte eine Kompensation vorgesehen.

Mit der Streichung des Begriffes «teilstationär» fällt nun diese Entlastung weg. Ich muss darauf hinweisen, dass wir mit unserer Regelung eine Mehrbelastung der Prämienzahler im Spitalbereich haben werden. Bisher zahlten die Versicherer etwa 44 bis 45 Prozent, die Kantone 55 bis 56 Prozent, immer im Durchschnitt gerechnet. Wenn wir jetzt eine Lösung treffen, die die Kosten zu je 50 Prozent aufteilt, dann heisst das, dass zusätzlich 5 Prozent zulasten der Prämienzahler gehen. Es ist deshalb konsequent und richtig, dass die Kommission auch die Frage der Prämienverbilligung behandelt hat und das Prämienverbilligungssystem ausbauen möchte. Die Obergrenze für die Prämienbelastung der Haushalte ist, so meine ich, sozialpolitisch richtig und zum Ausgleich der Kostenverlagerung bei der Spitalfinanzierung nötig.

Man kann jetzt lange darüber diskutieren, ob die Kantone stärker oder weniger stark belastet werden, entscheidend sind die Kosten. Wir müssen die Frage beantworten: Was sollen die Prämienzahler bezahlen, und was sollen die öffentliche Hand bzw. der Steuerzahler leisten? Aus Sicht der Krankenversicherungen – ich wurde hier auf diese Frage angesprochen – ist der Ist-Zustand auch eine Lösung. Es bestehen ja einige Chancen, dass man diese Finanzierung jetzt auf dem Prozessweg durchsetzen könnte. Nun ist das aber nicht die Absicht der Krankenversicherungen – wir möchten miteinander vernünftige Kompromisse suchen. In der Tat finden Gespräche zwischen SDK und Versicherern statt, um zumindest jetzt, in der Übergangszeit, bis die Teilrevision des KVG in Kraft ist, eine Kompromisslösung zu finden, damit wir diesen Rechtsweg nicht weiter beschreiten – weil dies die ganze Diskussion natürlich auch belastet. Ich hoffe natürlich, dass wir hier zu Lösungen kommen. Weil die Gespräche durchaus in einer guten Atmosphäre geführt werden, nehme ich Artikel von einzelnen Regierungsräten also nicht so ernst. Ob man nach Inkrafttreten der Teilrevision des KVG nochmals einige Jahre dazugeben will – am Schluss haben wir dann Übergangszeiten von sechs, sieben Jahren –, das möchte ich im Moment offen lassen. Ich glaube, auch diese Frage müssen wir hier diskutieren. Ich möchte deshalb noch nicht sagen, die Lösung Stadler sei die optimale Lösung; ich habe aber gesagt, dass wir darüber zumindest diskutieren müssen.

Etwas Wichtiges möchte ich abschliessend noch sagen: Die vorliegende KVG-Revision ist ein Gesamtpaket, sie muss als Gesamtpaket behandelt und verabschiedet werden. Allfällige Kostenverlagerungen in einen Bereich müssen durch Entlastungen in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Es kann deshalb nicht sein, dass wir jetzt einzelne Elemente aus der Vorlage herausbrechen, die irgendeiner Gruppierung passen. Wir müssen ein ausgewogenes Paket schnüren; ich möchte Sie einfach bitten, diesen Gedanken immer im Kopf zu behalten. Denn wenn wir dieses Paket aufschnüren, dann wird das Ganze natürlich sehr wacklig, und dann müssen Positionen neu überdacht werden.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten die Rückweisungsanträge abzulehnen und den Anträgen der Kommission zu folgen.

**Jenny** This (V, GL): Wie wir wohl alle wissen, konnte das Ziel der Kostendämmung auch fünf Jahre nach der Einführung des neuen KVG nicht erreicht werden. Die Kosten des Gesundheitswesens sind zu einem der grössten Probleme der Bevölkerung geworden. Aber offenbar will niemand einschneidend zur Lösung dieses Problems beitragen. Letztlich wollen alle bestens versichert sein. Zugleich darf diese Leistung nichts kosten, vor allem kein Geld aus der eigenen Tasche. Solange niemand zur Kenntnis nehmen muss oder will, was seine Behandlung respektive seine Wünsche kosten, wird leider auch niemand etwas zur Kostendämmung beitragen wollen. Es sind schlicht zu wenig Anreize für kostengünstiges Verhalten vorhanden, also ist auch niemand bereit, etwas dafür zu tun.

Die Ärzte können zudem bei drohendem Patientenmangel von ihren Kunden zusätzliche Visiten verlangen, so lange und so oft sie wollen. Sie können ihre Arbeit und die Dauer ihrer Arbeit selbst bestimmen. Die meisten Patienten nehmen diese Dienstleistungen natürlich gerne entgegen, ohne sich aber über die Kostenfolgen bewusst zu sein. Also ist auch in diesen Bereichen niemand bestrebt, etwas dagegen zu tun.

In dieser Hinsicht ist nach meiner Ansicht die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ein Schritt in die richtige Richtung, wie Kollege Brändli das auch ausgeführt hat. Diese Massnahme ist übrigens auch im Hinblick auf den möglichen Zustrom von Ärzten aus dem EU-Raum nicht zu vernachlässigen. Den Krankenkassen muss endlich freigestellt werden, mit wem sie einen Vertrag abschliessen wollen. Die Kantone sollen aber den Krankenkassen im Interesse der Versorgungssicherheit vorschreiben können, mit wie vielen Leistungserbringern sie kooperieren müssen. Sofern die Kassen nicht die Möglichkeit haben, selbst zu sagen, mit wem sie Verträge abschliessen wollen, werden wir die Kostenspirale nicht aufhalten können. Ich weiss auch nicht, weshalb man sich so dagegen sträubt. Aber offenbar glaubt man, die freie Arztwahl erhöhe die Sicherheit. Das stimmt natürlich nicht. Zudem sind offenbar bis heute die Modelle mit beschränkter Arztwahl praktisch gleich teuer wie die reine Grundversicherung.

Ebenfalls stossend ist, dass die Medikamentenpreise nach wie vor derart hoch sind. Zusätzlich werden in der Schweiz nachweisbar viel weniger Generika abgegeben als in anderen Ländern. Hier ist offenbar die Pharmaindustrie allzu stark mit den Ärzten liiert. Dass alle Medikamentenpackungen viel zu gross sind, ist ein weiteres trübes Kapitel. Keine Familie, die nicht Medikamente per Kilo zu entsorgen hätte.

Das alles wissen wir seit Jahren, aber es wird nur zaghaft, wenn überhaupt, etwas dagegen unternommen. Und weil auch Politiker und Politikerinnen nicht bereit sind, einschneidende Massnahmen anzuordnen, Massnahmen, die vielleicht gewöhnungsbedürftig sind und am Anfang schmerzen, wird sich leider auch in Zukunft nichts, aber auch gar nichts ändern: Wir jammern weiter, die Kosten steigen ebenfalls munter weiter.

Warum nicht auch im Gesundheitswesen vermehrt auf die Eigenverantwortung setzen und z. B. mit Bonus-Malus-Systemen, Karenztagen und höheren Selbstbehalten Anreize schaffen? Wieso nicht? Ich weiss, das wäre politisch sehr schwierig durchzuführen.

Wir sollten auch endlich mit 26 kantonalen Gesundheitssystemen aufhören. Aber solange es für die Politiker politischem Selbstmord gleichkommt, wenn sie ein Spital schliessen wollen, wird auch da nichts geändert. Ich halte den Föderalismus sehr hoch; aber der Bundesrat sollte bestimmen können, welche Spitäler letztlich geschlossen werden müssen. Sonst werden wir in diesem Bereich nie, aber auch gar nie Ordnung kriegen.

Mit der vorliegenden Teilrevision haben wir die Chance, einige mutige Schritte zu tun und Akzente zu setzen. Ob wir

die Chance nutzen, das werden hoffentlich nicht die nächsten Stunden, das wird die nächste Zeit zeigen.
Ich möchte Sie bitten, auf die Vorlage einzutreten und sie nicht zurückzuweisen, auch wenn ich für die Anliegen von Kollege Büttiker sehr, sehr grosses Verständnis habe.

**Studer** Jean (S, NE): Je vais essayer de ne pas trop répéter ce qui a déjà été dit avec justesse par les précédents préopinants. Je voudrais simplement vous faire part d'abord de quelques considérations générales d'un membre de la sous-commission et de la commission qui a dû se saisir de ce dossier. La première réflexion qu'on a, après quelques heures passées sur cette question, c'est qu'il faut être modeste. Il faut être modeste face aux idées reçues et face aux certitudes.
C'est d'abord l'histoire qui nous apprend à être modestes, parce que cela fait maintenant plus de cent ans qu'on demande à la Confédération d'édicter une loi sur l'assurance-maladie obligatoire. Il a fallu attendre plus de cent ans pour qu'une telle loi existe. Et j'ai regardé l'histoire de ces propositions. Il y a eu de multiples propositions. Il y a eu de multiples commissions d'experts. Par exemple, dans les années vingt à quarante, il y a eu trois commissions d'experts qui se sont réunies et, dans les années quatre-vingt, il y a eu encore d'autres commissions d'experts. Il y a eu de multiples initiatives et il y a eu des référendums qui conduisaient, souvent malheureusement, à des résultats négatifs, jusqu'à ce qu'on instaure la LAMal, à fin 1994. Alors, quand on voit toutes ces grandes réflexions qui ont été menées pendant une centaine d'années, effectivement, on se rend compte d'abord que le sujet est un sujet permanent de la politique fédérale et qu'il est difficile de croire que c'est maintenant nous qui aurions la science infuse pour résoudre les difficultés de la santé publique et d'une assurance-maladie obligatoire.
Ce qui rend modeste aussi, ce sont les difficultés internationales. Il y a quelques jours, je lisais que la ministre allemande de la santé avait réuni une table ronde parce qu'elle était confrontée dans son pays à des augmentations gigantesques des coûts de la santé. Lundi soir, j'étais chez moi et j'entendais tard le soir M. Kouchner, ministre français, se faire violemment apostropher par des journalistes qui s'inquiétaient de l'augmentation des coûts de la santé. Ainsi, on se rend compte que dans un pays fédéral comme l'Allemagne, comme le nôtre, ou dans un pays centralisé comme la France finalement les problèmes sont les mêmes; les coûts de la santé augmentent et les facteurs des coûts de la santé sont d'ailleurs, de manière assez étonnante, exactement les mêmes. Je prenais l'exemple de M. Kouchner qui, effectivement, se plaignait aussi d'une augmentation de l'ordre de 10 pour cent du prix des médicaments.
La modestie politique qu'on doit avoir ne signifie pas pour autant qu'on doive abandonner notre fonction d'arbitre. Et je crois qu'un tel abandon serait d'autant plus problématique dans un tel dossier. Les intérêts sont nombreux, les intérêts sont très forts et très opposés et l'affrontement de ces intérêts est d'autant plus difficile qu'on invoque toujours l'intérêt du patient ou de l'assuré, alors qu'en réalité ce sont bien des considérations très sectorielles qui sont défendues. Face à l'affrontement de ces intérêts, j'ai eu l'habitude de dire pendant les débats de la sous-commission que plus j'avançais dans ce dossier, plus j'avais le sentiment que le système entier correspondait à une grande machine de Tinguely qui tourne dans tous les sens, avec des éléments qui sont totalement autonomes: on a l'impression que, si on arrête un élément, si on l'empêche de tourner, il y en a un autre qui va commencer à tourner. Et si le mouvement est assez harmonieux, il est difficile de comprendre comment ça se passe.
S'agissant maintenant des différents points qui sont proposés et, plus précisément, d'abord de la question du financement hospitalier: comme tout le monde, j'ai également été interpellé par les autorités de mon canton au sujet de cette question. J'ai lu aussi les récents articles qui ont été écrits par tel ou tel conseiller ou conseillère d'Etat. S'agissant du financement hospitalier, on peut imaginer, comme le faisait tout à l'heure M. Jenny, que le système pourrait être différent et que la Confédération pourrait avoir de nouvelles compétences, mais telle n'est pas aujourd'hui la réalité constitutionnelle. En matière de couverture sanitaire, ce sont les cantons qui ont les principales compétences. Et force est de constater, malgré les quelques divergences sur l'appréciation des chiffres, que ces dernières années les cantons qui nous interpellent se sont désengagés du financement des hôpitaux, et ce désengagement du financement public explique, pour une part, l'augmentation des primes. Si le système de la santé publique est assez compliqué, il y a une chose qui est simple à comprendre, c'est que l'argent de la santé ne tombe pas du ciel. Il vient soit des assurés, soit des contribuables. Ce sont les deux sources possibles, mais l'assuré est aussi contribuable. En fait, tout le problème que l'on rencontre dans notre pays et dans des pays voisins est de dégager le bon équilibre entre ces sources de financement, un équilibre équitable, un équilibre social.
Le désengagement des cantons est d'autant plus regrettable que, parallèlement, tous les cantons ne manifestaient pas un empressement forcené à établir des planifications hospitalières. Parmi les cantons qui se sont plaints figurent certains qui, finalement, ont été plutôt à la traîne, voire même qui n'ont rien fait dans le cadre de la planification hospitalière. Ma conception du fédéralisme et du respect des compétences constitutionnelles m'amène à la conclusion que les cantons doivent garder en principe leurs compétences et que c'est plutôt cette voie principale-là qui doit être privilégiée, mais que des compétences impliquent aussi des responsabilités. Il est un peu difficile d'écouter certains cantons se plaindre qu'on va les charger de coûts supplémentaires en matière d'assurance-maladie, alors que ces mêmes cantons n'ont pas fait les tâches qu'on était en droit d'attendre d'eux pour réduire les coûts de la santé publique.
Ensuite, il y a des arguments qui sont liés, finalement, aux considérations du Tribunal fédéral. C'est vrai que, sur le plan de l'égalité de traitement, on doit constater que tout assuré complémentaire est d'abord un assuré obligatoire et qu'on ne comprendrait pas pourquoi celui qui serait un assuré complémentaire recevrait de la part de son canton moins que l'assuré obligatoire ou même ne recevrait rien. On ne comprendrait pas, parce que si je suis dans une section semi-privée et que j'induis des coûts de base identiques à ceux que j'avais dans une ancienne division commune, je ne recevrai pas cette participation cantonale.
Je voudrais aussi vous rendre attentifs au fait que la commission a été soucieuse de ne pas permettre le bénéfice de cette prestation de base, de ce «Sockelbeitrag», à n'importe quel hôpital. Elle a quand même fixé des cautèles. La première cautèle, c'est qu'on rappelle aux cantons leur obligation de planification, qu'on leur rappelle leur obligation d'établir une liste des hôpitaux qui correspondent à la planification; puis, dans ces hôpitaux qui sont sur la liste, on doit établir encore un mandat de prestation. Donc, contrairement à ce qu'on a pu lire sous la plume de n'importe quel directeur de la santé publique cantonale, ce n'est pas vrai que tous les hôpitaux, quel que soit leur statut, bénéficieront de la prestation de base. Seuls en bénéficieront ceux qui auront été inclus dans la planification, qui seront mis sur la liste et qui recevront un mandat de prestation. Si dans un canton tous les hôpitaux reçoivent la prestation de base, c'est que le canton n'a pas fait son travail et qu'il n'a pas établi sa planification, qu'il n'a pas correctement fait sa liste et qu'il n'a pas établi un mandat de prestation.
Je vous rappelle quand même, ce qui pourrait aussi parfois susciter quelques critiques, que ce sont les gouvernements cantonaux qui font tout cela et ce sont eux, en principe, qui gèrent les hôpitaux publics. Sous cet angle-là, le système proposé me paraît conforme aux exigence du fédéralisme et à l'équilibre qu'il doit y avoir entre les différents assurés.
S'agissant de l'obligation de contracter, face à la gestion d'intérêts divers qu'il y a dans tout système de santé, celui-là est, pour moi, le plus difficile. Il est le plus difficile parce que, refaisant un peu l'histoire de la LAMal, j'ai aussi vu les assu-

rances qu'on donnait en 1994 sur le fait que la nouvelle loi garantissait le libre choix du fournisseur de prestations. On avait particulièrement insisté sur ce point, dans le cadre du petit message adressé à l'électeur.
Mais je constate aussi que cette question revient tout le temps sur le tapis. Lorsqu'une question revient tout le temps sur le tapis, à un moment donné, il faut en débattre. Il y avait déjà une motion 00.3003 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national qui demandait qu'on le fasse. Le Conseil fédéral s'est exprimé à ce sujet. Eh bien, maintenant, je crois que c'est au Parlement d'aborder aussi la question. La commission le fait en montrant bien aussi la sensibilité qu'elle a eue face aux différentes critiques soulevées face à la levée de cette obligation de contracter. Pour tenir compte de ces critiques, elle a fixé quatre cautèles:
1. La première cautèle, c'est celle de l'économicité, sur laquelle on aura à revenir.
2. La deuxième, c'est celle de la nouvelle compétence qu'on reconnaît encore aux cantons d'établir les besoins en milieu ambulatoire. Les cantons doivent tenir compte non seulement des besoins spécifiques à chaque particularité de la profession médicale ou des fournisseurs de prestations, mais aussi de leur répartition géographique. On demande donc aux cantons une sorte de planification du secteur ambulatoire, et les médecins et les fournisseurs de prestations qui seront intégrés dans cette planification se verront garantir le droit de contracter avec les assurances-maladie.
3. La commission fixe encore une autre limite: elle est d'avis qu'il y a certaines situations individuelles dans lesquelles il ne serait pas heureux de pouvoir soudain supprimer la relation entre le patient et le fournisseur de prestations, parce que ce dernier ne bénéficierait plus de la couverture d'assurance. Il y a là une exception qui est prévue par la commission.
4. Il y a les droits de recours qui sont prévus pour les assureurs, mais aussi pour les fournisseurs de prestations, afin de préserver la concurrence à l'intérieur. Il a été dit précédemment qu'on pouvait exiger des conventions de monopole. C'est justement pour éviter ces conventions de monopole que la commission vous propose d'instaurer des droits de recours d'un fournisseur de prestations exclu ou d'un assureur-maladie qui serait exclu.
A titre personnel, je ne suis pas certain qu'il ne faille pas encore conduire d'autres développements sur cette réflexion. Lors des discussions que j'ai eues autour de moi ces derniers jours, j'ai ressenti que les gens pouvaient comprendre qu'on ne devait pas forcément reconnaître aux patients la liberté d'aller consulter six cardiologues différents ou sept dermatologues différents. Par contre, il est vrai qu'il y a un fort attachement au médecin généraliste. Mme Langenberger nous a cité les proportions. Il y a là peut-être encore une réflexion à mener.
Les 8 pour cent ne correspondent pas à une nouveauté, mais simplement à la formalisation des garanties qui avaient été données aux citoyens et aux citoyennes pour qu'ils acceptent la LAMal. En 1994, on avait déjà écrit qu'en général les primes ne dépasseraient pas 8 pour cent du revenu d'un ménage. Mais on constate aujourd'hui qu'il faut faire le pas d'inscrire cet objectif dans la loi.
En conclusion, je vous invite à suivre les propositions de la commission en rappelant que, dans un pays où le niveau de vie est élevé, il est inévitable que le coût de la santé soit élevé; il y a une certaine corrélation. A mes yeux, le projet présenté a surtout le mérite de mieux équilibrer les deux sources de financement entre les assurés et les contribuables. C'est ce qui m'amène à le soutenir.

**Berger** Michèle (R, NE): Je maintiens ma proposition de renvoi à la commission, parce que j'estime que ce projet n'est pas encore mûr.
Plusieurs des intervenants ont dit qu'il manque des critères d'appréciation concernant le fait de supprimer le contrat de prestations avec les prestataires de soins. Aujourd'hui, je ne peux pas encore donner mon feu vert à un projet qui a de telles incidences au niveau de la santé, lorsqu'on ne connaît que l'objectif et pas les modalités par lesquelles on doit arriver à cet objectif. Ce n'est pas possible. Nous avons des responsabilités et nous devons les assumer.
Les assureurs-maladie nous disent alors: «Donnez-nous quelques pistes.» J'ai préparé quelques amendements si le renvoi à la commission ne passe pas et nous allons en discuter. Je suis d'accord que le canton pourrait maintenir la clause du besoin. Je pense qu'on pourrait aussi demander aux caisses-maladie de définir les primes sur des coûts réels et non pas sur des projections. J'ai demandé à Santésuisse et à l'Office fédéral des assurances sociales s'il n'était pas possible à l'avenir de prendre l'année civile pour les assurances à partir du 1er juin plutôt qu'à partir du 1er janvier. On aurait ainsi la possibilité de recevoir toutes les factures et, sur la base des factures réelles, de calculer le prix des primes des caisses-maladie. Et pourquoi ne pourrait-on pas envisager une caisse-maladie unique, type SUVA, pour l'assurance sociale obligatoire, avec un catalogue de prestations et une prime identiques pour tous sur toute la Suisse? C'est la seule manière de maîtriser les coûts des primes des caisses-maladie.
Et la concurrence alors? On pourrait la mettre avec les assurances complémentaires, ce qui permettrait enfin de les rendre accessibles à chacun.
On pourrait envisager des primes qui pourraient être liées à des tranches salariales, des franchises qui sont basses pour les petits revenus et des franchises qui sont plus hautes pour des revenus moyens ou hauts.
On pourrait redonner leurs lettres de noblesse aux médecins de famille.
On peut étudier le numerus clausus au niveau des études de médecine. Je l'avais déjà demandé une fois au Conseil fédéral. Il s'y est déclaré opposé.
On pourrait permettre aux cantons les clauses du besoin quant au niveau des prestataires de soins aussi bien pour les prestataires de soins que pour les équipements lourds. Dans mon canton, nous avons introduit la clause du besoin pour les équipements lourds. Il existe une clause du besoin dans le projet qui nous est présenté. Je le soutiendrai.
On peut envisager des planifications régionales, c'est-à-dire des planifications multicantonales pour les hôpitaux de soins aigus et des planifications au niveau du pays pour l'hospitalisation de pointe. Cela me paraît absolument évident. On pourrait établir des budgets globaux, si l'on veut rester plus libéral. On peut instaurer le statut de médecin hospitalier pour éviter un transfert vers le cabinet privé. On sait qu'à peu près 2500 médecins travaillent dans les hôpitaux. Grâce à eux, cela marche. Pour éviter un transfert vers le cabinet privé, on peut en tout cas instaurer ce statut de médecin hospitalier. Et on pourrait revoir le taux des réserves.
Voilà quelques pistes qui permettent de maîtriser l'évolution des coûts. Chacun parmi nous sait qu'on peut simplement instaurer une maîtrise des coûts, mais que les coûts continueront d'augmenter. Il faut le savoir.

**Briner** Peter (R, SH): Ich nenne Ihnen zuerst meine Interessenbindung: Durch meine frühere, langjährige Verantwortung für die Schaffhauser Kantonsfinanzen bin ich erstens sensibilisiert für die für die Kantone kaum beeinflussbaren Lastenverschiebungen zu ihren Ungunsten, und zweitens bin ich Verwaltungsratspräsident der Klinik Belair AG in Schaffhausen. Ich werde mich aufgrund des Gesagten auf diese zwei Interessenlagen konzentrieren, die sich meiner Meinung nach keineswegs ausschliessen, sondern in gewisser Weise gelegentlich fast bedingen. Ich sage Ihnen, warum das so ist:
Vor der Abstimmung über das KVG wurden grosse Erwartungen geschürt und Versprechungen gemacht, die zu einem grösseren Teil nicht eingehalten worden sind. Das Obligatorium in der Grundversorgung in Verbindung mit mehr Solidarität zwischen Männern und Frauen und Alt und Jung ist eines der wenigen, aber wichtigen realisierten Ziele. Schon bei der besseren Transparenz im Finanzierungsbe-

reich, dem vermehrten Wettbewerb und der Dämpfung der Gesundheitskosten hapert es jedoch ganz bedenklich. Es ist deshalb richtig und wichtig, dass Nachbesserungen gemacht und, mit einem mutigen Schritt nach vorn, klare Akzente gesetzt werden. Dabei ist allerdings auch die Meinung der Bevölkerung mit zu berücksichtigen. Es ist ja interessant, dass sich die Bevölkerung trotz anhaltendem Kostenanstieg im Gesundheitswesen für die Weiterführung unseres qualitativ guten Gesundheitssystems ausspricht. Neueste Umfragen, welche selbst im Schatten der Ankündigungen von markanten Prämienerhöhungen gemacht worden sind, zeigen, dass eine Mehrheit im Prinzip die freie Arztwahl, die freie Spitalwahl und den uneingeschränkten Zugang zum medizinischen Fortschritt will, um nur wenige Punkte herauszugreifen.

Gegenwärtig konzentrieren wir uns auf das Thema Spitalfinanzierung, wo von der Kommission erste Schritte in Richtung eines monistischen Finanzierungssystems vorgeschlagen werden, also mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern angestrebt wird – eine begrüssenswerte Zielsetzung, die vorbehaltlos unterstützt werden kann. Ich bin froh, dass sich die Kommission nicht mit den wenigen Korrekturen, die der bundesrätliche Entwurf beinhaltet, zufrieden gibt, sondern innerhalb von fünf Jahren eine Gesetzesrevision zur definitiven Einführung des monistischen Systems verlangt.

Aber wie immer steckt der Teufel im Detail. Die KVG-Revision bringt eine weitere Finanzierungsverschiebung zulasten der Kantone, die diese, mindestens im vorgesehenen Ausmass und in einem Schritt, nicht werden verkraften können. Die Verknüpfung des neu auch allen Zusatzversicherten zustehenden Staatsanteils an der Grundversicherung mit der Spitalplanung könnte aber auch zu einer Benachteiligung nichtstaatlicher Krankenhäuser führen – dann nämlich, wenn die Kantone die privaten Leistungsanbieter von der Planung ausschliessen würden. Diese Bedenken sind relativ gross, könnten die Kantone doch auf diese Weise nicht nur einen Konkurrenten loswerden, sondern gleichzeitig auch noch den Sockelbeitrag, der jenen Patienten gehört, einsparen.

Die Versicherungen würden wohl ohne zu zögern zwei verschiedene Zusatzversicherungen schaffen. Das kann man da und dort hören. Die wesentlich günstigere Variante würde den Patienten erlauben, die geplanten Leistungen zu beanspruchen. Mit einer sehr teuren Luxuszusatzversicherung ständen dann alle, auch die nicht in der Spitalliste aufgeführten Leistungen zur Verfügung. Dass die Privatspitäler allein mit den Patienten im Luxusversicherungsbereich nicht überleben können, liegt auf der Hand; damit wäre der Wettbewerb gefährdet. Ein grosser Teil der Bevölkerung will keine solchen Einschränkungen.

Auch für die Kantone könnte das Ausschalten der privaten Medizin kontraproduktiv sein, denn unter Umständen würde sich damit die Zahl der Zusatzversicherten nicht wie erwünscht vergrössern. Die fehlende Konkurrenz könnte sich zudem auch im Kostenbereich negativ auf die öffentlichen Spitäler auswirken, denn diese müssten grössere Kapazitäten zur Verfügung stellen, um den umgelenkten Patientenstrom überhaupt aufnehmen zu können. Schon heute haben wir aber in vielen Spitälern mit einer – ich sage mal – versteckten Rationierung über Wartelisten zu kämpfen. Weiter würden mit einem staatlichen Monopol auch sämtliche Möglichkeiten eines Leistungsvergleichs wegfallen. Es braucht keine hellseherischen Fähigkeiten, um zu erkennen, dass damit ein Kostenschub in den öffentlichen Spitälern ausgelöst würde.

Es ist deshalb unsere Aufgabe, dafür zu sorgen, dass die Konkurrenz im Bereich der Zusatzversicherung auch weiterhin spielt. Die bisher liberale und vom Bundesrat gestützte Praxis muss unter allen Umständen beibehalten werden. Im Klartext heisst das, dass der Staatsanteil an der Grundversicherung, der allen Zusatzversicherten zusteht, auch allen Patienten auszurichten ist, unabhängig davon, welches Spital diese aufsuchen. Wenn wir den Zusatzversicherten auch in Zukunft die freie Spitalwahl sichern wollen, muss unter allen Umständen dafür gesorgt werden, dass auch die privaten Leistungserbringer, wie heute schon, summarisch auf den kantonalen Spitallisten aufgeführt werden. Damit stellen wir sicher, dass alle oder doch die meisten der heute in die Planung einbezogenen Spitäler zum Zeitpunkt der Einführung des monistischen Wettbewerbssystems auch wirklich noch vorhanden sind.

Ich fasse zusammen:

1. Die Wettbewerbsmechanismen oder -anreize, der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern, müssen im Spannungsfeld der Planung erhalten und gewähr-leistet bleiben.

2. Der Systemwechsel in der Spitalfinanzierung muss für die Kantone verkraftbar gemacht werden. Der Antrag Stadler ist deshalb zu unterstützen.

Ich bin für Eintreten. Betreffend die Rückweisung, wie sie auch beantragt wird, wäre zu beachten, dass bis zum Inkrafttreten einer neuen Lösung die Kantone die Verlierer wären und in der Zwischenzeit kein einziges Problem gelöst würde.

**Fünfschilling** Hans (R, BL): Ich möchte mich zuerst an Kollege Studer wenden, der sich in seinem Votum nicht sehr positiv über die Kantone geäussert hat.

Ich glaube, dass die Rolle der Kantone im Gesundheitswesen schon etwas besser aussieht. Die Kantone haben ihre Hausaufgaben gemacht. Sie sind daran, über die Spitalplanung die Kapazität an Akutbetten herabzusetzen. Die Kantone zahlen auch klaglos das Defizit, das entsteht, wenn vom Bundesrat mit juristischen Argumenten Spitaltarife gesenkt werden. Die Kantone zahlen vor allem sehr viel mehr als früher, weil sie über die Prämienverbilligung Beiträge leisten. Ich sage das als ehemaliger Finanzdirektor, der miterlebt hat, wie die Gesundheitsbeiträge der Kantone laufend gestiegen sind.

Jetzt aber zu den Rückweisungsanträgen: Im Januar 1998 hat sich die Konferenz der Kantonsregierungen, in der ich damals den Kanton Basel-Landschaft vertreten habe, schon mit Artikel 41 des KVG beschäftigt. Warum? Weil – wie Frau Kommissionspräsidentin Beerli schon erwähnt hat – das Versicherungsgericht entschieden hat, dass die Subventionspflicht der Kantone für Zusatzversicherte bei ausserkantonalen Institutionen besteht. Die Kantone waren sich damals auch schon bewusst, dass Kosten von rund einer Milliarde Franken auf sie zukommen würden, wenn dies auf innerkantonale Institutionen ausgedehnt würde.

Das eigentliche Thema an dieser Sitzung der Konferenz der Kantonsregierungen war aber die Sanierung der Bundesfinanzen. Es ging darum, dass vom Bund her die Idee an die Kantone herangetragen wurde, sich mit Beiträgen von 500 Millionen Franken an dieser Sanierung zu beteiligen. Die Kantone waren damals gerade in der Situation, dass sich der Durchschnitt etwa aus den roten Zahlen in die schwarzen Zahlen bewegte. Deshalb war die Situation – einerseits dem Bund 500 Millionen Franken geben und anderseits die Idee dieser zusätzlichen Milliarde für die Finanzierung der Zusatzversicherten – für die Kantone sehr schwierig. Trotzdem entschied man aber an dieser Sitzung, Bereitschaft zu zeigen, sich an der Sanierung der Bundesfinanzen zu beteiligen, und man bestimmte eine Delegation für den «runden Tisch». Diese Delegation war mandatiert, Zustimmung für einen Beitrag von 500 Millionen Franken zu signalisieren.

Allerdings wurden dieser Delegation auch Bedingungen mitgegeben. Ich möchte diese Bedingungen nochmals kurz vorlesen: «Die wichtigsten Rahmenbedingungen für die Konsensgespräche aus der Sicht der Kantone .... Für die Kantone besteht ein Junktim zur Revision des KVG .... Mittels dringlichem Bundesbeschluss ist in Artikel 41 KVG zu präzisieren, dass die kantonale Subventionspflicht auf die stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung beschränkt ist.» (BBl 1999 129) Sie sehen also, man war sich damals bewusst, dass man einen Bundesbeschluss braucht, damit sich die Gerichtssituation nicht zuungunsten der Kantone auswirkt. Der Bundesrat kennt diese Rahmenbedin-

gung. Wie Sie sehen, habe ich sie aus der Botschaft vom 28. September 1998 zum Stabilisierungsprogramm 1998 vorgelesen. In der Botschaft vom 18. September 2000 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ist kein Hinweis mehr auf diese Situation enthalten. Ich stelle jetzt fest: Die 500 Millionen Franken, die die Konferenz der Kantonsregierungen damals zu liefern bereit war, sind in der Zwischenzeit vom Bund konsumiert. Die Milliarde, vor der die Konferenz damals Furcht hatte, kommt jetzt auf die Kantone zu.
Wenn ich meinen Entscheid von damals und mich selber ernst nehmen will, dann bleibt mir nur eine kleine Protestaktion übrig, indem ich dem Rückweisungsantrag Büttiker zustimme.

**Lauri** Hans (V, BE): Angesichts des Umfangs unserer Debatte beschränke ich mich auf einen einzigen Aspekt. Ich werde für Eintreten votieren, möchte hier allerdings betonen, dass mich die zur Verfügung stehenden Entscheidunterlagen bezüglich der finanziellen Konsequenzen nicht befriedigen – insofern bin ich mit Kollege Büttiker einverstanden. Dies stört umso mehr, als die Revision grosse finanzielle Auswirkungen auf den Bund und die Versicherer und insbesondere die Kantone haben wird – wobei wir alle wissen, dass für diese die Konsequenzen stark unterschiedlich ausfallen werden.
Die Kommission hat substanzielle Veränderungen gegenüber der Fassung des Bundesrates vorgenommen, insbesondere hat sie in Artikel 65 ein Sozialziel mit je nachdem beträchtlichen finanziellen Auswirkungen eingefügt. Dazu kommt, dass sich seit den Berechnungen der Verwaltung für die Darstellung der finanziellen Auswirkungen in der bundesrätlichen Botschaft wohl wichtige Parameter geändert – konkret: sich verschlechtert – haben. Wir müssen heute davon ausgehen, dass wegen der vorliegenden Revision etliche, eventuell viele Kantone ihre direkten Steuern werden erhöhen müssen. Bei dieser Ausgangslage und angesichts unserer Verantwortung als umsichtiger Gesetzgeber auch – oder besser: gerade auch – gegenüber den vollziehenden Kantonen hätte ich eigentlich erwartet, dass uns rechtzeitig ein genügend detaillierter, vollständiger und nachvollziehbarer Bericht über die finanziellen Konsequenzen vorgelegt wird. Wir müssten doch heute genügend klar wissen, welches im Einzelnen die Auswirkungen auf die untere staatliche Ebene, auf die Kantone, sind, um auf unserer Ebene dann generell entscheiden zu können. Es gibt einen bewährten Führungsgrundsatz, dass man sich eine, zwei Stufen tiefer mit den Konsequenzen auseinander setzen und erst dann auf der oberen Stufe stufengerecht entscheiden soll – das ist aus meiner Sicht unverzichtbar.
In der weiteren Diskussion wird vielleicht eingewendet, die Forderung gehe zu weit, der Arbeitsaufwand für die Verwaltung sei zu gross, die Kantone seien selbst in der Lage gewesen, im Vorfeld unserer heutigen Debatte in finanzieller Hinsicht Übersicht zu gewinnen. Diese Auffassung würde ich nicht teilen – genügend aussagekräftige Unterlagen auf einheitlicher Grundlage können in dieser komplexen Materie nur unter Führung der Bundesverwaltung erstellt werden. Dem allfälligen Einwand des zu grossen Aufwands trete ich mit dem Hinweis entgegen, dass Unterlagen mit der von mir geforderter Aussagekraft bei anderen Projekten, beispielsweise beim neuen Finanzausgleich, in enger Zusammenarbeit zwischen Bund und den Fachdirektorenkonferenzen mit durchaus vertretbarem Aufwand erstellt worden sind.
Ein Weiteres kommt hinzu: Nur wenn wir die heutige Grundlage für unsere Entscheide genügend präzis und schriftlich dokumentiert erfassen, werden wir in einigen Jahren über die Qualität unserer Gesetzgebungsarbeit entscheiden können. Dass wir eine derartige Gesetzesevaluation in verhältnismässig kurzer Zeit werden machen müssen, scheint mir selbstverständlich.
Zusammengefasst bitte ich die Kommission und den Bundesrat also, im Nachgang zur heutigen Beratung einen Bericht im erwähnten Detaillierungsgrad auszuarbeiten und uns rechtzeitig, vor der Wintersession, zuzustellen. Dies wird es uns ermöglichen, dannzumal – sofern nötig – auf gewisse heute zu treffende Entscheide zurückzukommen. Ich denke hier insbesondere an Artikel 65 über das Sozialziel, mit all den Einzelheiten, die dort erwähnt sind.
Für meinen Eintretensentscheid ist von Bedeutung, dass ich nicht glaube, dass sich die Kantone unter dem geltenden KVG während weiterer Zeit von der Übernahme des Grundversicherungsanteils auch in den Bereichen der halbprivaten und privaten Versicherung werden fernhalten können. Hier teile ich die Auffassung von Kollege Stähelin. Diese Mehrbelastung wird also auf jeden Fall auf die Kantone zukommen. Die Revision erlaubt nun aber – insbesondere, wenn der Antrag Stadler erheblich erklärt werden wird, was ich hoffe –, einen planbaren, abgefederten Übergang vom heutigen Zustand in den neuen herbeizuführen. Schliesslich bin ich als Praktiker – auch im Gesundheitsbereich – der festen Überzeugung, dass ein Übergang vom heutigen Zustand zu einem monistischen System in einem Schritt und in kurzer Zeit nicht zu schaffen wäre.

**David** Eugen (C, SG): Ich möchte vorausschicken, dass ich – wie Sie wahrscheinlich alle wissen – auch im Krankenversicherungsbereich tätig bin.
Wenn wir die heutige Situation betrachten, dann ist – das hat Herr Studer Jean gut dargelegt – das Wachstum der Kosten im Gesundheitswesen sicher nicht nur in der Schweiz, sondern international ein Phänomen, das uns alle beschäftigt und das für die gesamte Volkswirtschaft von erheblicher Bedeutung ist. Die Vorlage, die wir vor uns haben, geht auf dieses Problem ein, und die Kommission – das ist ihr Verdienst, ich möchte auch dafür danken – nimmt dieses Problem ernst. Man kann sich fragen, warum sich die Politik mit diesem Problem auseinander setzen muss. Sie muss es einfach deswegen, weil das Gesundheitswesen auch in unserem Lande noch in grösstem Umfange politisch und nicht privatwirtschaftlich gesteuert ist. In den Diskussionen mit der Bevölkerung, die Sie sicher auch führen, wird immer die Frage gestellt, warum eigentlich die Prämien so stark steigen.
Ich möchte vier Gründe nennen, die für diese Entwicklung wesentlich sind:
1. Die Prämien widerspiegeln die Kosten. Die Kosten steigen einmal deswegen – ich würde sagen: vielleicht sogar primär deswegen –, weil die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Wissenschaft in den letzten Jahren, im letzten Jahrzehnt insbesondere, rasant zugenommen haben. Das gilt für die Therapie, das gilt für die Diagnose, das gilt insbesondere für die Medikamente. Es wurde sehr viel Neues auf den Markt gebracht, und sehr viel Neues wird heute angewendet. Es wurde also Mehrwert geschaffen; Mehrwert für Patienten, für alle, die krank sind, was ihnen allen – uns allen – mehr Lebensqualität gibt. Das sind echte Mehrwerte, und diese Mehrwerte verursachen auch Kosten. Aber es sind Mehrwerte. Das muss man einmal all jenen sagen, die immer nur die Kosten sehen, die diesen Mehrwerten gegenüberstehen.
2. Ein weiterer Faktor, der wahrscheinlich mit dem ersten Faktor zusammenhängt – das können Sie jederzeit nachschauen –, betrifft das Durchschnittsalter unserer Bevölkerung, das steigt, und zwar in einer Grössenordnung, die schon phänomenal ist. Das Durchschnittsalter stieg in vier Jahren um ein Jahr! Das muss man sich mal vor Augen halten. Natürlich wird das nicht ewig so weitergehen. Man sagt ja, dass der Mensch biologisch eine Lebenserwartung von 120 Jahren habe. Mir hat ein Arzt gesagt, der sich mit diesem Thema beschäftigt, dass die heute geborenen Kinder im Durchschnitt 100 Jahre alt werden. So wird sich die Gesellschaft entwickeln, und an dieser Entwicklung hat die Medizin natürlich einen riesigen Anteil. Die Medizin gibt uns auch die Möglichkeit, ein längeres Leben mit einer besseren Lebensqualität zu führen. Das sind für mich zwei ganz wichtige Gründe, weshalb die Kosten steigen. Diese Gründe beinhalten echte Mehrwerte.
3. Ein weiterer Grund betrifft unser System: Seit wir das

KVG eingeführt haben, hat mit diesem KVG auch eine gewollte Verlagerung der Kosten von der öffentlichen Hand in Richtung Prämienzahler stattgefunden, am signifikantesten im Pflegebereich. Die Pflege- und Altersheime wurden bis 1995 praktisch von den Kommunen und Kantonen finanziert. Heute werden diese Institutionen – die Pflegeheime – zu einem sehr grossen Teil über die Krankenversicherung finanziert. Wenn wir nämlich ehrlich sind, haben wir 1995 eine Pflegeversicherung eingeführt. Dass diese Pflegeversicherung, die einen Schutz bringt und die Gemeinden und Kantone entlastet, etwas kostet, liegt ganz klar auf der Hand. Die Zunahmen in diesem Bereich betrugen in den vergangenen vier, fünf Jahren 680 Millionen Franken oder 83 Prozent. Sie sehen, da geht es um sehr gewichtige Grössenordnungen.
Dann hat im stationären und ambulanten Bereich eine Verschiebung von der öffentlichen Hand hin zu den Prämienzahlern stattgefunden, d. h., die Spitäler haben im grossen Umfang begonnen, ihre ambulanten Aktivitäten auszubauen. Wir haben daraus Mehrkosten im Bereich der Prämienzahler von etwa 700 Millionen Franken zur Kenntnis zu nehmen, die neu hinzugekommen sind, weil wir erklärt haben, dass eine Spitalbehandlung, wenn sie ambulant erfolgt, zu 100 Prozent vom Prämienzahler bezahlt werden muss, und nur, wenn sie stationär erfolgt, vom Steuerzahler zu 50 Prozent und vom Prämienzahler zu 50 Prozent bezahlt wird. Diese Kostenentwicklungen haben wir seinerzeit zum Teil mit dem KVG vorgegeben.
4. Ein letzter Grund für die Prämienentwicklung: die ausufernde Mengen- und Preisentwicklung. Es ist schon so, dass die Mengen und die Preise in dieser Branche absolut explodieren.
Die Vorlage, die wir jetzt heute vor uns haben, muss sich in erster Linie mit den letzten zwei Problemen befassen:
Wir müssen erstens anerkennen, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz sehr gut ist, dass wir auch bereit sind, dafür viel zu zahlen, und dass alle, die in diesem Bereich arbeiten, insbesondere Ärzte und Krankenschwestern, auf eine gute Entlöhnung Anspruch haben usw. Das ist in Ordnung.
Wir müssen aber zweitens die anderen beiden Punkte, die ausufernde Mengen- und Preisentwicklung und die Verlagerung der Kosten vom Staat, vom Steuerzahler, auf den Prämienzahler, in dieser Vorlage analysieren und entsprechende Massnahmen treffen. Bei der Analyse finde ich es ganz wichtig, dass man von den Realitäten ausgeht. Was sind die Realitäten?
Die Realität ist, dass in diesem Sektor alle ziemlich ökonomisch denken. Ich möchte jetzt beim Patienten oder Versicherten anfangen. Wenn wir Versicherte sind, wollen wir alle möglichst keine Prämien zahlen. Wenn wir Patienten sind, ist es klar, dass wir die bestmögliche Leistung beziehen wollen. Wir können über dieses Phänomen – es ist etwas schizophren – diskutieren, aber es bringt nichts. Wir müssen einfach als Realität hinnehmen, dass der Mensch so denkt und so ist. Er möchte wenig Prämien zahlen und möglichst gute Leistungen beziehen.
Wir müssen auch von der Realität ausgehen, dass die Ärzte an den Hippokrates-Eid gebunden sind, aber auch ökonomische Interessen haben. Bei den Ärztevereinigungen sage ich immer, dass ich es ganz falsch finde, wenn man von den Ärzten verlangt, dass sie nicht ökonomisch denken. Hingegen müssen wir von der Politik die Realität akzeptieren, dass die Ärzte – wie alle in dieser Gesellschaft, die nach marktwirtschaftlichen Kriterien organisiert ist – auch das Recht haben, ökonomische Interessen zu haben.
Dasselbe gilt im Übrigen für die Versicherer, dasselbe gilt auch für den Staat. Auch dort sind ökonomische und zugleich noch regionalpolitische Interessen im Spiel. Es ist falsch, wenn der Gesetzgeber von Wunschvorstellungen ausgeht und denkt, dass diese Interessen nicht bestehen oder dass wir den Leuten gut zureden müssen, damit sie sich besser verhalten; dass wir Empfehlungen geben, moralisch zu handeln. Das nützt alles nichts.
Wir müssen als Gesetzgeber ein System bilden, dass mit diesen Realitäten rechnet, das die richtigen Ansätze setzt und Verschwendung, ausufernde Mengenentwicklung und inakzeptable Preisentwicklungen unterbindet. Ich finde, dass das Programm, das uns der Bundesrat und die Kommission – ich hoffe, am Schluss gemeinsam – vorlegen, die richtigen Stossrichtungen hat. Es geht um drei zentrale Punkte, die sie aufgegriffen haben: erstens um die Reform der Spitalfinanzierung, zweitens um die Reform des Vertragssystems zwischen Ärzten, Leistungserbringern und Versicherern und drittens um die Reform der Prämienverbilligung, mit der Prämienoberbelastung von 8 Prozent. Ich finde diese drei Stossrichtungen absolut richtig. Hier muss jetzt etwas getan werden.
Ich möchte zuerst etwas zur Spitalfinanzierung sagen: Es wurde von den Fehlern der Kantone geredet. Ich muss Ihnen sagen, dass diese Fehler im KVG angelegt sind. Nach meiner Meinung ist ein kantonaler Gesundheitsdirektor heute absolut überfordert! Wer kann zugleich Preisregulator sein, ein Spital führen, mit dem die Beschäftigten zufrieden sind und das funktioniert, und auch noch für die öffentlichen Mittel – Subventionen – verantwortlich sein? Wenn wir einer einzigen Stelle alle diese drei Aufgaben überbinden, dann überfordern wir sie. Das macht das heutige Gesetz. Daher müssen wir von dieser Überforderung wegkommen, wir müssen das System korrigieren. Nach meiner Meinung wäre es richtig, wenn sich die Kantone immer mehr in die Funktion des Regulators begäben; sie sind die Öffentlichkeit, sie müssen die Versorgungssicherheit gewährleisten. Sie müssen sich aus der operativen Verantwortung des Führens von Spitälern eher etwas zurücknehmen. Das ist mit dieser Vorlage im Ansatz angelegt. Ganz wichtig scheint mir auch, dass diese Vorlage für alle, die die obligatorische Grundversicherung zahlen – und das sind ja alle – eine Gleichbehandlung bringt. Alle haben bei einer Behandlung im Spital das Recht auf einen Sockelbeitrag des Kantons.
Die heutige Ausgrenzung der Zusatzversicherten hat dazu geführt, dass die Zusatzversicherung heute viel zu teuer ist für das, was sie an Leistungen abgibt. Von dieser Versicherung effektiv geleistet werden die freie Arztwahl und die Wahl der Unterbringung, des Zimmers. Der Versicherte muss aber noch zusätzlich an die Investitionen und die Defizite des Spitals bezahlen, die sonst, im Rahmen der normalen Grundversicherung, von der öffentlichen Hand übernommen werden. Das kann es ja nicht sein! Das heisst, dass das, was der Versicherte für seine Mehrprämie mehr bekommt, überhaupt nicht mit dem übereinstimmt, was er zusätzlich zahlen muss.
Ich habe vielen kantonalen Gesundheitsdirektoren gesagt: Wenn wir dieses System weiterführen, dann machen wir diese Versicherung kaputt. Alle öffentlichen Spitäler haben doch ein Interesse daran, diese Leistungen – freie Arztwahl im Spital und bessere Unterbringung im Spital – anbieten zu können. Das sind Kunden, die hier etwas Zusätzliches möchten, die auch bereit sind, etwas dafür zu zahlen, sogar viel, die aber finanziell nicht überfordert werden wollen. Mit dem heutigen System – und das, finde ich, ist einfach unglaublich – werden diese Personen finanziell absolut überfordert. Man nimmt ihnen Geld ab, das man ihnen nicht abnehmen darf, weil sie alle auch die Grundversicherungsprämie zahlen. Daher ist es absolut richtig, dass die Kommission jetzt hier diesen Schritt macht.
Jetzt wird mit Recht gesagt – Kollege Lauri hat das vorhin erwähnt, dann auch Kollege Fünfschilling –, man könne doch jetzt nicht diesen Schritt machen und den Kantonen einfach die Rechnung präsentieren. Damit bin ich vollständig einverstanden. Ich finde nur, wir müssen so vorgehen: Wir müssen erkennen, dass es ein Systemmangel ist, wir müssen den Systemmangel korrigieren, und nachher müssen wir darüber nachdenken, wie wir die Finanzierung regeln. Ich bin bereit zu sagen – das ist ganz klar –: Es kann nicht sein, dass eine solche Strukturreform einfach einer allein zahlen muss, sondern es müssen alle Mitfinanzierer, die jetzt die Strukturverbesserung mittragen wollen, auch mitzahlen. Das sind für mich Bund, Kantone und Versicherer. Unter allen dreien muss eine korrekte und gerechte Lösung gefunden werden, um diese Strukturverbesserung, die absolut notwendig ist, gerecht zu finanzieren.

Weil wir diese endgültige Lösung noch nicht haben, wäre es falsch, schon jetzt Halt zu sagen. Wir müssen die Lösung der Finanzierungsfrage – das möchte ich mir auch vorbehalten – im Prozess dieser Gesetzgebung noch definitiv finden. Deshalb finde ich, dass der Antrag Stadler absolut in die richtige Richtung geht. Es ist vielleicht nicht die endgültige Lösung, aber sie besagt, dass wir in der Finanzierungsfrage noch die Türen offen lassen müssen. Ganz falsch wäre es, das Thema nicht anzupacken, weil die Finanzierungsfrage noch nicht gelöst ist.
Noch eine Bemerkung zur Reform des Vertragssystems zwischen Versicherern und Leistungserbringern: Das heutige System führt – davon bin ich überzeugt – zu den Preis- und Mengenexzessen, die wir im Moment haben. Wenn wir das System nicht ändern, werden wir solche auch in Zukunft haben. Das ist also ein Grundpfeiler dieser Reform. Allerdings gebe ich Frau Berger und anderen, die das gesagt haben, Recht: Es kann nicht sein, dass wir mit dieser Reform die freie Arztwahl im Grundsatz antasten und die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleisten. Das, was die Kommission beantragt, beinhaltet diese Gefahr nicht. Sie beantragt ja, dass wir das Recht einführen, frei zu kontrahieren. Der Kanton hat aber das Recht, den Versicherern vorzugeben, mit wie vielen Ärzten sie kontrahieren müssen. Ich akzeptiere sofort eine kantonale Vorgabe in der folgenden Art: Ihr müsst mit 85 oder 90 Prozent aller Allgemeinpraktiker in unserem Kanton kontrahieren. Ihr müsst jedes Jahr nachweisen, dass mit diesen entsprechende Verträge abgeschlossen worden sind. Mit anderen Worten: Der Kanton kann die Versorgungsdichte absolut vorgeben. Aber die freie Arztwahl bedingt doch nicht, dass man immer mit 100 Prozent – und vor allem auch mit jedem neu Hinzukommenden – kontrahieren muss! Das ändert doch nichts an der riesigen Wahlfreiheit, die der Konsument bzw. Patient hat, wenn bezüglich der Kontrahierungspflicht eine Beschränkung auf 85 oder 90 Prozent besteht. Wenn die Kantone – z. B. die Kantone Genf oder Basel-Stadt, in denen eine ganz hohe Versorgungsdichte besteht – beschliessen, dass sie das in ihrem Gebiet weiterführen und dass in ihrem Kanton zu 90 oder 95 Prozent kontrahiert werden soll, weiss man das. Das ist ein politischer Entscheid, der sich dann in den Prämien widerspiegelt; dann hat man einen Entscheid für eine Leistung getroffen. Wenn man also politisch eine hohe Versorgungsdichte will, muss man auch dazu stehen, dass das etwas kostet.
Heute haben wir einen Automatismus; alle müssen das machen, es ist eine Pflicht, das zu tun. Das ist falsch; es muss künftig bewusst entschieden werden. Wer eine hohe Versorgungsdichte will, nimmt die hohen Prämien in Kauf; wer bereit ist, mit einer etwas niedrigeren Versorgungsdichte zu fahren, hat auch die Chance, niedrigere Prämien zu erhalten. Das sind echte politische Entscheide, die dieser Schritt ermöglicht.
Zur Obergrenze von 8 Prozent bei der Prämienverbilligung: Das ist für mich sozialpolitisch zwingend. Ich glaube, wir müssen diese 8 Prozent einsetzen. Für mich sind die Prämien bis zu 8 Prozent des Haushalteinkommens – die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit – klar mitzufinanzieren. Ich bin der Meinung, dass es aus sozialpolitischen Gründen richtig ist, wenn der darüber hinausgehende, überschiessende Teil nachher durch öffentliche Mittel abgedeckt wird. Diese drei Punkte, die die Kommission zusammen mit dem Bundesrat erarbeitet hat, sind wirklich ein grosser Schritt in Richtung einer Verbesserung unseres Gesundheitssystems. Es bestehen echte Chancen, damit auch die Kosten einigermassen in den Griff zu bekommen.
Ich bitte Sie daher in diesem Sinne, einzutreten und die Anträge der Kommission auch zu unterstützen.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich möchte zu einigen Voten noch eine Bemerkung anbringen. Wir hatten eine ausführliche Diskussion, die ich verdanken möchte.
1. Ich gehe zuerst auf den Rückweisungsantrag Berger ein. Ich bin mir nicht mehr ganz so sicher, ob er in dieser Art und Weise noch aufrechterhalten wird, weil Frau Berger in ihrem zweiten Votum an sich davon gesprochen hat, sie könne sich heute nicht äussern, weil sie die Rahmenbedingungen für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs noch nicht kenne. Sie hat nicht mehr so absolut gesagt, sie sei gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und wolle deshalb die ganze Sache zurückweisen.
In Bezug auf die Rahmenbedingungen möchte ich doch noch einmal klarlegen, dass wir einige Rahmenbedingungen ganz klar schon im Gesetz verankert haben. Sie wurden wiederholte Male hier erwähnt, zuletzt von Herrn David. Wir geben den Kantonen die Möglichkeit, die Wahlfreiheit und die Versorgungssicherheit sicherzustellen, und das auch mit entsprechenden Rekursrechten der Versicherer und der Leistungserbringer. In Bezug auf die Wahlfreiheit und vor allem auf die Versorgungssicherheit ist es durchaus möglich, dass man in einer Versicherungsregion festlegt, mit wie vielen Prozenten der verschiedenen Kategorien von Leistungserbringern ein Vertrag abgeschlossen werden soll. Da ist es ganz sicher, dass im Bereich der Hausärzte, der Hausarztmedizin, der Allgemeinpraktiker der höchste Prozentsatz angesetzt werden muss, weil wir uns auch bewusst sind, dass da eine ganz starke und wichtige Triagefunktion dieser Leistungserbringer besteht. Wir werden morgen noch über eine Motion sprechen – wir werden ihnen dann empfehlen, sie als Postulat zu überweisen –, die dieses Hausarztmodell an sich propagieren möchte und davon auf der einen Seite eine gute Versorgung und auf der anderen Seite einen Kostenersparniseffekt erwartet. Wir sind also ganz klar schon heute so weit, dass wir den Kantonen Möglichkeiten geben.
Dann haben wir auch Notfallklauseln eingebaut – sie wurden heute auch bereits erwähnt – für Leute, die älter sind, über lange Zeit schon eine Versicherungsbindung zu einer Kasse und einem Leistungserbringer aufrechterhalten haben und allenfalls auch eine chronische Krankheit haben, welche bedingt, dass sie sich oft in Behandlung befinden. Diese Leute können den Leistungserbringer beibehalten. Auch dann, wenn die Kasse mit diesem Leistungserbringer keinen Vertrag mehr abgeschlossen hat, wird sie trotzdem verpflichtet, hier zu bezahlen. Denn wir sind der Meinung, dass es für einen solchen Härtefall eine Härtefallklausel braucht. Sie ist in dieser Art und Weise im Gesetz verankert worden.
Anderseits – das habe ich auch bereits in meinem Eintretensvotum gesagt – haben wir bewusst Artikel 35 in Bezug auf die Qualitätssicherung und die Wirtschaftlichkeitskriterien ausgesetzt. Wir beantragen Ihnen, Absatz 1bis dieses Artikels nicht zu behandeln. Wir werden in der Wintersession hier noch ausgearbeitete Vorschläge einbringen. Sie werden zurzeit in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern erarbeitet. Denn wir sind uns bewusst, dass wir im Gesetz einerseits nunmehr Möglichkeiten für die Kantone verankert haben, um Rahmenbedingungen zu schaffen, anderseits auch Bestimmungen, die den Versicherern Möglichkeiten geben. Aber in Bezug auf die Leistungserbringer fahren wir etwas schmalbrüstig und wollen hier doch noch Bestimmungen aufnehmen. Diese werden wir Ihnen in der Wintersession unterbreiten.
Wir möchten heute – ich komme ganz am Schluss meiner Ausführungen noch darauf zurück – den Grundsatzentscheid fällen, dass wir der Ansicht sind: Wenn wir einen Schritt weiter kommen wollen, wenn wir nicht nur von Kostenverteilung und vom Kostentragen sprechen wollen, sondern irgendwo auch einen kleinen Schritt hin zur Kostendämpfung machen wollen, dann müssen wir das Prinzip der Aufhebung des Kontrahierungszwanges heute beschliessen. Die Kostendämpfung wird noch in dieser Woche ein ganz aktuelles Thema werden, dann nämlich, wenn wir in zwei oder drei Tagen über die Erhöhung der Krankenkassenprämien für das nächste Jahr sprechen. Die Ausgestaltung des Prinzips der Aufhebung des Kontrahierungszwanges werden wir Ihnen anschliessend unterbreiten.
Wenn Sie mit der Ausgestaltung nicht einverstanden sind, können Sie sich in der Wintersession immer noch dazu äussern – da wir ja in dieser Session noch keine Schlussabstimmung über diese Vorlage durchführen – und dann allenfalls die Bestimmung oder die gesamte Vorlage ablehnen.

2. Zu den Ausführungen von Herrn Büttiker und zu seinem Rückweisungsantrag: Ganz an den Anfang möchte ich eine Bemerkung zur Verteidigung des Krankenversicherungsgesetzes an sich stellen. Ich habe dieses Gesetz seit seinem Erlass immer verteidigt. Ich bin der Ansicht, dass es zwar ganz sicher kein ideales Gesetz ist – aber nennen Sie mir einmal ein ideales Gesetz; es würde Ihnen schwer fallen, ein Gesetz zu nennen, das keine Fehler hat –, aber es ist ein Gesetz, dass doch das Optimum dessen darstellt, was man zu jenem Zeitpunkt erlassen konnte. Ich muss Ihnen auch sagen – vielen ist es nicht mehr ganz präsent –, dass wir zum Zeitpunkt, in dem das KVG erlassen worden ist, mit Notrecht regiert haben. Es war also in der Tat eine Notsituation. Man hat mit Bedacht den Deckel auf der Pfanne gelassen. Es hat gebrodelt, und es wäre wirklich zu einem Überlaufen der Suppe gekommen, wenn es uns nicht gelungen wäre, dieses Krankenversicherungsgesetz im Jahre 1996 mit einem guten und klaren Systemwechsel zu verabschieden. Dieses Gesetz hat – wie alle Gesetze, die einen grossen Systemwechsel mit sich bringen – gewisse Kinderkrankheiten. Das ist vollkommen klar.
Wir sind jetzt daran, Verbesserungen vorzunehmen. Wir werden – das hat auch Herr Kollege Stähelin gesagt – keine abschliessenden Verbesserungen anbringen; es wird ein Schritt sein auf einem Weg hin zu immer besser ausgestalteten Möglichkeiten. Wir schlagen Ihnen ja auch vor, in den Übergangsbestimmungen schon einen nächsten Schritt ins Auge zu fassen und die entsprechenden Schritte einzuleiten, sodass wir dann zum Ziel einer monistischen Finanzierung im stationären Bereich kommen können.
Zur monistischen Finanzierung, wie sie im Rückweisungsantrag Büttiker anbegehrt wird: Er möchte, dass wir sie in einem Schritt angehen und dass wir hier nicht von einer Übergangsfrist sprechen. Wenn ich ihm so zuhöre, dann habe ich das Gefühl: Er tut dies alles mit der Begründung, es könnte dann allenfalls eine Kosteneinsparung für die Kantone resultieren. Hier unterliegt er ganz klar einem Irrtum, denn die monistische Finanzierung ist kein Sparprogramm. Sie spricht nämlich in keiner Art und Weise davon, wie viel Geld zu verteilen ist. Sie spricht nur davon, wie Geld zu verteilen ist. Sie sagt einzig und allein, dass das Geld über eine einzige Zahlstelle zu verteilen ist; aber sie sagt in keiner Art und Weise – und das wollte Ihre Kommission auch bewusst nicht –, dass der Staat weniger Mittel in die Finanzierung des stationären Bereichs einschiesst. Wir wollten das nicht, weil dieses Einwerfen staatlicher Mittel in den stationären Bereich ein Teil des Kompromisses ist, wie er im Krankenversicherungsgesetz enthalten ist. Bei diesem Kompromiss haben wir auf der einen Seite Kopfprämien verankert – das wollen wir weiter, wir sind der Ansicht, dass das eine richtige Art der Finanzierung ist –, aber auf der anderen Seite decken wir auch die soziale Komponente ab, indem wir im Bereich der Finanzierung des stationären Bereichs auch Steuermittel einwerfen.
Wir wollen auch, dass diese Steuermittel in derselben Höhe verbleiben wie bis anhin respektive mit den Kostensteigerungen und der Teuerung einen gewissen Entwicklungsschritt mitmachen können. Wir wollen also nicht, dass der Staat sich aus der Finanzierung des stationären Bereichs zurückzieht. Wir wollen diese soziale Komponente nicht reduzieren, auch dann nicht, wenn wir allenfalls zu einem monistischen System übergehen. Deshalb kann man bei diesem Übergang nicht von einem Sparprojekt sprechen, mit Sicherheit jedoch von einem Effizienzsteigerungsprojekt, von einem Projekt allenfalls auch, das die Wettbewerbsverzerrungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich aufhebt. Dies trifft aber nur dann zu – das erscheint mir ganz wichtig –, wenn wir geordnet dazu übergehen können, wenn wir die Lage vorbereiten können, damit wir dann, wenn dieser Schritt endgültig erfolgt, wirklich keine riesigen Vollzugsprobleme haben. Ich muss Ihnen sagen: Wenn wir diesen Entscheid heute fällen würden, hätten wir sehr rasch alle Verantwortlichen der Kantone mit Reklamationen bei uns. Sie würden sagen – und dies zu Recht –, wir könnten nicht so kurzfristig eine derart umwälzende Erneuerung verordnen, ohne dass wir in riesige Vollzugsprobleme kommen. Stellen Sie sich vor – wir haben das in der Kommission diskutiert –, es ginge darum, 6 bis 7 Milliarden Franken kantonale Gelder neu zu verteilen: Sie müssten in irgendeiner Art und Weise – entweder über die Versicherer, indem wir diese Milliarden den Versicherern zukommen lassen, oder über massiv erhöhte Prämienverbilligungen – an die Subjekte ausgeschüttet werden. Schon wie wir nämlich die Gelder verteilen wollten, ist uns noch nicht so klar. Auch wir sind, wie viele im Zusammenhang mit dem Kontrahierungszwang, der Meinung, es wäre allenfalls doch etwas gewagt, diese ganze grosse Summe einfach den Krankenkassen zu geben. Wir würden den Krankenkassen damit in der Tat einen grossen Machtzuwachs zukommen lassen. Das möchten wir nicht einfach so unbesehen tun; wir überlegen uns diesen Schritt deshalb sehr gut.
Es gibt noch andere Gründe: Wenn wir zu einem monistischen System übergehen wollen, ist es nicht mehr möglich, dass die Kantone gleichzeitig Leistungserbringer sind. Deshalb muss man die Zeit nutzen – die fünf Jahre, die wir Ihnen in den Übergangsbestimmungen vorschlagen –, um die Kantone von ihrer Eigenschaft als Leistungserbringer zu trennen. Im Klartext gesagt: Wir müssen – wenn wir diesen Schritt wirklich in einer Art vornehmen wollen, in der diese Massnahme dann auch verhält und der Vollzug richtig ist – Kantonsspitäler oder Spitäler, die sonst von den Kantonen direkt betrieben werden, in selbstständige öffentlich-rechtliche oder private Gesellschaften umwandeln. Es braucht also diese fünf Jahre, und es braucht grosse Arbeit, wenn wir diesen Schritt machen wollen. Wir können nicht einfach heute entscheiden, dass wir Knall auf Fall zu einem monistischen System übergehen.
Ich möchte ein Wort zu Herrn Fünfschilling sagen, der uns aus der Botschaft des Bundesrates zum Stabilisierungsprogramm zitiert hat. Er hat Seite 126 zitiert. Das ist nicht direkt aus der Botschaft, sondern aus einer Beilage, die die wichtigsten Rahmenbedingungen für die Konsensgespräche aus der Sicht der Kantone enthält. Wenn man aber Seite 38f. liest – das ist der Text der Botschaft –, ersieht man, dass sich diese Voraussetzungen im Verlaufe der Verhandlungen verändert haben. Ich lese es Ihnen vor, damit das ganz klar zum Ausdruck kommt: «Eine ausführliche Stellungnahme zum Junktim mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist in der Zwischenzeit hinfällig geworden, wurde doch die für die Erbringung der verbleibenden Differenz zum vereinbarten Sparbeitrag von 500 Millionen geprüfte Variante 'Beitragsumlagerung bei den Prämienverbilligungsbeiträgen der Krankenversicherung' zugunsten einer Erhöhung des Kantonsbeitrags an die AHV fallen gelassen. Damit bleibt das KVG vom Stabilisierungsprogramm unberührt.» Die Vorlage, die wir heute zu behandeln haben, die ganze Frage der Finanzierung der stationären Versorgung, ist vom Stabilisierungsprogramm also unberührt. Man kann nicht damit argumentieren, man habe den Kantonen hier in irgendeiner Art und Weise ein Versprechen gemacht.
Zur Frage von Herrn Lauri respektive seinem Antrag, doch einen entsprechenden Bericht zu unterbreiten: Ich kann ihn sehr gut verstehen. Wir hatten in der Subkommission und in der Kommission eine Unmenge an Zahlen, eine Unmenge an Tabellen. Wir haben wirklich versucht, uns vertieft mit den ganzen Folgen, die diese Beschlüsse mit sich bringen, auseinander zu setzen. Ich muss Ihnen sagen: Es ist schwierig, die richtigen Zahlen zu erhalten. Wir werden unser Bestes tun. Ich nehme dieses Anliegen gerne mit und gebe es natürlich auch an Frau Bundesrätin Dreifuss und an die Verwaltung weiter. Wir werden sicher in der Lage sein, einen solchen Bericht in Bezug auf Artikel 65, nämlich die Prämienverbilligung, zu erstellen. Wir werden wahrscheinlich – wie mir das Frau Bundesrätin Dreifuss noch gesagt hat, sie wird dazu sicher auch Ausführungen machen – mehr Mühe mit der Erstellung eines Berichtes über die Finanzierung des stationären Bereiches haben, weil uns ganz einfach die Zahlen vonseiten der Kantone nicht zur Verfügung stehen. Wir haben hier den Zusammenzug aller Zahlen der Kantone nicht verfügbar und können Ihnen deshalb diesen Bericht

wahrscheinlich nur schwerlich erstellen. Wir werden aber das uns Mögliche versuchen. Es wäre dann möglich, einen solchen Bericht zu erstellen, wenn wir zur neuen Finanzierungsart übergegangen sind, also sobald wir eine leistungsbezogene Finanzierung haben, die dann natürlich auch die entsprechenden Buchhaltungen erfordert. Dann wird es möglich sein, klare Zahlen auf den Tisch zu legen und entsprechende Vergleiche zu machen.
Erlauben Sie mir auch noch eine Bemerkung zum System, das wir Ihnen nun für die Übergangszeit von fünf Jahren vorschlagen, nämlich dem dual-fixen System der Finanzierung des stationären Bereichs, und namentlich zu den immer wieder gehörten Einwänden, dass die Kantone hier in einer Art und Weise belastet würden, die für sie nicht tragbar sei. Es ist unbestreitbar, dass dadurch, dass die Kantone ihren Sockelbeitrag auch an diejenigen Personen zu leisten haben, die zusatzversichert sind, eine gewisse Mehrbelastung entsteht. Das wurde nie in Abrede gestellt. Aber die Tatsache, dass dies zu tun ist, liegt so klar auf dem Tisch und ist so klar in der Logik des Krankenversicherungsgesetzes enthalten – sie entspricht im Übrigen auch einem ganz fundamentalen Grundsatz der Gleichbehandlung, den wir schon in der Verfassung verankert haben –, dass ich darüber nicht mehr Worte zu verlieren habe.
Ich möchte Ihnen aber doch sagen, dass die Kantone natürlich auch gewisse Entlastungen erfahren: Sie erfahren als erstes die Entlastung – ich habe es bereits im Eintretensreferat gesagt –, dass die Krankenkassen sich nunmehr auch an den Investitionskosten beteiligen werden. Das macht in etwa 400 Millionen Franken aus. Es ist dann auch so, dass durch den Rückgang des Finanzierungsanteils des Kantons von zum Teil deutlich über 50 Prozent auf heute 50 Prozent der Leistungen betreffend Basisservice im stationären Bereich in fast allen Kantonen, mit Ausnahme des Kantons Wallis, in Zukunft eine erhebliche Entlastung entsteht. Dem Kanton Solothurn z. B., Kollege Büttiker, wird dieser Rückgang des Prozentsatzes bei der Finanzierung eine Entlastung um etwa 20 Millionen Franken bringen, und im Kanton Aargau wird das eine Entlastung um etwa 10 Millionen Franken mit sich bringen.
Im Übrigen ist es so, dass die Kantone seit Inkrafttreten des KVG doch in einem recht erheblichen Ausmass aus der Finanzierungsverantwortung entlassen worden sind. Die im März 2000 publizierte Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer sozialer Systeme – diese Analyse ist an der Universität Neuenburg ergangen – zeigt auf, dass die Krankenkassen sich z. B. 1994 noch mit 12,6 Prozent an der Finanzierung der Pflegeheime beteiligt haben, 1998, also innert nur vier Jahre, haben sie sich bereits zu 26 Prozent an der Finanzierung der Pflegeheime beteiligt. Bei den Kantonen verlief die Entwicklung gegenläufig: 1994 beteiligten sie sich mit 8,5 Prozent an der Finanzierung der Pflegeheime, 1998 lediglich noch mit 4,3 Prozent. Ähnlich, hier jedoch zugunsten der Gemeinden, verlief die Entwicklung bei der Finanzierung der Pflege zuhause, der so genannten Spitex: 1991 beteiligten sich die Krankenkassen zu 20 Prozent, 1998 zu 27,5 Prozent, währenddem die Beteiligung der Gemeinden von 23,3 auf 14,7 Prozent gesunken ist. In diesem Bereich wurden auch die Privaten erheblich, nämlich von 31,3 auf 19,9 Prozent entlastet.
Auch bei den Beteiligungen der Kantone an den Ergänzungsleistungen zeigt die erwähnte Studie eine massgebliche Entlastung zugunsten der Kantone auf. Der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitäler – inklusive Investitionskosten und ambulantem und teilstationärem Bereich – ist seit Anfang der Neunzigerjahre ebenfalls rückläufig; er sank von 35,5 auf 29,7 Prozent im Jahr 1998. Wenn die öffentliche Hand 1998 denselben Prozentanteil an der Finanzierung der Spitäler wie 1991 übernommen hätte, wären ihr zusätzliche Ausgaben im Umfang von rund 1,4 Milliarden Franken erwachsen.
Mit der vorliegenden Teilrevision soll also einzig dem schleichenden Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalfinanzierung Einhalt geboten werden, um eine weiter gehende, kontinuierliche Verlagerung der Finanzlast auf die Krankenversicherung und um die damit verbundene Überwälzung auf die Kopfprämien zu verhindern. Zudem wird mit der Abkehr von der Institutsfinanzierung hin zur Leistungsfinanzierung – diese Änderung dürfen Sie nicht unterschätzen, sie wird viel mit sich bringen – ein wesentlicher Anreiz zu mehr Effizienz, Transparenz und damit zu Kostenersparnis geschaffen.
Wenn wir es beim Alten belassen, schiessen wir – davon bin ich zutiefst überzeugt – ein riesiges Eigengoal, denn es werden den Kantonen im Endeffekt mehr Belastungen entstehen als mit der Vorlage von Bundesrat und Kommission. Dies deshalb, weil die Zusatzversicherungen weiterhin abnehmen werden und weil die Kantone mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit sehr bald durch bundesgerichtliche Urteile zur Zahlung verpflichtet werden – und das dann notabene rückwirkend.
Ich komme jetzt noch rasch zu einem Antrag, den wir noch nicht besprochen haben, den ich aber hier ganz kurz erwähnen möchte, nämlich zum Antrag Stadler zu den Übergangsbestimmungen. Dieser Antrag ist der Kommission nicht vorgelegen, wir haben ihn nicht diskutiert. Deshalb möchte ich nur kurz eine persönliche Meinung dazu sagen: Dieser Antrag wird sich an das anschliessen, was heute schon zwischen den Krankenkassen, Santésuisse, und den Sanitätsdirektoren in Verhandlung ist. Wir wissen, dass dort Verhandlungen geführt werden, um das so genannte Stillhalteabkommen, das hingefallen ist, durch etwas anderes abzulösen, nämlich durch eine Übergangsbestimmung für den Übergang von einer Finanzierungsart zur anderen für die Jahre 2002 und 2003. Hier scheint sich für die Jahre 2002 und 2003 ein gewisser Kompromiss anzubahnen, was ja auch aufzeigt – ich erlaube mir die kleine Klammerbemerkung –, dass man sich doch im Klaren ist, auch vonseiten der Kantone, dass man zu Übergangslösungen Hand bieten muss, dass man nicht einfach weiterhin strikte Nein sagen kann. Diese Vereinbarung, die die Jahre 2002 und 2003 abdeckt, würde dann gemäss dem Antrag Stadler noch von einer Übergangsbestimmung abgelöst, die vier Jahre dauert.
Ihre Kommisison hat das, wie gesagt, nicht diskutiert. Sie ist der Meinung, man könne auch ohne Übergangsbestimmung in das neue System hinübergehen. Aber ich möchte doch diejenigen Kolleginnen und Kollegen bitten, die allenfalls mit den Rückweisungsanträgen liebäugeln, vielleicht diese Übergangsbestimmung ins Auge zu fassen, um sich von den Rückweisungsanträgen abzuwenden und um hier die Vorlage, wie sie die Kommission vorschlägt, mitberaten zu können; denn ich bin überzeugt, dass sie ein Schritt in die richtige Richtung ist.
Zum Schluss: Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexer Politikbereich. Mein Vorgänger in diesem Rat hat mir einmal gesagt, ich solle mich in der Politik nie um Agrarpolitik kümmern; da könne man sich nur Schelte holen, das sei der schlimmste aller Politikbereiche. Ich würde ihm heute antworten, mit dem Gesundheitswesen sei es wahrscheinlich schlimmer. Die Agrarpolitik haben wir auf eine gute Schiene gebracht, aber im Gesundheitswesen ist alles sehr komplex. Sie haben es aus den Anträgen gehört, Sie hören es aus der politischen Diskussion. Die Interessenlagen sind sehr divergent; es gibt von allen Seiten sehr verschiedene Ansichten darüber, wie wir das Ganze in den Griff bekommen sollten.
Ihre Kommission hat versucht, einen Weg zu finden und die Interessen zu bündeln. Sie hat diese drei Pfeiler herausgeschält, die einen Gesamtzusammenhang darstellen. Herr Brändli hat das heute schon gesagt: Es geht darum, jetzt alle drei Pfeiler in dieser Art über die Runden zu bringen. Ich glaube, das ganze Gebäude würde Schaden erleiden, wenn wir einen der Pfeiler herausbrechen würden. Wir haben mit diesen drei Pfeilern bewusst in Kauf genommen, dass wir relativ vielen Leuten auf die Füsse getreten sind – die Reaktionen sind entsprechend ziemlich virulent. Wir sind aber überzeugt, dass wir einen Weg aufzeigen, der doch in die richtige Richtung führt. Aus diesem Grund sind wir auch bereit, die Opposition in Kauf zu nehmen, weil wir glauben, auf

einem Weg, der sicher noch dornenvoll sein wird, einen Schritt vorwärts zu kommen.
Ich bitte Sie deshalb, auf die Vorlage einzutreten und die Rückweisungsanträge abzulehnen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je crois que tout a été dit, et brillamment dit d'ailleurs, par la présidente de votre commission ainsi qu'au cours de toutes les interventions. Je crois vraiment que l'essentiel est devant nous.
A ce stade, je me limiterai donc à quelques brèves remarques, pour vous demander de ne pas suivre les deux propositions de renvoi, que ce soit à la commission ou au Conseil fédéral. Cela ne veut pas dire que ce soir, je penserai le moins du monde avec hargne à M. Büttiker, bien au contraire puisqu'il aura animé tout ce débat.
J'aimerais dire que cette réforme, qui a l'air d'être une mini-réforme, est au fond très importante et qu'elle touche à des principes très importants de la LAMal. Je vous remercie d'avoir souligné les bons côtés de la LAMal, ils sont nombreux et il est bon de les rappeler. Je vous remercie tout autant d'avoir souligné les points faibles de la LAMal, parce que c'est sur ceux-là que nous devons travailler, surtout si nous voulons, justement, maintenir les qualités de ce système, qui pourrait être menacé par des coups d'épingle. En disant cela, je ne voudrais pas du tout banaliser le débat, mais je pense aux problèmes continuels qui peuvent se poser aux citoyens et aux citoyennes de Suisse face aux points qui ne fonctionnent pas parfaitement. Souvent, là, on touche à des lacunes, à des rigueurs, voire à des défauts de construction de la LAMal. Il faut que l'on s'attelle, et tout de suite, à ces questions.
Il y a des questions fondamentales que j'aimerais juste, pour être brève, résumer à un ou deux points. Au fond, il s'agit du rôle du caractère obligatoire de l'assurance-maladie. Un progrès essentiel accompli, comme M. Studer l'a rappelé, après un siècle d'efforts, d'essais, de discussions d'experts, de votations, etc., c'est de garantir une assurance sociale de base à tous les habitants. Pour cela, le caractère obligatoire de cette assurance était nécessaire. De là découlent certaines des grandes qualités de la LAMal: l'accès à des soins de qualité pour tout le monde, mais aussi le fait que l'on puisse instituer une solidarité selon l'âge, selon le sexe, une solidarité également entre malades et bien-portants. Cela a été dit, cela a été une des grandes victoires, un des grands progrès de la LAMal. Sans ce caractère obligatoire, on n'y arrivait pas. On aurait dû introduire des réserves, des limitations de fait aux changements de caisses. Donc, ce caractère obligatoire est vraiment un élément central de tout ce qui peut être mis en place grâce à la LAMal.
Avec ce caractère obligatoire, qui peut être remis en question par certains défauts de construction ou par certains problèmes d'interprétation de la LAMal, comme en matière de financement des hôpitaux, mais également s'agissant de la question difficile, et où je doute que la réflexion soit mûre, de la limitation dans certains cas du libre choix des prestataires de soins – «sprich: Kontrahierungszwang» –, nous avons le problème de la relation entre l'assurance sociale de base obligatoire et les assurances complémentaires. Là, nous n'arriverons sans doute pas au bout de la réflexion, avec cette réforme. Effectivement, la question se pose, par exemple, du rôle que peuvent jouer les caisses-maladie dans le système, alors que dans la même caisse il y a, d'un côté, un système de mutualité et, d'un autre, un système qui peut être un système lucratif. Donc, d'un côté, un système où en principe, il n'y a pas de sélection autorisée ou souhaitée et, de l'autre, un système qui repose sur la sélection. Nous rencontrons le même problème avec le financement des hôpitaux quant à la relation entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Nous retrouvons aussi le même problème avec la question de l'obligation de contracter et du libre choix du fournisseur de prestations. Si l'assurance de base n'offre pas certaines choses, la question de la possibilité de recourir à cette liberté, à ce choix par le biais de l'assurance complémentaire se pose immédiatement. En tout cas, le spectre de la médecine à deux vitesses menace. Bien sûr, il y a une certaine réalité. Aucun pays ne peut garantir que la qualité des soins soit absolument la même pour tout le monde, en toutes circonstances, indépendamment de la fortune ou du revenu.
Mais cela doit être notre noble objectif. Il y a des domaines dans lesquels on ne peut pas tout simplement se déresponsabiliser en disant qu'il est normal que quelques-uns se promènent en Mercedes et d'autres en Fiat ou en petite cylindrée. Il y a, dans une société, des domaines qui tiennent à l'essence même des droits de la personne d'être prise au sérieux et de recevoir un traitement équitable. Et je n'en vois, au fond, pratiquement que deux: l'école et la santé.
Si, dans ces domaines-là, on ne reste pas fidèle à cette volonté d'égalité entre tous les habitants et toutes les habitantes de notre pays, je crois que au-delà de toutes les frontières des partis, nous ne remplirons pas notre rôle.
Je suis persuadée que, dans ces deux domaines, encore une fois au-delà de toutes les frontières partisanes, nous nous rallions à l'accomplissement de cette tâche. C'est dans notre travail de détail – c'est vrai que le diable y est tapi – que nous devons essayer ensuite de nous rapprocher de cet idéal. Une société qui dans ces deux domaines ne se dit pas qu'elle essaiera tout pour surmonter les différences de revenus est une société qui n'est pas digne de l'évolution des droits de l'homme du XXe siècle, et nous sommes au XXIe siècle.
Nous allons maintenant faire un «Knochenarbeit», un travail de détail, difficile, parfois sans avoir toutes les informations suffisantes. Mais c'est à cet objectif-là, c'est à ces questions fondamentales-là que nous sommes confrontés.
J'aimerais dire deux mot sur chacune des trois réformes suivantes – M. David disait qu'on est en face de trois paquets de réformes –, la réforme du financement des hôpitaux, la réforme des règles en matière de contrats, et la réforme des charges qui pèsent sur notre population en termes de primes d'assurance.
Premièrement, la réforme du financement des hôpitaux: il est vrai qu'elle est douloureuse pour les cantons, mais c'est vrai qu'elle ne fait en réalité que compenser des possibilités qui ont été offertes aux cantons de s'appuyer sur la LAMal dans leur effort à l'égard de leur population. Des exemples ont été cités: il s'agit du domaine des soins à domicile; il s'agit du domaine des établissements médico-sociaux; il s'agit des possibilités à la fois techniques, mais peut-être avec quelques petites arrière-pensées économiques, de passer du stationnaire hospitalier à l'ambulatoire hospitalier. J'aimerais ajouter un aspect pour compléter cette liste de possibilités, c'est que dans le domaine des prestations complémentaires on a aussi déchargé les cantons. En effet, leur part est plus élevée dans la prise en charge des prestations complémentaires et l'on a passé dans le chapitre «subventionnement des primes» des éléments qui étaient auparavant payés par les prestations complémentaires. Ceci juste pour montrer qu'il y a eu toute une série de transferts et que la plupart de ces transferts ont joué à la décharge des cantons. Pas tous; le subventionnement des primes a été quelque chose de nouveau pour beaucoup de cantons et cela en a déchargé quelques-uns qui avaient déjà fait ce pas avant.
Dans ce sens-là, ce que nous demandons et proposons maintenant, c'est qu'un lien entre la responsabilité cantonale et le coût des hôpitaux soit établi. C'est ce dont nous aurons de toute façon besoin, Madame Beerli l'a fort bien dit, aussi dans le système moniste. Parce que, lorsque l'on dit: «Mais écoutez, on n'a qu'à dire que les subventions actuellement versées par les cantons doivent continuer à être garanties dans le système de santé», cela revient à déresponsabiliser les cantons. On en revient à dire que toute l'augmentation des coûts – et l'augmentation des coûts des années passées aussi – passe automatiquement à la charge des assurés. C'est dire que les cantons peuvent se moquer de l'évolution des coûts dans le secteur hospitalier – parce que, pour eux, c'est fini, les subventions de l'an 2000, voilà le

maximum qu'ils devraient payer. Il y a, de plus, tant d'inégalités entre les cantons. Puis-je vous le rappeler: il y a des cantons qui n'ont pour ainsi dire que des hôpitaux publics et pour lesquels ça ne change rien, le canton du Valais en est un très bon exemple. Le canton du Tessin, lui, a la moitié de ses lits d'hôpitaux en privé: on voit bien la différence et on ne peut pas tout simplement geler la situation. On ne peut pas partir de l'idée que comme le système moniste est introduit, on peut se contenter, dans une situation malsaine, peu claire et non transparente, de poursuivre le subventionnement au stade qu'il a atteint, je dirai, presque par hasard dans ces années. Il faut agir dans le sens de l'équité, cela a été largement expliqué. Quand on conclut une assurance complémentaire, personne ne comprend qu'on ne reçoive pas ce qu'on recevrait si on n'était qu'assuré de base. Le reste des facturations peut être libre, mais cette partie-là doit revenir à tout le monde de la même façon parce que c'est une règle que nous avons instituée. C'est une règle, j'aimerais le dire, sur laquelle la Confédération a toujours insisté, face aux cantons. Février 1997: première «table ronde»; certaines personnes ici présentes y étaient à d'autres titres. Je sais que j'ai choqué, mais en février 1997, j'ai dit: «Votre interprétation de la loi est fausse. Les cantons doivent payer le paquet des prestations de base également pour le socle, pour les assurés ayant une assurance privée ou semi-privée.»

Puis, il y a eu la fameuse «table ronde.» Mme Beerli a cité ce que le Conseil fédéral en disait dans son message. Il disait très clairement: «Cette condition n'a pas été acceptée.» Vous pouvez me dire que c'était dans le message et que les cantons ont été placés devant le fait accompli, mais il n'en est rien. Le message est de septembre. En juin, le Conseil fédéral répondait ainsi à la Conférence des cantons:

«Sie sprechen in Ihrem Schreiben speziell das 11-Punkte-Programm der KdK an, welches die zentralen Rahmenbedingungen für die Konsensgespräche am 'runden Tisch' aus der Sicht der Kantone enthält. Wir möchten dazu festhalten, dass der Bundesrat den Kantonen im Rahmen des Stabilisierungsprogrammes keine Zugeständnisse im Hinblick auf eine Neuregelung der Spitalfinanzierung gemacht hat. In seiner Botschaft vom 28. September» – excusez-moi, je me suis trompée, le message était effectivement avant – «zum Stabilisierungsprogramm 1998 hat er vielmehr festgehalten, dass das KVG vom Stabilisierungsprogramm unberührt bleibe, da die Kantone ihren Zusatzbeitrag nicht im Rahmen der Prämienverbilligung zum KVG, sondern des Kantonsbeitrags an die AHV zu leisten haben.»

J'étais moi-même aux côtés de M. Villiger, conseiller fédéral, pendant toute la «table ronde», et je peux vous assurer que nous avons toujours dit aux cantons que cette condition n'était pas acceptable. C'est même la raison pour laquelle nous avons choisi l'AVS comme le domaine où les cantons devaient apporter leur contribution. On ne peut donc pas dire que les cantons ont été pris par surprise, d'autant moins que j'ai quand même essayé d'arbitrer en faveur d'un moratoire, entre les caisses-maladie et les cantons. Les cantons m'en ont été reconnaissants, les caisses-maladie ont un peu grincé des dents parce qu'elles y perdaient quelques dizaines de millions de francs. J'ai essayé d'arbitrer en faveur de ce moratoire, de façon que la décision du Tribunal fédéral des assurances n'ait pas d'effet rétroactif pour les cantons et qu'au contraire, on ait un passage ordré, dans le sens souhaité par M. Stadler maintenant.

Vraiment, j'ai absolument bonne conscience, Monsieur Fünfschilling, quant à la clarté de notre message, et je dois dire que nous avons toujours essayé de connaître les conséquences exactes pour les cantons. Nous savons qu'elles seront différentes selon les cantons, mais nous n'arrivons pas à les connaître toutes. Si nous n'y arrivons pas, ce n'est pas à cause de la mauvaise volonté des cantons, pas du tout – je ne leur ferai aucun procès d'intention –, mais c'est parce que le fonctionnement des cantons ne nous permet pas de dégager ces chiffres jusqu'à présent. Ce n'est que le nouveau système – et c'est bien la raison pour laquelle il ne faut pas non plus sauter à pieds joints dans le système moniste – qui va nous permettre de les connaître exactement. Qu'on ait une nouvelle transition un peu plus douce, nous en discuterons, Monsieur Stadler, lors de l'examen de votre proposition. A priori, je ne m'y opposerai pas, si cela permet de s'acheminer vers un consensus et, surtout, vers une gestion plus claire de ce passage.

Ensuite, la réforme du financement de la charge représentée par les primes de l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral ne vous a pas présenté de projet dans ce sens. La limite de 8 pour cent ne correspond pas à une proposition du Conseil fédéral dans son message; on a toujours dit que c'était l'objectif que l'on espérait atteindre, mais qu'il n'y avait pas de mécanisme légal. Ce mécanisme légal avait été proposé par la commission Schoch, mais le Conseil fédéral ne l'avait pas repris. Votre commission revient donc avec les propositions de la commission Schoch, et je crois pouvoir vraiment vous dire que vous allez dans la bonne direction.

Il y a certainement encore une étude financière plus approfondie à faire, qui pourra intervenir grâce à l'analyse des effets de la LAMal dont nous aurons tous les résultats et la synthèse au mois de décembre 2001. Je pense pouvoir anticiper et vous dire, Monsieur Lauri, que vous aurez cette information. Dans ce domaine, le pas à faire est un bon pas qui est tout à fait dans la logique du système.

Enfin, la réforme des règles de contrats. Là, j'ai un peu plus de doutes, le Conseil fédéral également: il a étudié la chose, il a préparé toute la réforme puis il a prié la commission et le Parlement d'y surseoir. La commission en a décidé autrement et vous fait la proposition de réaliser cette réforme maintenant, avec un certain nombre de garde-fous. Je dirais qu'il y a certainement des choses à faire dans le contrôle des prestations, dans l'accès de nouveaux prestataires de soins; vous savez que nous sommes très restrictifs sur ce point-là au Conseil fédéral. Il incombe certainement aux cantons d'agir en relation avec la clause du besoin. Les cantons en ont vraisemblablement la compétence, je ne peux pas être trop affirmative à ce sujet, parce qu'il y a un recours au Tribunal fédéral, mais c'est un élément que nous pourrons certainement examiner dès que les juges se seront prononcés. Faut-il, par le jeu de la suppression de l'obligation de contracter, courir le risque de priver du droit de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, même de pratiquer tout court, certains médecins qui n'auraient pas démérité? Je dirai que la chose est tellement importante qu'elle demande vraiment des approfondissements. Mais ce sont des approfondissements, Madame Berger, qui vont intervenir jusqu'en décembre. Vous aurez le résultat de la réflexion de votre commission à ce sujet d'ici au début du mois de décembre et, d'un autre côté, je suis persuadée que dans ce domaine, c'est vraiment à la fin du débat parlementaire qu'on aura trouvé la solution idéale.

Je fais état des réserves du Conseil fédéral, qu'il avait déjà exprimées dans son message. Je fais bien sûr part aussi de notre bonne volonté de trouver des solutions effectives sur le plan de la maîtrise des coûts, et d'aider les travaux du Parlement. La réforme est entre vos mains, maintenant, la question est posée. Je crois qu'il est honnête que je vous fasse état des doutes et de la volonté de trouver peut-être mieux que ce que la commission vous propose actuellement, mais il faut maintenant avancer.

Vendredi, j'annoncerai l'augmentation des primes pour l'an 2002. Je peux d'emblée expliquer que dans cette augmentation des primes, il a été tenu compte des appréciations trop optimistes pour 2000/01 que nous devons maintenant rattraper, mais je crois qu'il serait assez incompréhensible pour les citoyens et les citoyennes de voir que le Conseil des Etats renvoie à sa commission ou au Conseil fédéral un projet qui est mûr pour la décision. Tout le monde attend de vous que vous vous mettiez au travail maintenant, pendant cette session, sur les propositions de votre commission.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich spreche sehr kurz, denn ich weiss, dass es nicht üblich ist, nach der Frau Bundesrätin noch das Wort zu ergreifen; aber ich fühle mich verpflichtet,

kurz etwas zum Faktischen zu sagen. Es handelt sich um die Aussagen am «runden Tisch»: Im Gegensatz zu Frau Bundesrätin Dreifuss bin ich an allen Sitzungen des «runden Tisches» dabei gewesen, ich habe dort die Kantone mitvertreten. Die Kantone haben an ihrem 11-Punkte-Programm immer festgehalten. Herr Bundesrat Villiger, welcher die Delegation des Bundesrates angeführt hat, hat nie widersprochen. Wir haben auch keine schriftliche Antwort erhalten. Ich weiss, dass Frau Bundesrätin Dreifuss sich gegen diesen Passus gewandt hat, aber nicht Herr Bundesrat Villiger, welcher diese Delegation präsidiert hat und welcher – ich war wirklich bei allen Übungen dabei! – den Bundesrat schliesslich vertreten hat. Der Briefwechsel, von dem wir vernommen haben, kam dann in der Folge zustande, als die Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) an den Bundesrat schrieb. Dann hat ihr der Bundesrat diese Stellungnahme abgegeben, und die KdK hat daraufhin wieder reagiert. So liegen die Fakten. Ich möchte sie hier einfach noch einmal gesagt haben.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je voudrais dire que je n'ai été absente que quelques heures de la «table ronde» et, en particulier, que j'étais présente à toutes les séances décisives. J'ai pris la parole en tant que conseillère fédérale. Monsieur Stähelin, j'aimerais vous rappeler que je n'étais pas la porte-serviette de M. Villiger, mais que je représentais le Conseil fédéral à cette «table ronde».

**Berger** Michèle (R, NE): Après avoir entendu Mme Dreifuss, conseillère fédérale, et les membres de la commission, je vois que le projet est extrêmement ficelé, que c'est un château de cartes qui s'écroule lorsqu'on enlève une carte, si bien que ma proposition n'a pas de chance de passer.
Je la retire. Mais par dépit, je reporterai mon vote sur la proposition de renvoi Büttiker en souhaitant qu'on l'élargisse avec les remarques et les propositions que j'ai faites.

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

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): La proposition de renvoi Berger est retirée. Nous votons maintenant sur la proposition de renvoi Büttiker.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Büttiker .... 4 Stimmen
Dagegen .... 31 Stimmen

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

*Schluss der Sitzung um 13.05 Uhr*
*La séance est levée à 13 h 05*

## Elfte Sitzung – Onzième séance

**Donnerstag, 4. Oktober 2001**
**Jeudi, 4 octobre 2001**

*08.00 h*

---

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)

---

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

*Detailberatung – Examen de détail*

**Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Ingress**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule, ch. I introduction, préambule**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 7a**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Information der Versicherten
*Abs. 1*
Die Versicherten haben jederzeit das Recht, beim Versicherer in die Liste der Leistungserbringer Einsicht zu nehmen oder über diese Auskünfte zu verlangen. Der Versicherer muss seine Versicherten zudem rechtzeitig und umfassend darüber informieren, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit ihm einen Vertrag über die Zulassung abgeschlossen haben, und sie über jede Änderung der Liste informieren.
*Abs. 2*
Diese Liste darf während eines Kalenderjahres nicht eingeschränkt werden. Die Bestimmungen über den Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 59) bleiben vorbehalten.

*Antrag Berger*
*Abs. 2*
Streichen

**Art. 7a**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Information des assurés
*Al. 1*
Les assurés ont en tout temps le droit de consulter auprès de l'assureur la liste des fournisseurs de prestations ou d'exiger des renseignements à son sujet. L'assureur doit en outre indiquer à temps et de manière complète à ses assurés les fournisseurs de prestations avec lesquels il a conclu un contrat d'admission pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les aviser de chaque changement intervenant dans la liste.
*Al. 2*
Aucun fournisseur de prestations ne peut être radié de la liste au cours de l'année civile. Sont réservées les dispositions relatives à l'exclusion de fournisseurs de prestations (art. 59).

*Proposition Berger*
*Al. 2*
Biffer

**Art. 35**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
....
b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Vertrag über die Zulassung mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern abgeschlossen haben.
*Abs. 1bis*
Die Leistungserbringer und Versicherer sind, ausser im Sonderfall, in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:
a. die medizinische Versorgung gewahrt ist;
b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);
c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden.
*Abs. 1ter*
Ein Sonderfall liegt vor, wenn eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufgrund ihrer Langjährigkeit sowie des Alters und des Leidens der versicherten Person aus therapeutischen Gründen aufrechterhalten werden muss.
*Abs. 1quater*
Die Kantone können regeln, wie viele Leistungserbringer die Versicherer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit in das Vertragsverhältnis mindestens aufzunehmen haben. Die Versorgungssicherheit beurteilen sie nach den demographischen Verhältnissen und der Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Das Angebot in den anderen Kantonen ist zu berücksichtigen.
*Abs. 2*
....
i. Aufheben
....

*Ordnungsantrag der Kommission*
*Abs. 1bis*
b. Aussetzung der Beratung

*Antrag Berger*
*Abs. 1*
....
b. Streichen
*Abs. 1bis, 1ter*
Streichen
*Abs. 1quater*
.... in das Vertragsverhältnis aufzunehmen haben. Die Versorgungssicherheit ....

*Antrag Forster*
*Abs. 1ter*
.... muss. Diese Voraussetzungen gelten in angemessener Weise auch für die Pflege.

**Art. 35**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
....
b. pour autant qu'ils soient actifs dans le secteur ambulatoire, ont conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs-maladie reconnus.

*Al. 1bis*
Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels, sauf cas particulier, à condition que:
a. la fourniture en soins médicaux soit garantie;
b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58);
c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées.
*Al. 1ter*
Est considérée comme cas particulier la relation entre un fournisseur de prestations et un assuré qui en raison de sa durée ainsi que de l'âge et de l'affection dont souffre ce dernier doit être poursuivie par nécessité thérapeutique.
*Al. 1quater*
Les cantons peuvent déterminer le nombre de fournisseurs de prestations que les assureurs doivent au moins admettre pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. Les cantons jugent de la garantie de la couverture en soins en fonction des conditions démographiques et de l'accessibilité aux autres fournisseurs de prestations. L'offre dans les cantons limitrophes doit être prise en considération.
*Al. 2*
....
i. Abroger
....

*Motion d'ordre de la commission*
*Al. 1bis*
Reporter les délibérations au sujet de la lettre b

*Proposition Berger*
*Al. 1*
....
b. Biffer
*Al. 1bis, 1ter*
Biffer
*Al. 1quater*
.... que les assureurs doivent admettre pour garantir ....

*Proposition Forster*
*Al. 1ter*
.... thérapeutique. Ces dispositions s'appliquent également aux soins, de manière appropriée.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Artikel 7a Absätze 1 und 2 hängt mit Artikel 35 Absatz 1 zusammen. Beide Artikel betreffen die Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Ich schlage Ihnen daher vor, dass wir die beiden Artikel gemeinsam behandeln bzw. dass ich zuerst zu Artikel 35 Absatz 1 Stellung beziehe.
Dieser Absatz beschlägt den Grundsatzentscheid betreffend die Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Alle übrigen Absätze von Artikel 35 sind davon abgeleitet, ebenso Artikel 7a. Ich schlage Ihnen vor, Artikel 7a in dieser Reihenfolge am Schluss zu behandeln. Bezüglich Artikel 35 schlage ich Ihnen zudem vor – wie schon gestern im Eintretensreferat angekündigt –, die Beratung von Absatz 1bis auszusetzen. Absatz 1bis Buchstabe b betrifft die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Qualitätskriterien bzw. -sicherung. Die Kommission ist noch an der Erarbeitung einer detaillierteren Regelung, auch gemeinsam mit den Leistungserbringern. Wir werden diesen Absatz 1bis in die Wintersession 2001 vorlegen und würden also nur die übrigen Absätze von Artikel 35 behandeln.
Als Erstes zu Artikel 35 Absatz 1: Hier wird die Aufhebung des Kontrahierungszwanges für die Krankenversicherer im ambulanten Bereich stipuliert. Im stationären Bereich – es scheint mir wichtig, dies auch festzuhalten – erfolgt keine Änderung.
Wieso die Kommission trotz angekündigter heftiger Proteste zum Schluss gekommen ist, den Schritt hin zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges zu wagen, habe ich Ihnen bereits im Eintretensreferat dargelegt. Der enge Zusammenhang zwischen dem Zuwachs frei praktizierender Ärzte und der Erhöhung der Gesundheitskosten ist augenfällig. Dazu kommt die Wahrscheinlichkeit von Praxiseröffnungen durch Ärztinnen und Ärzte aus dem EU-Raum, denen mit der Einführung einer ordnungspolitisch höchst problematischen Bedürfnisklausel auf die Länge nicht begegnet werden kann.
Es geht Ihrer Kommission – abgesehen von der Bekämpfung so genannter schwarzer Schafe – nicht darum, die Ärztedichte zu reduzieren, sondern es geht ihr vielmehr darum, das Wachstum zu begrenzen. Dynamisch gesehen besteht ein erhebliches Sparpotenzial, wenn nicht jedes Jahr beliebig viele neue Ärzte dazukommen. Auf ein paar Jahre hinaus gesehen können so mehrere hundert Millionen Franken gespart werden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird uns davor bewahren, in einigen Jahren weitaus drastischere und ordnungspolitisch bedenklichere Regulierungsmassnahmen einführen zu müssen.
Ich bitte Sie daher, mit Ihrer Kommission, dem Grundsatz zuzustimmen. Die Detailregelung der Rahmenbedingungen in Bezug auf Qualitätssicherung und Effizienz werden wir Ihnen, wie gesagt, in der Wintersession mit einem separaten Absatz 1bis unterbreiten.

**Pfisterer** Thomas (R, AG): Ich beantrage Ihnen, die Beratung des ganzen Artikels 35 auszusetzen. Wenn ich die Kommissionspräsidentin richtig verstanden habe, könnte ich ihren Ausführungen an sich zustimmen. Ich meine auch, der Kommission sei damit integrale Handlungsfreiheit gegeben.
Die Kommissionspräsidentin hat im Eintretensreferat vom ganzen Artikel 35 gesprochen. Eines der Ziele dieser zusätzlichen Regelung – wenn ich das richtig verstehe – ist erstens, die übermässige Macht der Krankenkassen zu vermeiden. Auch das hat das Eintretensreferat hervorgehoben. Zusätzlich geht es um das Recht der Patienten auf die möglichst freie Arztwahl. Zusätzlich geht es um den Schutz vor den «schwarzen Schafen». Wir haben es eben gehört, dahinter steht eine Reihe von schwierigen verfassungsrechtlichen Problemen.
Ich meine, zwischen den verschiedenen Absätzen bestehe ein Sachzusammenhang, auch wenn die Kommission gesamthaft auf dem richtigen Weg ist. Es geht aber darum, diese staatspolitische Dimension – Freiheit, Machtkontrolle, Leistung des Staates – insgesamt ausloten zu können. Die Sorge gehört aus meiner Sicht primär dem Recht der Patienten, den Arzt ihres Vertrauens zu wählen. Es geht nicht an, dass sie den Kassen ausgeliefert sind und diese bestimmen, welche Risiken vom wem zu behandeln sind. Es geht sicher auch um die Pflicht der Öffentlichkeit, ärztliche Leistungen sicherzustellen.
Die Rahmenbedingungen sind gesamthaft zu betrachten. Vor allem ist das Problem der «schwarzen Schafe» unter den Ärzten anzugehen, d. h. die Durchsetzung bestimmter Massnahmen gegenüber solchen, die nicht wirtschaftlich genug agieren. Das hängt u. a. mit der Mindestversorgungsklausel gemäss Absatz 1quater zusammen. Auch das, würde ich meinen, sei eigentlich gesamthaft zu betrachten.
Es geht nur darum, die gesamtheitliche Betrachtung zu ermöglichen. Ich wäre dankbar, wenn die Kommission dabei auch noch der verfassungsrechtlichen Problematik Rechnung tragen könnte, denn das muss ja bei uns der Gesetzgeber tun. Es geht nicht nur um den Arzt, sondern es geht vor allem um den Patienten und um die Leistungspflicht der Öffentlichkeit. Das sind Probleme, bei denen es – mindestens nach den mir vorliegenden Unterlagen – wünschenswerter wäre, sie noch vertieft zu behandeln.

**Bürgi** Hermann (V, TG): Im Anschluss an das, was Kollege Pfisterer Thomas gesagt hat, möchte ich der Kommission, die ja so oder so über diese Frage nachdenken muss, sei es nun im Sinne ihres Antrages oder im Sinne des Antrages Pfisterer Thomas, noch eine weitere Hausaufgabe mitgeben. Ich bin der Meinung, dass man die Frage der Einschränkung des Kontrahierungszwanges auch unter einem

spezifisch verfassungsrechtlichen Gesichtspunkt näher überprüfen muss.
Ich habe festgestellt, dass in der Botschaft zum Gesichtspunkt der Wirtschaftsfreiheit nichts ausgesagt wird. Natürlich können wir das in einem Bundesgesetz regeln. Wir unterliegen ja nicht der Verfassungsgerichtsbarkeit. Ich habe überhaupt nicht gesagt, die Wirtschaftsfreiheit sei verletzt. Ich habe nur gesagt, wenn man diese Frage prüfe, gehe es darum, auch noch zu schauen, ob die Regelung, die man ausarbeite, unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftsfreiheit zulässig sei.
Was meine ich damit ganz konkret? Zur Wirtschaftsfreiheit gehört die Gleichbehandlung der Gewerbegenossen. Das ist ein Aspekt der Wirtschaftsfreiheit. Im Sinne einer Anregung – nur im Sinne einer Anregung – wäre ich sehr dankbar, wenn man sich bei der Überarbeitung auch noch im Detail dazu äussern könnte, ob diese Gleichbehandlung gewährleistet ist, wenn irgendjemand – lassen wir jetzt noch offen, wer das sein könnte – das Recht hat zu sagen: Mit dem schliesse ich einen Vertrag, aber mit diesem nicht. Da könnten sich unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftsfreiheit so, wie sie in Artikel 94 der Bundesverfassung statuiert ist, Probleme ergeben. Wir sollten diese Frage prophylaktisch überprüfen und hierüber auch Aufschluss erteilen.

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Je vous rappelle que la motion d'ordre déposée par M. Pfisterer Thomas vise à reporter les délibérations sur les articles 7a et 35.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Ich möchte Sie bitten, die Anträge zurückzuweisen. Wir haben uns in der Kommission sehr eindringlich mit diesen Fragen auseinander gesetzt. Wir haben bewusst entschieden, dass wir die Kostendämpfungsmassnahmen hier und heute einführen wollen. Wenn wir diesen Teil hier jetzt herausbrechen, befürchte ich, dass wir letztendlich wieder dort sind, wo wir eigentlich nicht hinwollen, und dass Kostendämpfungsmassnahmen dann letztlich nicht eingeführt werden. Ich habe das schon beim Eintreten gesagt: Es ist wichtig, dass wir hier jetzt beschliessen und die Kriterien – wie das Frau Berger und auch Herr Pfisterer wollen – dann in einem zweiten Umgang beschliessen. Die Gesamtabstimmungen können wir später durchführen.
Ich bitte Sie eindringlich, diesen Anträgen nicht zuzustimmen.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich könnte mich durchaus damit einverstanden erklären, alle übrigen Absätze von Artikel 35 in der Wintersession zu behandeln, ausser Absatz 1. Denn es ist wichtig, dass Sie einen Grundsatzentscheid fällen. Wir haben gestern davon gesprochen, dass wir ein Paket vor uns haben, und haben dessen Inhalt gestern in extenso dargelegt. Es besteht aus drei verschiedenen Teilpaketen. Wir müssen jetzt nicht den Entscheid über einen Pfeiler offen lassen, sondern Sie müssen uns – d. h. der Kommission – doch klar ein Zeichen geben, ob Sie den Kontrahierungszwang aufheben möchten.
Die Ausgestaltung werden wir Ihnen, wie gesagt, in der Wintersession vorlegen. Wenn Sie die Ausgestaltung allenfalls nicht gut finden, werden Sie noch einmal darauf zurückkommen und den Pfeiler Kontrahierungszwang herausstreichen können, falls Sie allenfalls nicht befriedigt sein sollten. Aber jetzt müssten wir doch einen Entscheid dazu haben, damit wir das ganze Paket beieinander behalten. Damit wir das haben, müssen wir über Artikel 35 Absatz 1 beschliessen. Die übrigen Absätze – Absatz 1ter und Absatz 1quater – können wir zurückstellen, die können wir Ihnen dann im Gesamtpaket im Winter unterbreiten. Wenn wir über Artikel 35 Absatz 1 beschliessen, können wir auch über Artikel 7a zu Beginn des Gesetzes beschliessen, der ein allgemeiner Artikel ist, den ich Ihnen dann noch ganz kurz darstellen werde. Dann hätten wir eine konsistente Beschlussfassung und könnten Ihnen die Ausgestaltung in der Wintersession zur Diskussion stellen.
Wir würden dann in der Zwischenzeit auch die Frage der Verfassungsmässigkeit noch prüfen, wie sie von Herrn Pfisterer und Herrn Bürgi angesprochen worden ist. Wir nehmen das sehr gerne entgegen, wobei ich persönlich auf den ersten Blick nicht glaube, dass wir auf ein Problem zumarschieren, aber wir werden es ganz sicher noch überprüfen.

**Berger** Michèle (R, NE): Je suis surprise aujourd'hui. Je comprends tout à fait la proposition Pfisterer Thomas, soutenue par M. Bürgi. Hier, c'était parce que justement je voyais qu'il y avait des tas de problèmes à l'article 35 que je souhaitais renvoyer le projet à la commission, et personne n'a soutenu ma proposition. Aujourd'hui, on demande de suspendre la discussion sur l'article 35, ce qui veut dire qu'on renvoie le tout à la commission.
Je soutiens la proposition Pfisterer Thomas. Je trouve dommage qu'on ne puisse pas en discuter en commission, parce que cet article soulève des tas de questions. J'ai dit hier que si je proposais le renvoi de cet objet à la commission, c'est parce que des tas de questions étaient encore en suspens, auxquelles on devrait répondre, et des questions juridiques. On ne peut pas l'accepter comme ça. Ce n'est pas possible! Je comprends donc la proposition faite aujourd'hui, mais je regrette qu'on n'ait pas accepté ma proposition de renvoi à la commission hier.

**Pfisterer** Thomas (R, AG): Ich habe mich überhaupt nicht zu Artikel 7a geäussert. Mit der Lösung, die die Kommissionspräsidentin zu Artikel 35 vorschlägt, wonach man die Absätze 1bis und folgende jetzt aussetzt, kann ich leben. Wenn sich aufgrund dieser Debatte – vor allem aus der verfassungsrechtlichen Problematik – zeigen sollte, dass eine Änderung in Absatz 1 vorzunehmen wäre, kann man das immer noch tun. Das Prinzip ist für mich durchaus diskutabel.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Ich habe natürlich befürchtet, dass wir jetzt beginnen, Dinge aus der Vorlage herauszubrechen. Ich möchte einfach sagen, dass wir hier einen gefährlichen Weg gehen. In Artikel 35 Absatz 1bis Buchstabe a geht es darum, ob die medizinische Versorgung gewahrt ist, und in Buchstabe c wird der Bezug zum Kartellgesetz hergestellt. Ob wir das jetzt oder im Dezember beschliessen, ist an und für sich nicht so wichtig.
Aber jetzt wollen Sie auch noch die Absätze 1ter und 1quater zurückstellen. Es ist ja von der Kommission beantragt, dass wir eine Härtefall- bzw. eine Sonderfallregelung treffen. Es ist in der jetzigen Kommunikation auch wichtig, dass diese Absichten klar zum Ausdruck gebracht werden. Wenn wir in dieser Frage wieder eine Unsicherheit in den Raum stellen, dann ist das für die Vorlage kein guter Weg.
In Absatz 1quater geht es um die ganze Frage der Versorgungssicherheit. Gegenwärtig finden Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Kantonen betreffend die Umsetzung der Spitalfinanzierung statt. Es ist natürlich auch für die Kantone wichtig, dass der Ständerat sich zu den Fragen der Versorgungssicherheit und der Aufgabe der Kantone auf diesem Gebiet äussert. Ich muss Ihnen sagen, es macht keinen Sinn, Absatz 1quater zurückzustellen. Sie müssten das, wenn schon, auf Absatz 1bis beschränken, wobei Sie dann materiell nichts anderes machen, als was die Kommission schon gemacht hat. Sonst wird man dann die Verhandlungen mit den Kantonen verschieben müssen, und dann haben wir keine Antwort auf diese ganzen Finanzierungsfragen.
Deshalb möchte ich bitten, am Antrag der Kommission festzuhalten und allenfalls nur die Beratung von Absatz 1bis zurückzustellen.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich möchte mich Herrn Kollege Brändli anschliessen. Insbesondere wenn Sie auch Absatz 1quater hinausschieben, nehmen Sie entscheidend Einfluss auf die Ausgestaltung. Absatz 1quater sichert schlussendlich die weitgehend freie Arztwahl. Darum geht

es. Wenn Sie es lediglich bei Artikel 35 Absatz 1 belassen, dann ist hier ein Verzicht auf den Kontrahierungszwang bereits vollumfänglich konstituiert. Damit begeben wir uns auf einen sehr gefährlichen Weg.
Ich möchte Sie bitten, hier tatsächlich bei den Anträgen der vorberatenden Kommission zu bleiben, damit wir in der Folge nicht quasi ein «Jekami» betreiben und man nicht überall noch etwas herausnehmen kann.

**Berger** Michèle (R, NE): Moi, je demande de renvoyer à la commission tout l'article 35 et tous les articles qui en dépendent. J'aimerais juste poser une question à Mme Dreifuss, conseillère fédérale, concernant l'article 35 alinéa 1er lettre b qui est la disposition fondamentale touchant la suppression de l'obligation de contracter. J'aimerais savoir si les fournisseurs de soins peuvent conclure un contrat collectif, par exemple comme ils l'ont fait jusqu'à maintenant avec Santésuisse ou s'il faut conclure un contrat individuel avec chaque caisse-maladie. Est-ce que de fait, à partir de cette nouvelle loi, si on a un contrat collectif on a une entente cartellaire? Est-ce qu'on a une entente tarifaire avec un groupe d'assureurs-maladie, alors que c'est ce qu'on ne veut pas dans la loi?
Je vous donne un exemple: on a 25 000 médecins en Suisse, on a 120 assureurs-maladie, ce qui ferait plus de 3,5 millions de contrats individuels uniquement avec les médecins. A côté de cela, vous avez les pharmaciens, les physiothérapeutes et les chiropraticiens. Multipliez ça par le nombre de contrats individuels: quel rallye va suivre le pauvre assuré? J'aimerais qu'on me le dise.
Il y a tellement de contradictions: il y a la contradiction entre les lettres a et b de l'alinéa 1bis de l'article 35. Selon la lettre a, si la fourniture en soins médicaux n'est pas remplie, il y a obligation de contracter. Avec la lettre b, si le caractère économique et la garantie de la qualité de prestations ne sont pas assurés, il y a interdiction de contracter. Avec la lettre a, il y a obligation, avec la lettre b, il y a interdiction. Et si les deux cas se présentent en même temps? Est-ce la lettre a qui sera prioritaire ou sera-ce la lettre b? Si c'est la lettre a, est-ce que les cantons seront accusés de non-assistance à personne en danger parce que la couverture de soins ne sera pas réalisée? Pour moi, c'est trop compliqué, c'est inapplicable dans la pratique.
Je vous demande de reporter les délibérations sur l'entier de l'article 35 et les articles qui en découlent.

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Nous sommes un peu en ce moment comme dans un débat de commission, j'en suis navrée.
Madame Beerli, tâchez d'éclaircir la situation. Après, je résumerai les propositions présentées.
En effet, je vous rappelle que nous sommes dans le cadre d'une motion d'ordre et qu'il s'agit de se prononcer en fait, si l'on reporte les délibérations sur tout l'article 35 et sur l'article 7a, sur une partie de l'article 35 ou sur l'article 35 alinéa 1bis seulement.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: An sich ist es recht einfach. Die Kommission hat Ihnen beantragt, heute auf die Beratung von Artikel 35 Absatz 1bis zu verzichten. Ich möchte Sie bitten, dem Antrag Ihrer Kommission zu folgen.
In Absatz 1bis werden die Qualitätssicherungskriterien und die Wirtschaftlichkeitskriterien angesprochen. Wir haben Ihnen dargelegt, dass wir hier noch nicht so weit sind, Ihnen konsistente Vorschläge unterbreiten zu können, dass wir immer noch in Diskussion mit Leistungserbringern sind mit dem Ziel, Ihnen in der Wintersession Vorschläge unterbreiten zu können.
In Absatz 1 wird der Grundsatz behandelt. Ich bitte Sie, diesen Grundsatzentscheid zu fällen, damit wir das Paket beieinander halten können, wie wir das gestern in der Eintretensdebatte lange diskutiert haben. In den Absätzen 1ter und 1quater, zu denen ich anschliessend, wenn ich Gelegenheit habe, gerne noch Stellung nehme, werden Rahmenbedingungen behandelt, die die Kompetenz der Kantone umschreiben und die an sich klar und eindeutig sind. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Herr Pfisterer oder Herr Bürgi irgendetwas gegen diese Absätze einzuwenden haben. Diese Absätze sind wirklich von Bedeutung und müssen so oder so im Gesetz verankert werden – unabhängig davon, dass wir die Prüfungen, die die beiden Herren anbegehrt haben, noch vornehmen und Ihnen die Resultate in der Wintersession vorlegen.
Frau Berger hat in ihrem Votum zu Absatz 1bis gesprochen. Dazu brauchen wir in der Tat nicht zu sprechen, weil wir Ihnen von Anbeginn an gesagt haben, dass wir Absatz 1bis heute nicht behandeln und Ihnen dazu erst für die Wintersession Vorschläge unterbreiten möchten.
Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommission zu folgen, die Beratung von Absatz 1bis auszusetzen und die übrigen Artikel und Absätze zu beraten.

**Berger** Michèle (R, NE): La présidente de la commission n'a pas entendu ce que j'ai dit au sujet de l'article 35 alinéa 1er. J'ai parlé en tout premier de l'article 35 alinéa 1er dans lequel, à la lettre b, il y a des problèmes que je souhaite voir mis au clair. Je ne peux pas accepter cet article ainsi. J'ai fait ce matin une proposition de renvoi de tout l'article 35.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: C'est un débat de procédure sur la motion d'ordre qu'il faut trancher. Il s'agit de savoir si nous entrons maintenant dans cette discussion ou non. Je ne pourrai donc pas répondre à ce stade aux questions que pose Mme Berger. Je le ferai volontiers dans la mesure où je peux y répondre si vous entrez en matière.
Je vous l'ai expliqué très brièvement hier – et je ne voudrais pas m'appesantir sur ce thème. Je crois pouvoir dire, au nom du Conseil fédéral, que nous sommes très sensibles à l'idée de créer, par cette réforme, un paquet de mesures qui ont à la fois un effet sur les coûts et sur la transparence du système ainsi que sur le poids des primes; et cette idée de trouver un équilibre entre les différents projets de réforme me paraît très importante et politiquement très juste aussi. Par contre, je ne vous cacherai pas les doutes que le Conseil fédéral a exprimés dans son message en ce qui concerne une suppression de l'obligation de contracter et la voie contractuelle qui en découle. Dans ce sens-là, Mme Beerli et M. Brändli ont tout à fait raison, les articles qui atténuent la rigueur du choix contractuel devraient dans ce cas être traités en même temps si on décidait d'aborder l'article 85 alinéa 1er. Mais les doutes du Conseil fédéral n'ont pas été dissipés par le travail en commission.

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Je vous invite à passer au vote sur la motion d'ordre. Nous opposerons dans un premier temps la proposition Berger, qui prévoit de reporter les délibérations sur tout l'article 35 ainsi que l'article 7a, à la proposition Pfisterer Thomas, qui prévoit de reporter les délibérations sur l'article 35 alinéas 1bis, 1ter et 1quater. Le résultat du vote sera opposé à la proposition de la commission/Brändli, qui propose de ne reporter les délibérations que sur l'article 35 alinéa 1bis.

*Abstimmung – Vote*

*Eventuell – A titre préliminaire*
Für den Ordnungsantrag Pfisterer Thomas .... 17 Stimmen
Für den Ordnungsantrag Berger .... 7 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*
Für den Ordnungsantrag
der Kommission/Brändli .... 32 Stimmen
Für den Ordnungsantrag Pfisterer Thomas .... 3 Stimmen

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Les délibérations sur l'article 35 alinéa 1bis sont donc reportées.

*Art. 35 Abs. 1 – Art. 35 al. 1*

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich schlage Ihnen vor, dass wir bei Artikel 35 die Absätze, die zu behandeln wir beschlossen haben, auch gleich noch bereinigen, bevor wir zu Artikel 7a gehen.
Zu Artikel 35 Absatz 1 muss ich, glaube ich, nicht noch viele Worte verlieren, Sie haben mit der Ablehnung der Ordnungsanträge Pfisterer Thomas und Berger praktisch schon darüber abgestimmt. Dort ist das Prinzip verankert, ob wir den Kontrahierungszwang aufheben wollen oder nicht – das ist in Artikel 35 Absatz 1 Litera b behandelt.
Ich möchte Sie bitten, Absatz 1, nach all den gemachten Ausführungen, zuzustimmen.

**Berger** Michèle (R, NE): Je souhaite en préambule poser une question à Mme Dreifuss, conseillère fédérale, à propos de l'article 35 concernant l'admission des fournisseurs de prestations: pourquoi les médecins-dentistes ne figurent-ils pas dans cette liste?
J'en viens à l'article 35. Si l'objectif est d'éliminer les moutons noirs et d'augmenter les qualités, l'entier de l'article 35 est parfaitement inutile. Selon l'article 58 LAMal, la recherche de qualité se fait paritairement, c'est-à-dire avec les associations professionnelles de fournisseurs de soins, les assureurs-maladie et le Conseil fédéral. S'il faut augmenter ces critères, il faut simplement modifier cet article. Quant à l'exclusion d'un fournisseur de soins d'une convention tarifaire, elle est déjà possible aujourd'hui, selon l'article 59 de la LAMal.
Dans un arrêt tout récent puisqu'il date du 9 juillet 2001, le Tribunal fédéral des assurances vient de confirmer que, lorsqu'une ou plusieurs caisses-maladie estiment, sur la base de leurs propres chiffres, qu'un médecin est dispendieux, elles peuvent s'adresser au tribunal arbitral cantonal concerné pour le faire condamner et leur restituer les honoraires perçus en trop, en se fondant sur l'article 56 LAMal qui traite du caractère économique des prestations de soins. En outre, si les faits sont graves, le fournisseur de prestations peut aussi être exclu de toute prise en charge de ses honoraires au sens de l'article 59 LAMal. C'est dire que les assureurs-maladie disposent déjà des moyens nécessaires pour combattre les abus. Les dispositions actuelles de la LAMal les obligent à faire reconnaître le caractère dispendieux des prestations de soins par un tribunal qui vérifiera leurs chiffres. Mais les articles 56 et 59 LAMal permettent surtout aux fournisseurs de prestations de démontrer, cas échéant, que les chiffres allégués par les assureurs-maladie, qui les déclarent supérieurs à la moyenne de la spécialité, s'expliquent par l'âge élevé de leurs patients, par les pathologies traitées comme des maladies chroniques ou par certains traitements onéreux comme les trithérapies, par exemple. Les abus sont ainsi sanctionnés sans arbitraire.
A mon avis, le chemin parcouru pour arriver à la procédure d'exclusion démontre qu'il faut la simplifier. Donc, il faut simplifier cet article, mais ne pas inventer de nouveaux articles contradictoires et inapplicables dans la pratique.
Je m'explique. Concernant l'article 35 alinéa 1er lettre b, pourra-t-on continuer à conclure un contrat général, comme précédemment avec Santésuisse, par exemple? Ou faudra-t-il conclure un contrat individuel avec chaque assureur-maladie? En cas de contrat général, est-ce une entente cartellaire? Y aura-t-il une entente au niveau des tarifs, individuellement ou avec un groupe de caisses-maladie? La question ne va pas être réglée avec la lettre b.
En pratique, cela donne 25 000 médecins qui traitent avec 120 caisses-maladie. Faites le calcul, cela donne, comme je l'ai dit tout à l'heure, plus de 3,5 millions de contrats individuels. A cela, vous ajoutez les pharmaciens, les laboratoires, les chiropraticiens, les physiothérapeutes. Je vous laisse le soin de calculer les coûts administratifs d'une telle décision et le véritable rallye pour l'assuré.
Comment comprendre l'antagonisme entre les lettres a et b de l'article 35 alinéa 1bis? A la lettre a, si la fourniture des soins médicaux n'est pas garanie, il y a bien obligation de contracter. A la lettre b, si le caractère économique et la garantie de la qualité ne sont pas assurés, il y a interdiction de contracter. Si les deux sont pris ensemble, ils sont contraires aux objectifs qui veulent que ces prestations répondent aux exigences. Les fournisseurs de prestations ne seront donc pas admis, il n'y a aucune garantie qu'ils le soient. Que fait-on dans le cas où la fourniture de soins n'est pas garantie et que le fournisseur de soins ne répond pas aux critères économiques et de qualité? Dans ce cas, lequel des critères prédomine, a ou b?
La lettre c n'indique en tout cas pas d'entente entre les fournisseurs de soins et les assureurs-maladie. Le contrat se négocie de personne à personne. Elle est donc contraire à la lettre b de l'alinéa 1er. Je rappelle que la LAMal est sociale, elle est une lex specialis qui prime sur la loi sur les cartels.

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Madame Berger, je vous suggère de donner la parole à Mme Dreifuss, conseillère fédérale, parce que la question a été tranchée avec la motion d'ordre. Je comprends bien que, pour vous, l'article 35 alinéa 1bis a un rapport avec l'article 35, c'est pour cela que je vous ai donné la parole. Cependant, si nous continuons dans cette voie, je ne vois pas comment nous arriverons à mener à bien nos travaux durant cette matinée.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: D'abord une réponse claire à la question soulevée par Mme Berger en ce qui concerne le sort des dentistes: les dentistes sont des médecins. L'interprétation que l'on doit donner de l'article 35 alinéa 1er, c'est que lorsque les dentistes pratiquent à la charge de l'assurance-maladie, ils sont considérés comme fournisseurs de soins. Il n'y a donc pas besoin de les ajouter à la liste des fournisseurs de prestations. Moi-même, je signe je ne sais plus combien de centaines – parfois j'ai l'impression que c'est un peu beaucoup! – de diplômes des professions médicales reconnues; je signe exactement de la même façon les diplômes des médecins-dentistes et ceux des médecins «tout court», si vous me permettez l'expression. Donc il ne faut pas mentionner les médecins-dentistes à l'article 35.
Le problème que vous avez soulevé est lié à l'article 31, c'est-à-dire à une restriction des soins dentaires remboursés par l'assurance-maladie. Il est clair que lorsque l'on dit que «l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires: a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de mastication, ou b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles», cette liste est exclusive et elle doit être définie. Il faut chaque fois savoir si c'est pour les prestations mentionnées aux lettres a, b ou c que le médecin-dentiste est appelé à intervenir. Vous m'avez tout à l'heure posé des questions de prescription par des dentistes, par exemple d'antibiotiques en cas d'abcès. Alors la question se pose: est-ce que finalement la prescription de cet antibiotique est nécessaire pour une des trois raisons – a, b ou c – qui sont énumérées ici, ou pour une autre raison? Excusez-moi, je vois que je m'allonge sur le sujet, mais c'est uniquement pour rappeler le caractère extrêmement sensible de la question du remboursement des soins dentaires. Sur le plan politique, je lui attribue une grande responsabilité dans l'échec des projets des années soixante et quatre-vingt relatifs à la réforme du système des assurances sociales où on a plus parlé de brosses à dents que de justice sociale. Donc, nous avons là un point extrêmement sensible. C'est la raison pour laquelle, dans cette révision, on a été extrêmement restrictif en matière de soins dentaires.
La question, en cas de problème dentaire, est de savoir si la prestation correspond aux lettres a, b ou c? Alors, il faut poser la question d'abord à l'assurance-maladie, et s'il y a un doute, je pense que la Commission fédérale des prestations doit traiter ce genre de questions: cette prestation-là correspond-elle à une prestation obligatoire de l'assurance de base?

Mentionner expressément les médecins-dentistes ne change rien à l'affaire, ils sont déjà inclus à l'article 35 sous le vocable de «médecins». J'espère que ma réponse est absolument claire dans ce domaine, et définitive. Cela ajouterait plutôt de la confusion d'ajouter cette précision à l'article 35 et ne réglerait strictement rien par rapport à la fourniture de prestations par les dentistes qui est reconnue dans le cadre de l'assurance de base.
Permettez-moi d'ajouter que l'exclusion quasi totale des soins dentaires est un des grands pans de la fourniture de soins que la LAMal ne prend pas en compte, alors que dans beaucoup de systèmes de santé et d'assurances sociales des pays qui nous entourent, ces soins sont inclus. Quand on parle d'un catalogue des prestations qui serait excédentaire en Suisse, j'aimerais rappeler que nous avons, soit par la loi – c'est le dentiste –, soit par la difficulté de mettre en place l'ordonnance – c'est le cas des psychothérapies –, des pans entiers de la fourniture de soins qui sont quasiment exclus du domaine de l'assurance-maladie sociale, alors que dans la plupart des pays européens, ils sont inclus. La fourniture de ces prestations est comprise dans les 40 milliards de francs que représentent les coûts de la santé en Suisse, et pas dans les 14 ou 15 milliards de francs pris en charge par l'assurance de base.
En ce qui concerne les questions que vous avez posées, j'aimerais bien que Mme Beerli, présidente de la commission, écoute les réponses qu'il m'appartient quand même de tenter de donner, pour pouvoir les corriger, les compléter, les commenter.
Les contrats en question doivent-ils être conclus individuellement entre une caisse-maladie et un fournisseur de prestations ou peuvent-ils l'être collectivement? Le contrat purement individuel est possible. Je crois qu'il est même, dans l'esprit des caisses-maladie, l'instrument qui devrait leur permettre de sélectionner les médecins. J'ajouterai que, en ce qui me concerne, si ce système devait se mettre en place, j'espère qu'il y aura beaucoup de groupes de médecins, de HMO, etc., qui entreront en relation avec une caisse-maladie sous la forme d'un contrat collectif. Donc, du côté des médecins, je pense que la logique du système est plutôt qu'ils contractent avec des caisses-maladie, individuellement ou dans le cadre de groupes thérapeutiques. Cela ne peut pas être l'association des médecins d'un canton, ce ne serait pas dans la logique du système. Cela poserait d'ailleurs des problèmes, parce que cette dernière est une association, dont la qualité de membre s'acquiert, j'imagine, par le versement d'une très modeste cotisation ou peut-être n'est-elle pas très modeste, je ne le sais pas, mais il y aurait là en tout cas une contradiction de devoir être membre d'une association pour conclure des contrats, sans que les non-membres bénéficient de droits correspondants. Je verrais là un certain nombre de problèmes sous l'angle du droit cartellaire.
Votre question était plutôt de savoir quels seraient les partenaires du côté des caisses-maladie. Je dois dire que tout est ouvert, avec cet article 35. Si les caisses-maladie d'un canton, par exemple, s'entendaient toutes pour exclure, dans un contrat collectif, les mêmes médecins, nous serions dans une situation où un certain nombre de médecins n'auraient plus la possibilité de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie sociale sur le territoire de ce canton. Je crois que ce n'est pas l'intention des caisses-maladie. Celles-ci nous disent: «La liberté du choix du médecin est garantie parce qu'il suffit de changer de caisse-maladie.» L'article 7a précise que les caisses-maladie doivent informer leurs assurés sur les fournisseurs de prestations admis à pratiquer pour leur compte. C'est la logique de cette proposition.
Je dirai que le texte de loi que nous avons sous les yeux ne tranche pas la question que vous avez posée. On pourrait aussi imaginer que l'ensemble des caisses-maladie passe des contrats avec les mêmes médecins, soit parce qu'elles le font ensemble – mais c'est contraire à leur intention qui est de faire jouer la concurrence –, soit parce que, par hasard, les différents contrats individuels touchent les mêmes médecins. Si c'est un médecin dont les contraventions à la loi sont très graves, c'est-à-dire s'il s'agit non seulement d'un mouton noir mais d'un mouton noirissime, cela ne pose pas de grand problème. Mais s'il s'agit de quelqu'un qui est choisi négativement et qui est donc exclu de la pratique à la charge de l'assurance-maladie sociale, cela pose problème. Pour les autres, la seule garantie que nous avons, si je ne me trompe pas, Madame Beerli, c'est que le canton pourrait dire: «En excluant cette personne de la pratique à la charge de l'assurance-maladie sociale, vous n'atteignez pas le niveau d'offre médicale dont nous avons besoin.»

**Berger** Michèle (R, NE): D'après la réponse que vient de donner Mme la conseillère fédérale, cet article est absolument en contradiction avec la lettre c de l'article 35 alinéa 1bis.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Nur einige Bemerkungen, ich möchte zwei Dinge vorweg sagen: Man darf zum Ersten in den Artikel 35 nicht hineininterpretieren, was auch noch in Artikel 59 geregelt ist. Der Ausschluss der so genannten schwarzen Schafe ist also in Artikel 59 zu regeln. Das ist, glaube ich, klar.
Zum Zweiten müssen wir aufpassen, dass wir in Artikel 35 Absatz 1 wirklich den Grundsatzentscheid treffen und nicht allzu sehr schon das diskutieren, was im Prinzip in Absatz 1bis enthalten ist. Das haben wir zurückgestellt, weil wir Ihnen detailliertere Vorschläge unterbreiten möchten. Klar ist – um vielleicht doch ganz kurz eine Antwort auf das zu geben, was Frau Berger vorgebracht hat, ohne ins Detail zu gehen –, dass im Prinzip alles möglich ist. Wir möchten wirklich eine Vielzahl von Möglichkeiten geben, die die Konkurrenz fördern. Es kann sein, dass ein einzelner Leistungserbringer – wir dürfen nicht immer nur von den Ärzten sprechen, es sind generell die Leistungserbringer – mit einer einzelnen Kasse einen Vertrag abschliesst.
Es kann aber auch Folgendes vermehrt eintreten: Ich habe gestern von einer kreativen Unruhe gesprochen; wir haben diesbezüglich gesehen, dass sich schon Gruppierungen von Ärzten zu bilden beginnen, es gibt all die alternativen Versicherungsmodelle, von denen Frau Bundesrätin Dreifuss gesprochen hat, es gibt aber auch z. B. regionale Verbindungen von Ärzten, die dann gemeinsam mit Kassen oder mit Gruppen von Kassen Verträge abschliessen können. Das sind alles Dinge, die wir ermöglichen wollen und die, wie wir glauben, zu Wettbewerb und damit zu mehr Wirtschaftlichkeit und schliesslich auch zu geringeren Kosten im Gesundheitswesen beitragen.
Wir möchten nicht überregulieren, sondern wir möchten im Prinzip auch der Kreativität der Leistungserbringer und der Kassen die Möglichkeit geben, sich zu entfalten, und ich muss Ihnen sagen, dass ich an sich ziemlich erfreut über das bin, was in Gang kommt. Es ist auch typisch, dass sich sehr viele junge, dynamische Leistungserbringer vor dieser Aufhebung des Kontrahierungszwanges nicht fürchten, sondern finden, das gebe ihnen neue Möglichkeiten, sich qualitativ gut zu positionieren; sie vertreten auch die Meinung, dass sie bei den Kassen begehrt sind, wenn sie entsprechende Leistungen und einen entsprechenden Service anbieten. Die Kassen müssen schliesslich ihren Versicherten auch ein entsprechendes Angebot bieten. Die Kassen müssen die qualitativ guten Leistungserbringer im Prinzip im Angebot haben, wenn sie ihre Versicherungen an die Versicherten «verkaufen» wollen. Wir glauben einerseits, dass sich da doch die Konkurrenz einspielen wird und dass wir da einen gewissen Markt bekommen.
Andererseits – hier kommt dann der Absatz 1bis zum Zuge, den wir Ihnen jetzt noch nicht unterbreitet haben – sehen wir durchaus auch die Gefahren. Wir sehen namentlich auch die Gefahr einer Nachfragemacht vonseiten der Kassen. Konkret befürchten wir schon, dass sich die Kassen zusammenschliessen könnten, und zwar in einer Art und Weise, die dann die Leistungserbringer unter Druck setzt. Deshalb, Frau Berger, haben wir in Absatz 1bis – das werden wir dann noch ausführen – das Kartellgesetz noch einmal ganz aus-

drücklich erwähnt; dies, obschon es sich an sich von selbst versteht, dass dieses Gesetz überall in der Schweiz zur Anwendung gelangt. Man soll sich bewusst werden, dass auch bei den Krankenkassen die Gefahr besteht, ein Kartell zu werden, und dass wir das eben nicht wollen, dass wir hier dann aufmerksam sein wollen und es ist so, dass wir auch von den Kartellbehörden erwarten, dass sie gegenüber einer solchen Machtzusammenballung aufmerksam sind. Wir werden das noch vertiefter ausführen, und wir werden auch noch Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssicherungskriterien vertieft auflisten, damit doch die Leistungserbringer auf eine gewisse Weise beruhigt werden können, damit sie nicht das Gefühl haben müssen, sie seien der «Willkür» der Krankenkassen ausgesetzt.
Dazu erhalten Sie, wie gesagt, vertieftere Ausführungen in der Wintersession und auch Bestimmungen, die das noch detaillierter regeln. Im Moment haben Sie einzig zu Artikel 35 Absatz 1 zu beschliessen.

**Studer** Jean (S, NE): En complément à ce que vient de nous dire Mme Beerli, présidente de la commission, j'attire aussi votre attention sur l'article 45 alinéa 4 proposé par la commission, disposition qui garantit ou à l'assureur-maladie, ou au fournisseur de prestations le droit d'exiger son admission si la liberté de choix de l'assureur n'est pas garantie.
Si on met cette disposition de l'article 45 alinéa 4 en corrélation avec le rappel de la législation sur les cartels, on constate que la commission a été attentive à éviter la constitution de monopoles dans n'importe quel sens, et à éviter en particulier qu'un assureur-maladie puisse passer un contrat avec un fournisseur de prestations en lui imposant de ne pas recevoir des patients qui seraient assurés ailleurs. De cette manière-là, les autres assureurs-maladie auraient la possibilité de demander leur admission, et il en serait de même, inversement, pour les fournisseurs de prestations qui seraient exclus du contrat qu'un groupe d'assureurs-maladie aurait passé avec d'autres fournisseurs de prestations.
Je l'ai dit lors du débat d'entrée en matière: je pense qu'il y a encore des réflexions à mener sur la question de la liberté de contracter, mais je voudrais bien qu'on soit conscient que la commission a été attentive aux objections qui sont soulevées.
Permettez-moi une toute petite pointe d'humour, Madame la Présidente, s'agissant de la liste des prestations qui, dans notre pays, se singularise par l'exclusion des frais dentaires. J'ai appris récemment que notre pays se singularisait aussi par la prise en charge, unique en Europe, d'une prestation médicale qui est la psychothérapie de groupe. J'ai le sentiment que, vu les heures que nous sommes en train de vivre dans ce pays, c'est une bonne chose!

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 33 Stimmen
Für den Antrag Berger .... 3 Stimmen

*Art. 35 Abs. 1bis – Art. 35 al. 1bis*

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Les délibérations sur l'alinéa 1bis sont reportées.

*Art. 35 Abs. 1ter – Art. 35 al. 1ter*

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Hier sind wir im Bereich des Sonderfalls, der vorliegt, wenn eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufrechterhalten werden muss. Ich möchte mich bei der Kommissionspräsidentin und bei der Kommission entschuldigen. Ich bin selber zwar Kommissionsmitglied, habe das Thema dort aber noch nicht eingebracht, weil ich erst im Nachhinein von verschiedenen Organisationen auf ein mögliches Problem angesprochen worden bin.
Die Organisationen haben mich auf die Frage angesprochen, ob in der Kategorie der Leistungserbringer auch nichtärztliche zu subsumieren sind. Ich möchte Ihnen das an einem Beispiel erklären. Die Spitexorganisationen sind Leistungserbringer im Sinne von Artikel 35 Absatz 2 Litera e KVG. In Artikel 35 Absatz 1, der in der Fassung der Kommission den Grundsatz zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges festhält, geht man von den Leistungserbringern aus, ebenfalls in allen mit der Aufhebung des Vertragszwanges geänderten Artikeln. Es ist somit klar, dass ein Patient – so meinen die Organisationen – nur dann Anspruch darauf hat, dass seine Versicherung die Leistung seiner Spitexorganisation bezahlt, wenn zwischen seiner Versicherung und seiner Spitexorganisation ein Vertrag besteht. Somit muss ein Patient – oder eine Patientin –, der auf die Spitexpflege angewiesen ist, darauf bedacht sein, dass sowohl sein Arzt wie auch seine Spitexorganisation mit seiner Versicherung einen Vertrag abgeschlossen haben, damit er die Grundleistung, die ihm vom KVG zugesichert ist, auch erhält.
Bezüglich Sonderfall sind – so meine ich – deshalb in Bezug auf nichtärztliche Leistungserbringer vertiefte Überlegungen nötig. Die kumulative Forderung der drei Kriterien erscheint für die Pflege nicht ganz sachgerecht.
Ich möchte Frau Bundesrätin Dreifuss bitten, hierzu Stellung zu nehmen. Wenn Sie meinem Antrag nicht zustimmen bzw. der Meinung sind, dass man diese Frage im Nationalrat noch einmal vertieft überprüfen soll, könnte ich meinen Antrag zurückziehen. Ich möchte aber hören, was Frau Bundesrätin Dreifuss zu meinem Antrag zu sagen hat.

**Berger** Michèle (R, NE): Il est clair que je retire ma proposition de biffer l'article 35 alinéa 1ter puisqu'il était lié aux alinéas 1er et 1bis. Je demandais la suppression de l'obligation de contracter, donc il était bien clair qu'il fallait biffer aussi l'alinéa 1ter. Puisque le Conseil des Etats décide de garder l'alinéa 1er, il faut que je laisse la possibilité des cas particuliers.
Je retire donc ma proposition à l'alinéa 1ter.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: La proposition Forster consiste à élargir aux soins les dispositions relatives à la suppression de l'obligation de contracter. Je crois que cette proposition est inutile. Tout le mécanisme qui est proposé par votre commission repose sur l'établissement d'un contrat ou non entre une caisse-maladie et un fournisseur de soins. Cela concerne tous les soins fournis ambulatoirement, tous les fournisseurs de soins du secteur ambulatoire. Cela peut donc concerner aussi bien les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les chiropraticiens, les sages-femmes, que les personnes qui prodiguent des soins sur prescription médicale et les organisations qui les emploient. Donc, effectivement, on pourrait dire que telle organisation Spitex est admise ou non. Tous les articles proposés par votre commission en relation avec la suppression de l'obligation de contracter s'appliqueraient alors à cette organisation, et non pas à une personne individuelle.
Si j'ai bien compris, c'est cela votre souci. Vous n'aimeriez pas que, parce qu'une organisation, par exemple, n'est plus au bénéfice d'un contrat, un traitement de longue durée qui a été initié doive être interrompu. Je puis vous assurer que sous le terme «fournisseurs de prestations», vous n'avez pas que des personnes, vous pouvez aussi avoir des institutions dans le secteur ambulatoire. Votre souci est donc pris en compte par la proposition de la commission.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Aufgrund dieser Erklärung ziehe ich meinen Antrag zurück.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

*Art. 35 Abs. 1quater – Art. 35 al. 1quater*

**Berger** Michèle (R, NE): L'objectif de laisser la clause du besoin aux cantons ne me choque pas trop, parce que j'ai toujours dit que la quantité doit être gérée par les collectivités publiques, quoique à nouveau les critères soient au-

jourd'hui inconnus. On ne connaît pas ces critères. Ma proposition d'amendement demande de biffer les termes «au moins» à l'article 35 alinéa 1quater. Ces termes veulent-ils dire combien chaque assureur-maladie doit avoir de contrats avec les fournisseurs de prestations ou non? Est-ce que chaque assureur-maladie devra avoir dix, vingt ou trente contrats? En supprimant les termes «au moins, est-ce qu'on n'assure pas plus de liberté aux fournisseurs de soins et aux assureurs-maladie?

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich bin froh, dass der vorangehende Absatz ganz ohne mein Zutun erledigt werden konnte.
Zu Absatz 1quater: Hier geht die Kommission davon aus, dass sich das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Versicherern grundsätzlich selber einpendeln sollte. Wenn dem nicht so ist, wenn man sieht, dass sich Schwierigkeiten ergeben könnten, dann haben die Kantone die Möglichkeit, hier Regeln aufzustellen und zu sagen, wie sie die Versorgungssicherheit in ihrem Gebiet garantiert haben möchten.
Das ist der Grund – ich wurde hierzu angefragt –, weshalb wir hier eine Kann-Formulierung gewählt haben und nicht schreiben: «Die Kantone regeln ....» Wir gehen also nicht davon aus, dass mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes jede Kantonsregierung einfach flächendeckend darlegen muss, wie viele Allgemeinpraktiker, Gynäkologen, Urologen und was auch immer sie in ihrem Kantonsgebiet unter Vertrag haben möchte. Aber wir gehen davon aus, dass eine Kantonsregierung entsprechende Regeln erlassen kann, wenn sie das Gefühl hat, es könnten Schwierigkeiten entstehen.
Ich habe schon gestern im Eintretensreferat darzulegen versucht, dass es dann im Ermessen der Kantonsregierung liegt zu schauen, wie sie die Versorgungssicherheit garantiert haben möchte – auch nach Branchen. Es wird also nicht generell über alle Ärzte eine Verfügung erlassen werden können, sondern es wird nach Spezialitäten geregelt werden müssen. Wir sehen auch, dass die Versorgungssicherheit über das ganze Gebiet der Schweiz sehr unterschiedlich geregelt ist. Wir haben zum Beispiel in der gesamten Ostschweiz erstaunlicherweise einen Mangel an Augenärzten; es gibt praktisch keine Augenärzte in der Ostschweiz. Dort werden also für diese Spezialisten noch vermehrt Möglichkeiten bestehen, sich anzusiedeln; in anderen Gebieten gibt es dagegen Überversorgungen. Deshalb haben wie die Sorge um die Versorgungssicherheit in die Hand der Kantone gelegt.
Gleichzeitig haben wir auch von Wahlfreiheit gesprochen. Auch hier ist es wichtig, dass man eine solche Auswahl zur Verfügung stellt, dass dem einzelnen Versicherten noch die Möglichkeit offen steht, zwischen verschiedenen Leistungserbringern auszuwählen.
Ich bitte Sie, Absatz 1quater zuzustimmen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: J'aimerais dire à Mme Berger que supprimer les termes «au moins» n'apporte rien d'utile parce qu'il s'agit d'un seuil minimum dans ce que le canton fixe. C'est le minimum qui doit être offert et, pour répondre très clairement, par chaque caisse-maladie. Il n'est pas possible – j'insiste là-dessus, c'est pour cela que j'ai redemandé la parole – qu'une caisse-maladie, par l'offre médicale qu'elle fait, arrive indirectement à sélectionner un public particulier. Chaque caisse-maladie doit offrir la gamme complète des soins à ses assurés. C'est cela qui est la règle implicite. Peut-être que la commission pourra se poser la question de savoir si elle doit encore l'expliciter ou non, mais la règle implicite est que chaque caisse-maladie assure la couverture de l'intégralité des soins pris en charge selon la LAMal. S'il n'y a qu'un seul ophtalmologue dans un canton, par exemple, il doit être au bénéfice d'un contrat d'admission avec toutes les caisses-maladie, car chacune doit en avoir un.
La deuxième question qui se pose est plutôt de nature géographique et, comme l'a indiqué Mme Beerli, peut être une incitation à compléter l'offre dans une région. Mais encore une fois, le principe essentiel – je crois que Mme Beerli est d'accord avec moi –, c'est qu'il ne peut pas y avoir, par la sélection de fournisseurs de soins, une sélection des assurés. Et ça va être difficile: il y a un petit danger auquel il faut être attentif. Si par exemple on n'a pas de gériatre et puisque les maladies liées à la vieillesse peuvent être aussi prises en charge par d'autres médecins, est-ce pour se séparer des personnes âgées? Il y a donc là-derrière une tâche des cantons extrêmement complexe.

**Berger** Michèle (R, NE): Ce que je souhaitais, c'est que soit consigné dans le Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale ce que vient de dire Mme Dreifuss, conseillère fédérale. Par conséquent, je retire mon amendement à l'article 35 alinéa 1quater, après avoir entendu les propos de Mme Dreifuss.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

*Art. 7a*

**Berger** Michèle (R, NE): Il est clair que l'article 7a dépend de l'article 35 puisque notre Conseil accepte la suppression de l'obligation de contracter. Il faut biffer l'alinéa 2 de l'article 7a.
Je voudrais simplement encore demander à Mme Dreifuss, conseillère fédérale, ce que veut dire, au niveau de l'information de l'assuré, «à temps»: est-ce que cela veut dire suffisamment tôt pour que l'assuré puisse changer de caisse-maladie? A ce moment-là, il me semble qu'il manque un alinéa 3 concernant les radiations: à quel moment l'assureur-maladie avertira-t-il l'assuré des radiations contractuelles?

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: L'interprétation me paraît tout à fait juste. Le «à temps», c'est bien à temps pour pouvoir changer de caisse-maladie, pour pouvoir prendre des mesures, pour pouvoir faire valoir aussi les exceptions des alinéas 1bis, 1ter et 1quater de l'article 35. Mais je crois que l'information sur la radiation est aussi «à temps» et je ne crois pas que ce soit nécessaire de le préciser. Je vous demanderai, Madame la Présidente, de voir si la présidente de la commission peut nous aider.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Der neue Artikel 7a wurde eben wegen des Entscheides zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges notwendig. Die Versicherten brauchen in diesem Fall die Möglichkeit, sich jederzeit beim Versicherer über die unter Vertrag stehenden Leistungserbringer zu erkundigen. Die Versicherer müssen zudem verpflichtet werden, ihre Versicherten rechtzeitig und umfassend zu informieren. In Absatz 2 wird zudem festgehalten, dass die Liste der Leistungserbringer während eines Kalenderjahres nicht eingeschränkt werden kann. Vorbehalten bleiben natürlich die wichtigen Gründe zum Ausschluss nach Artikel 59.
Hier kann ich gerade auf das antworten, was Frau Berger fragte: Wir haben explizit verankert, dass innerhalb eines Jahres die Liste nicht geändert werden kann, damit die Versicherten davon ausgehen können, dass sie über eine Periode, während der sie gehalten sind, in der Versicherung zu bleiben, dieselben Leistungserbringer zur Verfügung haben. Die Liste kann nur auf den Zeitpunkt der Kündigung hin geändert werden; und die Versicherten müssen rechtzeitig informiert werden, damit sie auch die Kündigung aussprechen und die Versicherung wechseln können, wenn sie sehen, dass der Leistungserbringer, den sie konsultieren möchten, nicht mehr auf der Liste ihrer Versicherung enthalten ist. Das haben wir explizit so festgehalten.

**Berger** Michèle (R, NE): J'avais simplement posé la question de savoir s'il ne fallait pas ajouter un alinéa 3 concernant les radiations.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Nach unserer Ansicht ist dies nicht notwendig, weil wir die notwendigen

Bestimmungen klar verankert haben: wann eben die Liste geändert werden kann und dass garantiert ist, dass die Versicherten auch genug Zeit haben, um zu reagieren und die Versicherung zu wechseln, wenn sie sehen, dass der von ihnen bevorzugte Leistungserbringer nicht mehr auf der Liste ihrer Versicherung enthalten ist. Ich nehme das Anliegen entgegen, diese Frage in der Kommission noch einmal zu überprüfen, aber ich bin nach jetzigem Wissensstand der Überzeugung, dass wir diesen Absatz nicht benötigen.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

*Art. 35 Abs. 2 – Art. 35 al. 2*

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier wird eine Bestimmung aufgehoben, über die ich Sie später noch orientieren werde. Wir streichen hier einfach den Begriff «Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege». Aber darüber werde ich Sie dann bei der Behandlung von Artikel 21 noch orientieren. Das ist an sich eine reine Formalität. Wir müssen hier Litera i streichen, wenn wir in unseren Entscheiden, die noch zu fällen sind, konsequent bleiben wollen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 13 Abs. 2 Bst. f**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 13 al. 2 let. f**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Um das Angebot an besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers – z. B. «managed care» oder Hausarztmodell – zu erhöhen, wird den Versicherern hier die Verpflichtung auferlegt, diese besonderen Versicherungsformen in ihrem ganzen Tätigkeitsgebiet anzubieten. Den Versicherten soll so die Möglichkeit geboten werden, sich kostenbewusst zu verhalten und sich für eine Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers zu entscheiden.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 21 Abs. 4**
*Antrag der Kommission*
Die Spitäler und die Pflegeheime müssen den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt geben, die diese benötigen, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Die Anonymität der Versicherten muss gewahrt bleiben.

**Art. 21 al. 4**
*Proposition de la commission*
Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires à celles-ci pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. L'anonymat des assurés doit être garanti.

**Art. 49a**
*Antrag der Kommission*
Als stationäre Behandlung gilt ein Spitalaufenthalt von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, welcher eine Spitalinfrastruktur erfordert. Spitalaufenthalte von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

**Art. 49a**
*Proposition de la commission*
Est considéré comme traitement hospitalier le séjour d'au moins 24 heures relatif à des examens, des traitements et des soins, qui nécessitent une infrastructure hospitalière. Le séjour à l'hôpital de moins de 24 heures impliquant l'occupation d'un lit pendant une nuit est également considéré comme un traitement hospitalier.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Artikel 21 Absatz 4 behandeln wir gemeinsam mit Artikel 49a. Anhand dieses Artikels möchte ich Ihnen einen weiteren Entscheid Ihrer Kommission darlegen, der eben auch noch redaktionelle Änderungen in anderen Artikeln nach sich ziehen wird. Grundsätzlich handelt die Bestimmung davon, dass Spitäler und Pflegeheime den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben haben, die diese benötigen, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Vom Inhalt her besteht bei der Version Ihrer Kommission keinerlei Abweichung von der Version des Bundesrates; sie hat einzig die Worte «und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege» aus dem Text gestrichen. Dies deshalb, weil Ihre Kommission Ihnen vorschlägt, nur noch von den Begriffen stationär und ambulant auszugehen und die Umschreibung teilstationär nicht mehr zu verwenden. Der Praxis ist es nach Einführung dieses Begriffs nie gelungen, ihn mit klaren Inhalten zu füllen. Die Abgrenzung zum ambulanten und zum stationären Bereich blieb immer schwierig. Tariflich wurde «teilstationär» bis heute als «ambulant» abgerechnet. Der Bundesrat wollte in seinem Entwurf hier eine Änderung vornehmen und «teilstationär» dem stationären Bereich zuschlagen. Ihre Kommission ist klar der Ansicht, dass diese Änderung in die falsche Richtung gehen würde: Da langfristig ein monistisches Finanzierungssystem angestrebt wird, sollten nicht noch weitere Teile des Gesundheitswesens dem dualistischen Finanzierungssystem zugeschlagen werden. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Änderung hätte zudem eine Mehrbelastung für die Kantone mit sich gebracht. Ihre Kommission schlägt Ihnen daher wie gesagt vor, lediglich noch von «stationär» und «ambulant» zu sprechen.
Die stationäre Behandlung wird in einem neuen Artikel 49a – ich bitte Sie, diesen Artikel ebenfalls jetzt zu behandeln – definiert als ein Spitalaufenthalt von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, welcher eine Spitalinfrastruktur erfordert. Spitalaufenthalte von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, gelten dabei ebenfalls als stationäre Behandlung.
Ich bitte Sie um Zustimmung zu Artikel 21 Absatz 4 und zu Artikel 49a.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je dois prendre ici la parole pour expliquer la position du Conseil fédéral et annoncer ensuite mon ralliement à la proposition de la commission. Je dois aussi montrer que cela pose quand même un certain nombre de problèmes dans la pratique, ou en montrer les conséquences.
Le Conseil fédéral a été très sensible à une évolution à la fois souhaitable, et dont il craignait aussi qu'elle n'ait des effets un peu pervers, des hospitalisations vers l'ambulatoire stationnaire ou les institutions de soins semi-hospitaliers comme ils sont ici définis dans le projet du Conseil fédéral. Pourquoi est-ce que je dis, d'un côté, que cette évolution est bienvenue, de l'autre côté, qu'elle est un peu perverse? Bienvenue, parce que si on peut soigner une affection en un jour sans devoir envisager une hospitalisation complète, c'est certainement un avantage en termes de qualité de vie et de prise en charge. C'est une évolution que nous avons souhaitée comme celle du raccourcissement des séjours hospitaliers. Nous avons des durées d'hospitalisation particulièrement longues dans ce pays, en comparaison internationale, et il y a là un potentiel d'économies, mais qui ne doivent pas présenter de risques pour la santé. Quand je dis «pas de risques pour la santé», je le sais parce que j'ai reçu

des lettres de patients qui étaient quasiment mis à la porte de l'hôpital sans que la prise en charge extra-hospitalière soit suffisamment garantie. Il y a là certainement, dans la pratique, un effort à faire à chaque fois pour que la coordination entre le domicile et l'hôpital, l'hôpital et le domicile intervienne de manière correcte. Les cloisons entre ces différents types de traitements sont malsaines et ne peuvent conduire à se désintéresser de la question de savoir d'où viennent les gens et où ils vont retourner après leur séjour. L'hôpital a un rôle de pivot. Il y a donc cet aspect certainement très positif qui est dû à l'évolution des techniques médicales, mais aussi des connaissances, et qui contribue à réduire les coûts de la santé.
Il y a un effet pervers, et c'est celui-là seulement que nous voulions essayer de supprimer. L'effet pervers, c'est qu'on ne facture strictement pas de la même façon les prestations de soins dans le domaine ambulatoire hospitalier et dans le domaine stationnaire hospitalier. Il n'y a plus de forfaits dans l'ambulatoire. Chaque soin est facturé et ainsi, dans l'évolution des coûts du domaine ambulatoire hospitalier et dans l'évolution des coûts des médicaments, il y a un effet comptable pervers: les médicaments actuellement inclus dans le forfait hospitalier apparaissent tout à coup dans la rubrique médicaments et ne sont plus payés forfaitairement, mais à la pièce lors d'un traitement ambulatoire hospitalier. Nous avons là des effets pervers dus au système de financement différent. C'est la raison pour laquelle nous avons espéré pouvoir trouver une définition des traitements qui requièrent une infrastructure hospitalière pour être pratiqués, même de façon semi-hospitalière, c'est-à-dire pour une durée de temps réduite, avec les mêmes principes, le forfait, etc.
Mme Maury Pasquier, vice-présidente du Conseil national, me racontait que l'accouchement de sa fille en ambulatoire a coûté naturellement beaucoup plus cher qu'un accouchement hospitalier. Elle serait restée trois ou quatre jours à l'hôpital, ça serait revenu beaucoup moins cher à son assureur. Donc, ça, ce n'est pas très brillant, et ce n'est pas un bon système, d'autant plus si, encore, il y a un effet de myopie des assureurs-maladie qui fait qu'ils préfèrent choisir la forme qui leur coûte le moins cher, et pas celle qui est vraiment la meilleure pour le patient. C'est ce problème que nous voulions résoudre.
Qu'est-ce qu'on nous a répondu? «Très joli, d'accord, beau raisonnement, mais votre définition ne joue pas. Vous n'arrivez pas à définir de façon claire ce qu'est une institution de soins semi-hospitaliers et vous risquez même de créer des injustices par rapport à des groupes de médecins qui auraient, par exemple, installé des équipements de type hospitalier dans leur cabinet et qui pratiqueraient ce genre de soins.» C'est donc parce qu'on nous a dit que nous avions une bonne idée, mais que nous n'avions pas la bonne façon de résoudre le problème, que nous nous rallions à la proposition de votre commission. Mais je tenais à vous signaler que ces problèmes existent, que nous devrons les aborder à un moment ou à un autre, parce qu'il y a autrement des effets pervers, dans l'application des soins, qui sont à éviter.
Ensuite, ce que j'aimerais dire – Mme Beerli l'a déjà fort bien dit – c'est que les cantons sont déchargés. Avec sa proposition, la commission ne veut pas que les cantons soient associés au financement des soins semi-hospitaliers, ce qui pourrait avoir justement comme tendance, nous le craignons, que l'on pousse des gens vers le semi-hospitalier parce que l'hôpital public est meilleur marché pour les cantons. Il est clair qu'en déchargeant les cantons, on charge les assurés eux-mêmes. Ce qu'on a dit hier lors de la discussion sur la proposition de renvoi reste vrai ici. Ce que les cantons ne payent pas, les assurés le payent. Donc, en plus du financement des investissements, il y a encore cette charge qui n'est pas enlevée des épaules des assurés, comme le Conseil fédéral le proposait.
Je crois qu'il faut être conscient de tout ça, il faut être conscient du fait qu'on ne peut pas tout résoudre à la fois. Quand il y a des difficultés d'application, alors on ne peut pas établir une règle, parce que c'est dans la pratique que se jugent les lois. Or, effectivement, la solution du Conseil fédéral aurait soulevé une série de problèmes pratiques.
C'est la raison, la seule raison, je dirai, pour laquelle le Conseil fédéral se rallie à la proposition de la commission et accepte ainsi la modification à l'article 21 alinéa 4 et de tout ce qui en découle: la suppression, partout, de l'expression «institutions de soins semi-hospitaliers».

*Angenommen – Adopté*

**Art. 25 Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
....
a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:
....
3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen;
....
e. den Aufenthalt im Spital mit Basisservice;
f. Aufheben

*Minderheit*
(Stähelin, Jenny, Paupe)
....
a. ....
....
3. .... Ärztin oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;
....

**Art. 25 al. 2**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
....
a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
....
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;
....
e. le séjour à l'hôpital avec un service de base;
f. Abroger

*Minorité*
(Stähelin, Jenny, Paupe)
....
a. ....
....
3. .... sur mandat d'un médecin ou, dans les conditions définies par le Conseil fédéral, d'un chiropraticien;
....

*Bst. a – Let. a*

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Bei Buchstabe a Ziffern 1 und 2 werden die Ärztinnen und Ärzte sowie die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren als Leistungserbringer anerkannt. In Ziffer 3 wird festgehalten, dass auch die Leistungen von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, umfasst werden. Die Minderheit möchte nunmehr Ziffer 3 ausweiten und – unter vom Bundesrat zu bestimmenden Voraussetzungen – auch die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren Leistungen verordnen lassen. Die Mehrheit Ihrer Kommission ist mit dem Bundesrat der Ansicht, dass hier keine weitere Türe geöffnet werden sollte und dass die Triage und die Behandlungsleitungsfunktion der Ärzte zu erhalten sind. Eine Ausweitung der Verordnungskompetenz

würde auch einem allfällig einzuführenden Hausarztmodell entgegenstehen.
Ich bitte Sie daher, der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Artikel 25 Absatz 2 des geltenden KVG sieht im Grundsatz eine weit gehende Gleichbehandlung von Ärzten und Chiropraktoren vor. Chiropraktoren handeln wie Ärzte in eigener Verantwortung und entscheiden über die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, die für ihre Patientinnen und Patienten notwendig sind. Mit anderen Worten: Die Chiropraktoren handeln selbstständig und nicht etwa im ärztlichen Auftrag, wie das bei medizinischen Hilfspersonen der Fall ist.
Wie auch zahlreiche Mediziner überweisen die Chiropraktoren ihre Patientinnen und Patienten zur erweiterten Abklärung bei Bedarf, etwa in der Radiologie, an Spezialisten und zur gezielten Weiterbehandlung etwa an Physiotherapeuten. Die Leistungen der Chiropraktoren werden seit 1964 im Rahmen der Krankengrundversicherung übernommen. Dabei sind auch unter dem KVG die Kosten der Überweisungen ursprünglich ohne Weiteres übernommen worden. Auch der Tarifvertrag von 1986 enthielt die Delegationsmöglichkeit der Chiropraktoren.
Seit einiger Zeit machen nun aber einzelne Kassen Schwierigkeiten. Sie können sich dabei auf das Gesetz abstützen. Artikel 25 sieht heute nicht vor, dass Chiropraktoren Leistungen zulasten der Grundversicherung delegieren dürfen. In der Folge dürfen in diesen Fällen auch die Kosten für notwendige Folgebehandlungen bei Physiotherapeuten nicht mehr übernommen werden. Was bedeutet dies aber?
Es hat zur Folge, dass die Patientin oder der Patient vom Chiropraktor zum Hausarzt geschickt wird, der die formell notwendige Überweisung vornimmt. War der Patient nicht in allgemein ärztlicher Behandlung oder hat er keinen Hausarzt, dann muss er sich zuerst einen solchen suchen. Dieser muss nach einer weiteren Konsultation und allenfalls eigenen Abklärungen die notwendige Verordnung bestätigen und den Patienten weiter verweisen. Es versteht sich im Übrigen, dass der Patient zuallerletzt auch wieder beim Chiropraktor vorbeikommt.
Durch dieses Prozedere wird die Geschichte kompliziert und erheblich verteuert. Das Verfahren ist kompliziert. Die Doppelkonsultationen verursachen nicht zu rechtfertigende Mehrkosten. Diese Kosten mögen im Lichte des Gesundheitswesens als tragbar erscheinen. Es handelt sich jährlich vielleicht um einen Betrag in der Grössenordnung von einigen hunderttausend Franken. Aber es ist nicht einzusehen, weshalb die Gesundheitskosten nicht auch im Kleinen nach unten korrigiert werden sollen.
Der Minderheitsantrag geht in diese Richtung. Er will Kosten senken und entspricht einer vernünftigen Praxis. Er entspricht einer vernünftigen Praxis und vereinfacht die Abläufe. Ich habe mich hierzu im Detail orientieren lassen, weil ich gelegentlich die Schweizerische Chiropraktorengesellschaft berate. Ich hätte diesen Antrag aber nicht gestellt, wenn nicht klar herausgekommen wäre, dass die Kosten tatsächlich gesenkt werden können. Ich habe in der Folge im Übrigen auch festgestellt, dass die Krankenversicherer – Santésuisse also – diese Auffassung teilen und diesen Antrag auch unterstützen.
Beizufügen ist im Übrigen auch, dass heute bereits verschiedene Kantone in diese Richtung tätig geworden sind und im kantonalen Recht den Chiropraktoren das Verordnungsrecht zugestehen. So legt beispielsweise Artikel 44 des neuen Genfer «Loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical» vom 11. Mai 2001 fest, dass «les chiropraticiens inscrits ont le droit .... de prescrire des traitements de physiothérapie et de masso-kinésithérapie». Oder die bernische Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen enthält die Vorschrift, dass physikalische Behandlungen nur auf ärztliche oder chiropraktische Anordnung durchgeführt werden dürfen. Das sind die beiden neuesten Erlasse, die ich kenne. Auch die Kantone sehen also in der Verordnungskompetenz der Chiropraktoren keine Ausweitung, sondern eine Vereinfachung und damit Einsparung.
Der Antrag der Minderheit regelt im Übrigen den Anordnungsumfang nicht, sondern legt die Lösung in die Hand des Bundesrates. Dieser kann die Voraussetzung umschreiben und auch neuen Entwicklungen anpassen.
Ich bitte Sie, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Es geht bei den Anträgen der Mehrheit und der Minderheit um die Frage, welches die kostengünstigere Variante ist. Ich habe seinerzeit den Antrag der Minderheit nicht unterschrieben, weil ich nicht sicher war, welche Variante die günstigere ist. Wir haben das in der Zwischenzeit abgeklärt. Ich kann die Ausführungen von Herrn Stähelin bezüglich der Kosten bestätigen und werde deshalb mit der Minderheit stimmen.

**Berger** Michèle (R, NE): Je soutiendrai la proposition de minorité. Les chiropraticiens sont des personnes qui peuvent poser un diagnostic, qui peuvent prescrire. Je trouve que le passage par le médecin est un passage inutile. Je crois qu'il est possible au chiropraticien de faire une ordonnance directement pour que le patient puisse aller chez le physiothérapeute, à la seule condition qu'un rapport soit donné au médecin traitant. Dans la pratique et dans la réalité, le passage chez le médecin augmente les coûts de la santé – cela va dans le sens contraire de la loi que nous voulons adopter, qui est l'économicité des coûts de la santé – et, souvent, le médecin traitant téléphone au chiropraticien pour lui demander ce qu'il doit mettre sur sa prescription.
Je soutiens donc la proposition de minorité.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Eine eher humoristisch zu verstehende Bemerkung: Im Bereich der Krankenversicherung und namentlich im Zusammenhang mit der Kostensenkung habe ich Kollege Stähelin den Kanton Genf relativ selten als absolutes Musterbeispiel zitieren hören.
Ich möchte noch ein Wort zugunsten der Lösung der Kommissionsmehrheit verlieren, und zwar deshalb, weil wir klar der Meinung sind, wir sollten hier «keine Dämme brechen» und die Behandlungsleitungs- und Triagefunktion der Ärzte wirklich aufrechterhalten. Wenn Sie hier eine Ausnahme einführen, werden sehr viele andere Berufsgruppen sich auch melden. Ich erinnere Sie an die unzähligen Interventionen vonseiten der Psychotherapeuten usw.
Ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je me rallie à la proposition de la majorité de la commission en disant que nous avons un grand problème dans la gestion des fournisseurs de prestations admis à fournir des soins à la charge de l'assurance-maladie sociale et qu'il n'y a aucune raison que l'on favorise ainsi une profession particulière. Le principe de la LAMal, c'est que le médecin est le pivot de l'ensemble des soins. C'est de lui que partent les différentes prescriptions. Ce principe peut être rigoureux dans certains cas, mais si l'on commence à octroyer aux uns et aux autres la possibilité de jouer ce rôle, le système devient rapidement ingérable.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 20 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 19 Stimmen

*Bst. e, f – Let. e, f*

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Eine Bemerkung zu Litera e: Hier wird der neue Begriff des Aufenthaltes im Spital mit Basisservice eingeführt. Ich habe Ihnen in meinem Eintretensreferat darzulegen versucht, dass die von der Grundversicherung abgedeckten Leistungen bei einer Behandlung im stationären Bereich neu den Aufenthalt im Spital mit Basisservice umfassen. Es kann nicht mehr von einer

örtlichen Fixierung auf die allgemeine Abteilung ausgegangen werden. Dieser Basisservice kann von jedem Versicherten, ob nur grund- oder auch zusatzversichert, in einem öffentlichen Spital oder in einem in die kantonale Spitalplanung einbezogenen Privatspital bezogen werden. Die in der Rechnung ausgewiesenen leistungsbezogenen Kosten des Basisservice lösen die 50-prozentige Zahlungspflicht des Kantons aus. Die Basisservice-Dienstleistungen öffentlicher und privater Spitäler fallen jedoch auch in die Planungskompetenz der Kantone. Sie haben dabei – wir kommen bei Artikel 39 noch einmal darauf zurück – private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 29 Abs. 2 Bst. b**
*Antrag der Kommission*
b. die Entbindung zu Hause oder in einem Spital sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;

**Art. 29 al. 2 let. b**
*Proposition de la commission*
b. l'accouchement à domicile ou dans un hôpital ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier wurde redaktionell wieder der Begriff «teilstationär» gestrichen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 39**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zur Erbringung von nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Leistungen zugelassen, wenn sie:
....
*Abs. 2*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 3*
Die Spitalliste nach Absatz 1 Buchstabe e muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch Spitäler in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton mit einem oder mehreren anderen Kantonen oder mit denen er direkt eine Vereinbarung abgeschlossen hat.
*Abs. 4*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag Berger*
*Abs. 2*
Die Planung einer .... zwischen den Kantonen berücksichtigen. (Rest des Absatzes streichen)
*Abs. 2bis*
Die Planung kann private Trägerschaften einbeziehen, die einen Auftrag erhalten haben, das von einem Kanton oder gemeinsam von mehreren Kantonen erstellte Versorgungsangebot zu vervollständigen.

**Art. 39**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'excéution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis à fournir des prestations obligatoirement assurées en vertu de la présente loi, s'ils:
....
*Al. 2*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 3*
La liste au sens de l'alinéa 1er lettre e comprend l'ensemble des hôpitaux du canton qui sont nécessaires à la couverture en soins et qui disposent d'un mandat de prestations; elle peut également comprendre des hôpitaux situés dans d'autres cantons, et faisant l'objet d'un accord entre le canton et un ou plusieurs autres cantons, ou directement entre le canton et ceux-ci.
*Al. 4*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Berger*
*Al. 2*
La planification des soins .... des flux de patients entre les cantons. (Biffer le reste de l'alinéa)
*Al. 2bis*
La planification peut inclure les organismes privés qui ont reçu une mission pour compléter l'offre de couverture établie par un canton ou conjointement par plusieurs cantons.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: In Artikel 39 Absätze 1 und 3 wird erneut der Begriff der teilstationären Krankenpflege gestrichen.
Im Übrigen werden in diesem Artikel die Planungskompetenzen der Kantone im stationären Bereich umschrieben. Die Kantone planen den Basisservice in öffentlichen und privaten Spitälern. Sie haben dabei, wie das in Absatz 2 festgehalten ist, private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen. Die Festschreibung im Gesetz entspricht der heute vom Bundesrat angewandten Praxis. Im Bereich der zusatzversicherten Leistungen besteht keine Planungskompetenz der Kantone.

**Berger** Michèle (R, NE): J'ai fait une proposition pour l'introduction d'un nouvel alinéa 2bis à l'article 39, parce que la dernière phrase de l'alinéa 2 du projet du Conseil fédéral ne m'éclaire pas sur les termes «de manière adéquate».
J'aimerais dire que si l'offre correspond à un besoin avéré, c'est-à-dire que si un établissement privé offre une prestation que les hôpitaux publics ou subventionnés n'offrent pas ou qu'elle n'est pas prévue dans leur planification à moyen terme, alors cet établissement peut recevoir un mandat de l'autorité exécutive cantonale, et à ce titre seulement il pourra être traité sur pied d'égalité.
Tout autre versement de subventions à un établissement privé à but lucratif aura pour effet d'augmenter une offre déjà pléthorique et ajoutera des obstacles sur le chemin des efforts de planification sanitaire cantonaux. Le but de l'assurance sociale n'est pas de subventionner des institutions privées à but commercial. Cette intention est contraire à tout ce que j'ai entendu concernant le financement des écoles privées. Dès lors, pourquoi alors ne pas accepter un chèque de formation et permettre à chaque élève de choisir son établissement scolaire?
C'est la raison pour laquelle je vous propose un alinéa 2bis dont la teneur précise qu'un organisme privé peut être subventionné pour autant qu'il ait reçu «une mission pour compléter l'offre de couverture établie par un canton». Cette formulation est ainsi plus précise que les termes «de manière adéquate» à l'article 39 alinéa 2 du projet du Conseil fédéral.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich möchte Frau Berger sagen, dass sie von ganz falschen Voraussetzungen ausgeht. Wir haben die Spitalfinanzierung jetzt grundsätzlich umfunktioniert. Es gibt keine Institutfinanzierung mehr. Es werden keine privaten Spitäler subventioniert, entgegen dem, was Sie jetzt gerade sagten. Es gibt einzig noch Leistungen, die verrechnet werden. Diese Leistungen können Sie entweder in einem öffentlichen oder in einem privaten Spital beziehen. Diese Leistungen im Basisservice werden dann die Zahlungspflicht des Kantons respektive der Krankenkasse auslösen.
Es ist ganz wichtig, dass wir das festhalten, weil hier immer wieder Unklarheiten bestehen. Es gehen keine Subventio-

nen an private Kliniken. Der Patient, der eine Leistung bezieht, erhält einen Anteil an die ihm dadurch entstehenden Kosten. Das ist eine der Änderungen, die in der Spitalfinanzierung eingeführt wurden. Der gesamte Basisservice wird von der Planungskompetenz der Kantone umfasst. Ein privates Spital, das diese Basisleistung erbringt und für dessen Dienstleistung ein Patient den Anteil des Kantons beansprucht, muss in der Kantonsspitalplanung aufgenommen sein. Es muss auf der Spitalliste des Kantons enthalten sein. Das heisst, dass ein Kanton rationell entscheiden wird: Er wird jene Leistungserbringer auf seine Spitalliste nehmen, d. h. jene Spitäler, die sein Angebot an öffentlichen Spitälern ergänzen und eine Leistung erbringen, die für den Kanton von Nutzen ist. Wir gehen aber auch davon aus, dass die Kantone wirklich rationell entscheiden und ihre Leistungen dort einkaufen, wo sie qualitativ am besten und kostenmässig am günstigsten sind. Das kann nun auch einmal eher bei einer privaten Klinik der Fall sein als bei einem öffentlichen Spital. Wir gehen davon aus, dass dann der Kanton seine Restrukturierungen bei den öffentlichen Spitälern vornimmt und nicht einfach weiterhin die teureren Leistungen beim öffentlichen Spital einkauft, weil es für ihn politisch einfacher ist, dies zu tun, als ein Privatspital auf die Liste zu nehmen.

Wir gehen also davon aus, dass vonseiten der Kantone durchaus rationell, effizient, wirtschaftlich und qualitätsbewusst geplant wird und dass dabei sowohl die öffentlichen Angebote als in angemessener Art und Weise auch die Angebote von Privatspitälern berücksichtigt werden. Der Bundesrat wird diese Praxis in der Art und Weise überprüfen, wie er das schon bis anhin getan hat.

**Lauri** Hans (V, BE): Es ist unbestritten, dass eine zu grosse Zahl von Leistungserbringern die Gesundheitskosten in die Höhe treibt. Kantone mit einer sehr hohen Ärztedichte liegen bei den Kosten an der Spitze, und solche mit einer geringen Ärztedichte weisen ein entsprechend tiefes Kosten- und Prämienniveau auf. Was für den Bereich der frei praktizierenden Ärzte gilt, trifft grundsätzlich auch auf den Spitalbereich zu. Anhaltende Überkapazitäten verteuern das Gesundheitswesen.

Aus diesem Grund haben zahlreiche Kantone in den letzten Jahren ihre Spitalplanungen tief greifend überarbeitet. In einem schmerzhaften und politisch aufwendigen Prozess haben sie die Anzahl der öffentlichen Spitäler deutlich gesenkt und in bestehenden Spitälern zahlreiche Abteilungen geschlossen. Neue Behandlungsmethoden, weiter verkürzte Aufenthaltszeiten im Spital, neue Erkenntnisse über die optimale Betriebsführung von Spitälern und neue Bedürfnisse der Bevölkerung werden dazu führen, dass sich die Spitallandschaft auch in Zukunft immer wieder verändern wird. Da Anpassungen an neue Bedürfnisse für alle Beteiligten aufwendig und kostspielig sind und bis zur praktischen Umsetzung in jedem Fall zahlreiche Jahre nötig sind, kommt einer gründlichen, auf weite Sicht angelegten und wirklich auch durchsetzbaren Spitalplanung grösste Bedeutung zu. Die Spitalplanung wird in Zukunft weiter an Bedeutung zunehmen, da im Vergleich zum heutigen Zustand noch mehr unterschiedliche Interessen und noch höhere Einsätze öffentlicher Mittel mit zu berücksichtigen sein werden.

Damit stellt sich für mich die Frage, ob die in der Revisionsvorlage vorgesehenen Planungsbestimmungen ausreichen oder nicht. Ausreichend sind sie dann, wenn sie bei hoher Rechtssicherheit von Anfang an in einem klar geordneten Verfahren ohne unzulässig lange Rechtsmittelfristen zu umsetzungsfähigen Ergebnissen führen. In Artikel 39 Absätze 1 und 2 finden wir hierzu nun entsprechende Rechtsnormen.

Folgendes ist für mich beunruhigend: Die Kommission ist offenbar der Auffassung, die Planungsbestimmungen würden den Kantonen zweckmässige, neuen Gegebenheiten immer wieder anpassbare Planungen ermöglichen, welche Überkapazitäten oder Kapazitäten an falschen Standorten verhinderten, was in grossen Kantonen von grösster Bedeutung ist. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz und verschiedene Kantone vertreten aber entschieden die gegenteilige Auffassung. Das vorgesehene Instrumentarium sei zu unbestimmt, allzu viel werde auf die zukünftige Praxis und damit in zukünftige Rechtsmittelverfahren mit ihren in der Realität schwer abschätzbaren Ergebnissen verlagert. Dies werde auf mittlere Frist zu zusätzlichen Kostensteigerungen im Spitalbereich führen, was wir ja in jedem Fall vermeiden müssten. Die Rechtsunsicherheit werde weiter zunehmen, was unakzeptabel sei.

Die stark unterschiedlichen Auffassungen zwischen den Bundesbehörden und den kantonalen Verantwortungsträgern, die letztlich für eine sichere und geordnete Spitalversorgung zuständig sind, geben zu Sorgen Anlass. Es war in der zur Verfügung stehenden Zeit für ein nicht der Kommission angehörendes Mitglied dieses Rates nicht möglich, sich hier eine eigene, abschliessende Meinung zu bilden, wo nun die richtige Argumentation liege. Ich wäre aber sehr dankbar – und möchte entsprechend darum bitten –, wenn in der nationalrätlichen Kommission diesen Fragen der Planung, der genügenden Sicherheit und der genügenden Durchsetzbarkeit in vernünftigen Fristen noch einmal alle Beachtung geschenkt würde und wenn in diesem Verfahren die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz noch einmal gründlich einbezogen würde.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je comprends tout à fait les remarques qui ont été faites par M. Lauri. Il est clair que l'introduction de la LAMal s'est accompagnée d'un grand nombre de recours et que, au fond, la jurisprudence qui s'est dégagée a parfois surpris certains cantons qui sont très directement impliqués dans ce problème. Les clarifications nécessaires pour pouvoir appliquer la LAMal interviennent justement dans le cadre de cette révision. Je crois savoir que la durée du traitement des recours, en particulier pour les listes hospitalières, a régulièrement diminué et que nous nous approchons de l'objectif extrême, c'est-à-dire quatre mois avec prolongation de quatre mois. Nous en sommes actuellement aux environs de huit mois, et je crois que nous avons de bonnes chances d'arriver à la règle elle-même.

J'aimerais ajouter que le Conseil fédéral a eu trois fois, en tout cas, l'occasion de rencontrer des représentants de cantons pour expliciter et approfondir les décisions qu'il avait prises sur recours. Les cantons avaient exprimé des réserves sur ces décisions et nous avons pu – en veillant toujours à l'équilibre absolu des parties –, après décision, en discuter avec eux. Une partie des modifications qui vous sont proposées ici sont la suite d'imprécisions qui avaient été constatées – «bemängelt» – par les cantons dans les décisions du Conseil fédéral.

Mais je crois que votre appel au Conseil national et à sa commission sera entendu et que c'est bien ainsi.

**Berger** Michèle (R, NE): M. Lauri a posé des questions, et il suggère de laisser la proposition que dans la commission du Conseil national s'occuper de ces problèmes. Je n'ai donc plus besoin de faire un amendement et je laisse, comme M. Lauri le préconise, le Conseil national s'occuper de ces dispositions qui ne sont pas encore tout à fait exactes dans le projet de loi.

Je retire donc ma proposition.

*Abs. 1, 3, 4 – Al. 1, 3, 4*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*
*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

**Art. 41**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Die Versicherten können unter den für sie zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung über-

nimmt der Versicherer die vertraglich vereinbarten Tarife. Bei stationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.
*Abs. 2*
Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor, oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:
a. bei ambulanter Behandlung durch einen Leistungserbringer, mit dem der Versicherer einen Vertrag abgeschlossen hat;
b. bei stationärer Behandlung in Spitälern, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.
*Abs. 3*
Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.

*Antrag Berger*
*Abs. 3*
Zustimmung zum Antrag der Kommission
(die Änderung betrifft nur den französischen Text)

**Art. 41**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les tarifs convenus contractuellement. En cas de traitement hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans les hôpitaux qui figurent sur la liste du canton où réside l'assuré.
*Al. 2*
Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies:
a. par un fournisseur de prestations avec lequel l'assureur a conclu un contrat, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
b. dans les hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.
*Al. 3*
Si pour des raisons médicales, l'assuré subit un traitement hospitalier dans un hôpital situé hors de son canton de résidence, celui-ci rembourse la part due d'après l'article 49.

*Proposition Berger*
*Al. 3*
.... de résidence, le canton rembourse la part due d'après l'article 49.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: In diesem Artikel werden die Wahlmöglichkeiten des Versicherten umschrieben. In Absatz 2 Litera a wird dem Umstand der Aufhebung des Kontrahierungszwanges Rechnung getragen, indem festgehalten wird, dass ein Versicherter im Notfall, oder wenn die erforderlichen Leistungen im ambulanten Bereich vom Leistungserbringer, mit dem der Versicherer einen Vertrag abgeschlossen hat, nicht angeboten werden, auch einen anderen Leistungserbringer aufsuchen kann.
Ich glaube, dass der vorliegende Antrag Berger mit dem vorhergehenden betreffend Kontrahierungszwang zusammenhängt. Diesen Entscheid haben wir an sich gefällt – Frau Berger wird sich aber dazu äussern.

**Berger** Michèle (R, NE): Je crois qu'il s'agit d'une modification dans le texte français, à l'alinéa 3. Lorsqu'on lit «celui-ci rembourse la part due d'après l'article 49», on ne sait pas si c'est l'assureur ou le canton. Donc, il est nécessaire de remplacer le terme «celui-ci» par «le canton». Il semble que, dans le texte allemand, on comprend bien qu'il s'agit du canton.

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Je propose que ce soit la Commission de rédaction qui examine toutes les lois, après que nous les aurons adoptées, qui s'occupe de ce problème de traduction. Je ne crois pas que cela soit un problème de fond.

**Berger** Michèle (R, NE): Ce n'est pas un problème de traduction. On ne sait pas ce que désigne le terme «celui-ci» qui figure dans le texte.

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Cela se rapporte en français au dernier, au canton, d'après mon interprétation. Mais s'il y a doute, on pourra faire examiner cela quand même par la Commission de rédaction.

*Abs. 1, 2 – Al. 1, 2*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*
*Angenommen gemäss Antrag Berger*
*Adopté selon la proposition Berger*

**Art. 41a**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Informationspflicht der Leistungserbringer
*Text*
Die Leistungserbringer müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, für welche Versicherer sie zulasten der sozialen Krankenversicherung Leistungen erbringen dürfen.

**Art. 41a**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Devoir d'information des fournisseurs de prestations
*Texte*
Les fournisseurs de prestations doivent indiquer aux assurés, avant le traitement, le nom des assureurs pour lesquels ils peuvent fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Dieser Artikel ist das Gegenstück zu dem von Ihnen schon beschlossenen Artikel 7a. Es geht hier um die Informationspflicht der Leistungserbringer. Diese müssen ihre Patienten vor der Behandlung darüber aufklären, mit welcher Versicherung sie Verträge abgeschlossen haben.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 45**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
(die Änderung betrifft nur den französischen Text)
*Abs. 1*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 2*
Macht ein Leistungserbringer geltend, dass die Versorgung im ambulanten Bereich ohne seine Zulassung unzureichend wäre, so kann er bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen.
*Abs. 3*
Die Kantonsregierung berücksichtigt bei der Beurteilung des Bedarfs die neuesten Versorgungsstandards. Das Angebot ausserhalb des Kantons ist einzubeziehen.

*Abs. 4*
Macht ein Versicherer oder ein Leistungserbringer geltend, dass die freie Wahl des Versicherers nicht garantiert wäre, so kann er bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen.

**Art. 45**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Garantie de la couverture en soins médicaux
*Al. 1*
Adhérer au projet du Conseil fédéral
*Al. 2*
Si un fournisseur de prestations fait valoir que, sans son admission, la couverture en soins serait insuffisante dans le secteur ambulatoire, il peut exiger du gouvernement cantonal l'admission d'après l'article 35 alinéa 1er.
*Al. 3*
Le gouvernement cantonal tient compte des standards les plus récents en matière de couverture des besoins en soins lors de l'appréciation de celle-ci. L'offre à l'extérieur du canton doit également être prise en considération.
*Al. 4*
Si un assureur ou un fournisseur de prestations fait valoir que la liberté de choix de l'assureur ne serait pas garantie, il peut exiger du gouvernement cantonal l'admission d'après l'article 35 alinéa 1er.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Dieser Artikel wurde von Ihrer Kommission neu gestaltet, da auch hier ein direkter Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges besteht. In Absatz 2 wird festgehalten, dass ein Leistungserbringer, sollte ein Versicherer mit ihm keinen Vertrag abschliessen können, geltend machen kann, dass die Versorgung im ambulanten Bereich ohne seine Zulassung unzureichend wäre. Er kann in einem solchen Fall bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen. In Absatz 3 wird ausgesagt, dass die Kantonsregierung bei der Beurteilung des Bedarfs die neuesten Versorgungsstandards und das Angebot ausserhalb des Kantons – natürlich nicht im Ausland, aber in der Schweiz – mit zu berücksichtigen hat. Absatz 4 behandelt den Fall, wo ein Versicherer oder ein Leistungserbringer geltend macht, dass die freie Wahl des Versicherers nicht garantiert ist. Auch in diesem Fall kann bei der Kantonsregierung eine Zulassung gemäss Artikel 35 Absatz 1 verlangt werden.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 47 Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person trotz Vertrag über die Zulassung kein Tarifvertrag zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer oder für die stationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

**Art. 47 al. 2**
*Proposition de la commission*
Si, malgré le contrat d'admission, il n'existe entre l'assureur et le fournisseur de prestations aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire de l'assuré ou pour le traitement hospitalier de l'assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé de façon permanente fixe le tarif.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier wird auch wieder einzig der Begriff «teilstationär» gestrichen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 49**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 1*
Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die einheitlichen Strukturen können in Kategorien aufgeteilt werden. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.
*Abs. 2*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 3*
Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 2 werden je zur Hälfte vom Versicherer und dem jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Forschung und universitäre Lehre enthalten. Die Kantone können bestimmen, dass sie weitere Leistungsbereiche separat finanzieren. Der Wohnkanton kann seinen Anteil dem Versicherer entrichten.
*Abs. 4*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 5*
Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 bis 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.
*Abs. 6*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 7*
Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Bestimmungen.
*Abs. 8*
Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Betriebe liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

**Art. 49**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Adhérer au projet du Conseil fédéral
*Al. 1*
Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39 al. 1er), les parties à une convention conviennent de forfaits. Ces derniers s'appliquent aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les structures uniformes peuvent être réparties par catégories. Elles font l'objet d'une convention entre les partenaires tarifaires. Si ces derniers ne peuvent s'entendre, elles sont fixées par le Conseil fédéral.
*Al. 2*
Adhérer au projet du Conseil fédéral
*Al. 3*
Les rémunérations visées aux alinéas 1er et 2 sont prises en charge pour moitié par l'assureur et pour moitié par le canton où réside l'assuré. Elles ne comprennent pas les parts que représentent les coûts de recherche et de formation universitaire. Les cantons peuvent décider de financer séparément d'autres types de prestations. Le canton de résidence peut verser à l'assureur sa part à la rémunération.
*Al. 4*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 5*
Les rémunérations au sens des alinéas 1er à 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital pour les prestations prévues par la présente loi.
*Al. 6*
Adhérer au projet du Conseil fédéral
*Al. 7*
Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet.
*Al. 8*
Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à des comparaisons entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention selon l'article 46 alinéa 5 et demander à l'autorité qui approuve (art. 46 al. 4) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Artikel 49 ist Teil des Spitalfinanzierungspakets. Hier wird die Leistungsfinanzierung festgelegt, indem die Abrechnung über leistungsbezogene Pauschalen stipuliert wird. Diese sollen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen, die von den Tarifpartnern zu vereinbaren sind. Können die Tarifpartner sich nicht einigen, so erfolgt die Festsetzung durch den Bundesrat.
In der Fassung der Kommission ist gegenüber der Fassung des Bundesrates die teilstationäre Behandlung gestrichen.

*Angenommen – Adopté*

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): L'article 49a a été traité avec l'article 21 alinéa 4.

**Art. 50**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier werden nur zwei Ziffern von zitierten Absätzen angepasst. Im Übrigen ist der ganze grosse und zu vielen Diskussionen Anlass gebende Problembereich der Pflegeversicherung bewusst nicht in die vorliegende Revision einbezogen worden.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 51**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime
*Abs. 1*
Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 3 bleibt vorbehalten.

**Art. 51**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Budget global pour les hôpitaux et établissements médico-sociaux
*Al. 1*
.... fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux ....

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Auch hier wird der Begriff der teilstationären Krankenpflege gestrichen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 52 Abs. 1 Bst. b**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 52 al. 1 let. b**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier wird eine bis anhin fehlende Regelung für wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten, so genannte «orphan drugs», eingeführt. Diese sind ebenfalls in die Arzneimittelliste aufzunehmen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 53 Abs. 1**
*Antrag der Kommission*
.... nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1 bis 3, 49 Absatz 8 ....

**Art. 53 al. 1**
*Proposition de la commission*
.... des articles 39, 45, 46 alinéa 4, 47, 48 alinéas 1er à 3, 49 alinéa 8 ....

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier ist irrtümlich im Entwurf des Bundesrates in der Aufzählung «Artikel 48 Absätze 1 bis 3» verloren gegangen. Dieser Fehler wird im Antrag Ihrer Kommission korrigiert.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 59**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier wird die bereits im geltenden Recht vorhandene Möglichkeit, Leistungserbringer aus wichtigen Gründen von der Erbringung von Leistungen nach diesem Gesetz auszuschliessen, verschärft und präzisiert. Mit Absatz 2 wird eine beispielhafte Liste von wichtigen Gründen angefügt. Wir haben über diesen Artikel schon zu Beginn gesprochen. Es würde sich da um die so genannten schwarzen Schafe handeln.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je veux insister sur la nécessité d'établir la distinction entre la possibilité de se retourner contre des médecins ou d'autres fournisseurs de prestations qui abuseraient du système en faisant appel à l'instrument de l'exclusion et celle de choisir l'instrument de la liberté de contracter. Ce sont vraiment, Mme Beerli l'a dit, deux choses totalement différentes, et on ne devrait en aucun cas utiliser l'instrument de la liberté de contracter pour punir, en fait, alors qu'on a un article spécifique relatif à l'exclusion qui permet d'abord d'avertir puis de punir les personnes qui abusent de notre système.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 61a**
*Antrag der Kommission*
*Titel, Abs. 1*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 2*
Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge und wurde im Betreibungsverfahren bereits ein Fortsetzungsbegehren gestellt, schiebt der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle über den Leistungsaufschub. Vorbehalten bleiben kantonale Vorschriften, namentlich solche, welche eine vorhergehende Meldung oder eine Meldung an eine andere Stelle vorsehen.
*Abs. 3*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 4*
.... über bereits gestellte Fortsetzungsbegehren. Ein vom bisherigen Versicherer gestelltes Fortsetzungsbegehren hat auch beim neuen Versicherer ....
*Abs. 5*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 61a**
*Proposition de la commission*
*Titre, al. 1*
Adhérer au projet du Conseil fédéral
*Al. 2*
Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et si, dans le cadre d'une procédure de poursuite, l'assureur a déjà déposé une réquisition en continuation de la poursuite, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts échues soient entièrement payées. En même temps, il informe de la suspension des prestations l'autorité cantonale chargée de contrôler l'exécution de l'obligation d'assurance. Sont réservées les dispositions cantonales qui prévoient une annonce préalable ou une annonce à un autre service.
*Al. 3*
Adhérer au projet du Conseil fédéral
*Al. 4*
Lorsque des assurés en demeure changent d'assureur, l'ancien assureur avise le nouvel assureur des réquisitions en continuation de la poursuite qu'il a déjà déposées. Le dépôt d'une telle réquisition entraîne également une suspension de prestations de la part du nouvel assureur. L'ancien assureur informe le nouvel assureur dès que les primes ou les participations aux coûts qui lui sont dues sont entièrement payées.
*Al. 5*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Heute haben die ausstehenden Krankenkassenprämien ein beunruhigendes Ausmass erreicht. Es müssen etwa zwei Prämienprozente als Debitorenverluste abgebucht werden. Das sind über 300 Millionen Franken im Jahr. Aus diesem Grunde sind die heute in Artikel 9 der Krankenkassenverordnung enthaltenen Regelungen zu erweitern und zu präzisieren. Die vom Bundesrat entworfene Lösung hat namentlich mit Absatz 2 den Protest der Sozialhilfebehörden hervorgerufen. Diese befürchten, zu einem sehr frühen Zeitpunkt und in Zusammenhang mit Menschen, die an sich keine Sozialhilfeempfänger sind, mit der Problematik belastet zu werden.
Ihre Kommission hat diesen Befürchtungen Rechnung getragen und präzisiert, dass die Benachrichtigung der zuständigen kantonalen Behörde erst zu erfolgen hat, wenn der Versicherer im Betreibungsverfahren bereits das Fortsetzungsbegehren gestellt hat. Mit dieser Formulierung wird auch sichergestellt, dass die Versicherer das Betreibungsverfahren zu Ende führen. Die Möglichkeit, den Aufschub der Leistungen anzudrohen und vorzunehmen, ist zudem ein sehr geeignetes Mittel, um Zahlungen zu erwirken.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Le Conseil fédéral se rallie à la proposition de la commission. Mais il faut être conscient du fait qu'elle représente, par rapport au projet du Conseil fédéral, une charge plus grande pour les assureurs-maladie. Nous avons souhaité, sur la base de l'expérience que nous avions faite dans l'ancienne loi, leur faciliter la tâche. Or, effectivement, nous ne pouvons pas aller aussi loin que les caisses-maladie pensaient qu'il était nécessaire d'aller. Je crois, finalement, que c'est un équilibre qui doit être trouvé ici.
La commission ayant pris, à l'unanimité, sa décision en faveur de sa proposition démontre qu'elle a peut-être trouvé un meilleur équilibre.

**Berger** Michèle (R, NE): L'article 61a alinéa 2 prévoit que l'assureur-maladie peut suspendre la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts échues soient entièrement payées. Peut-on me dire, pour les fournisseurs de prestations: à partir du moment où l'assureur suspend la prise en charge des coûts de prestations, est-ce qu'ils peuvent facturer à l'autorité cantonale les frais de leurs prestations? Les fournisseurs de prestations sont accusés de non-assistance à personne en danger s'ils refusent les prestations. Mais si l'assureur est déchargé de ses responsabilités dans certaines conditions malgré le caractère obligatoire de l'assurance-maladie sociale, il me paraît juste que les fournisseurs de prestations soient eux aussi déchargés des coûts pour lesquels ils sont normalement remboursés. Je mets cette question en relation avec l'alinéa 3.
Si la suspension dure par exemple une année, il faut bien que les fournisseurs de prestations soient payés. S'ils envoient leurs factures au canton, est-ce que le canton peut demander ensuite à l'assureur le remboursement rétroactif? Je mets cette question encore en relation avec l'alinéa 5. Est-ce que le Conseil fédéral agit pour le canton? Je vous remercie des réponses.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Frau Bundesrätin Dreifuss wird das noch detaillierter wissen. Nur kurz: Es ist in der Tat so, dass die Versicherung die kantonalen Behörden avisiert, wenn sie die Kostenübernahme aufschiebt und das Fortsetzungsbegehren im Betreibungsverfahren gestellt hat. Dann läuft die Zahlungspflicht über die kantonalen Fürsorgebehörden. Wenn keine Leistungen der Kasse mehr zu erwirken sind, dann wird der Leistungserbringer schlussendlich über die Fürsorgebehörde bezahlt werden. Das ist für ihn natürlich aufwendiger. Aber er hat immerhin die Möglichkeit, die Zahlungen dort einzuziehen. Wenn die Krankenkassenprämie wieder bezahlt wird, dann wird der Leistungsaufschub aufgehoben, und dann bezahlt die Krankenkasse rückwirkend; sie wird also ihre Leistungen rückwirkend wieder erbringen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Il semble, à partir de la question posée par Mme Berger, qu'effectivement dans ce système, on joue assez facilement au Pierre Noir!
Qui assume les risques dans le système? Nous essayons de les répartir le mieux possible. La remarque que j'ai faite tout à l'heure à propos des assurances et des services sociaux montre bien qu'il faut trouver un équilibre et je dois dire que le fournisseur de soins doit aussi assumer une part du risque.
Il faut être au clair là-dessus: le contrat entre l'assureur-maladie, l'assuré et le fournisseur de soins est d'abord un contrat triangulaire, il n'y a pas d'autres participants au système; tout simplement, dans le cas de personnes qui ont bénéficié de l'aide sociale, celle-ci supplée à l'obligation de payer la prime, mais c'est tout. Ce rapport peut être réglé de la façon suivante: vous avez soit le système du tiers garant, soit le système du tiers payant. Avec le système du tiers payant, vous avez naturellement l'avantage, normalement, de pouvoir vous adresser directement, en tant que fournisseur de soins, à l'assurance. Donc, peu vous importe la solvabilité de l'assuré dans l'immédiat. Mais si l'assurance suspend ses paiements parce que les primes n'ont pas été payées, elle les suspend aussi dans le système du tiers payant.

Donc, ce qui est proposé ici est plus dur pour les fournisseurs de soins que le système actuel, mais il est absolument clair: c'est au fournisseur de soins, à ce moment-là, de se retourner vers l'assuré s'il ne paye pas; vers les services sociaux si cette personne est bénéficiaire de l'aide sociale – mais en principe c'est la personne elle-même qui doit le faire –, ou vers l'assureur-maladie. Il n'y a pas de possibilité de décharger le fournisseur de soins de ce risque économique.

**Berger** Michèle (R, NE): Je ne suis pas satisfaite de la réponse du Conseil fédéral. Je suis d'accord que le fournisseur de soins soit obligé de servir des prestations sinon, comme je l'ai dit tout à l'heure, il est considéré comme étant fautif parce qu'il n'assiste pas une personne en danger. Mais pourquoi alors, si l'assureur-maladie peut suspendre ses prestations de services à quelqu'un qui ne paie pas, le fournisseur de prestations, lui, doit-il s'adresser à quelqu'un qui n'a plus d'assurance-maladie et à qui il faudrait demander encore de payer les soins prodiguées? C'est quasiment impossible! Alors, ou bien on donne la possibilité de s'adresser aux cantons, et cette situation est claire, sinon c'est à la charge du fournisseur de prestations; mais il y a là une décharge de l'assureur-maladie à laquelle je ne peux pas souscrire.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Mme Berger n'est pas satisfaite du contenu de ma réponse, mais je pense qu'elle est satisfaite de la clarté de ma réponse.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 62 Abs. 3**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 62 al. 3**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 65**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1bis*
Die Prämienverbilligungen sind so zu bemessen, dass die Prämie der versicherten Person für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zusammen mit den Prämien von Familienangehörigen, für die sie unterhaltspflichtig ist, 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigt. Zuständig ist jener Kanton, in dem die versicherte Person bundessteuerpflichtig ist.
*Abs. 1ter*
Die Ermittlung des für den Anspruch auf Prämienverbilligung herangezogenen Einkommens richtet sich nach den Regeln für die Ermittlung des reinen Einkommens gemäss Artikel 25 des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer.
*Abs. 1quater*
Das Einkommen nach Absatz 1bis ist um einen Zuschlag von 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens zu erhöhen.
*Abs. 1quinquies*
Der Bundesrat legt nach Rücksprache mit den Kantonen die für die Ermittlung des Anspruchs auf Prämienverbilligung massgebende Referenzprämie fest.
*Abs. 2*
Die Prämienverbilligungen sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden. Kann die Belastungsgrenze nach Absatz 1bis mit den ausbezahlten Beiträgen nicht erreicht werden, so übernimmt der Kanton den fehlenden Betrag.

**Art. 65**
*Proposition de la commission*
*Al. 1bis*
Les réductions des primes doivent être calculées de telle manière que le total des primes dues au titre de l'assurance obligatoire des soins par un assuré pour lui-même et pour les membres de sa famille auxquels il est lié par une obligation d'entretien, ne dépasse pas 8 pour cent de son revenu corrigé d'un facteur tenant compte de la fortune. Est compétent le canton où l'assuré s'acquitte de l'impôt fédéral direct.
*Al. 1ter*
Le calcul du revenu pris en compte pour établir le droit à la réduction de primes s'effectue selon les règles régissant le calcul du revenu net selon l'article 25 de la loi fédérale sur l'impôt fédéral direct.
*Al. 1quater*
Le revenu selon l'alinéa 1bis doit être augmenté d'un supplément correspondant à 10 pour cent de la fortune imposable d'après la législation cantonale.
*Al. 1quinquies*
Le Conseil fédéral fixe la prime de référence qui est déterminante pour établir le droit à la réduction des primes après consultation des cantons.
*Al. 2*
Les réductions des primes 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. Lorsque la limite de la charge selon l'article 1bis ne peut pas être atteinte avec le montant alloué au titre des subsides, le canton prend en charge le montant manquant.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: In diesem Artikel wird die Neuerung verankert, die ich Ihnen im Eintretensreferat als zweite Säule, also als zweiten Eckpfeiler, umschrieben habe. Es wird das Sozialziel formuliert, dass in diesem Land niemand mehr als 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens für seine Krankenkassenprämien und die Prämien seiner Familienangehörigen, für die er unterhaltspflichtig ist, zu bezahlen hat. Es versteht sich von selbst, dass es sich einzig um die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung handelt. Zudem werden zur Berechnung nicht die real bezahlten Prämien herangezogen, sondern gemäss Absatz 1quinquies eine vom Bundesrat nach Rücksprache mit den Kantonen festgelegte Referenzprämie, die sich aus einem Durchschnitt der niedrigsten Prämien zusammensetzt.
In Absatz 5 der Übergangsbestimmungen wird zudem festgehalten, dass das Sozialziel innert drei Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision zu erreichen ist.
Die Kommission hat Ihnen zur Erläuterung des Finanzierungsbeschlusses, über den am Ende dieser Beratung abzustimmen sein wird, am 10. September 2001 einen schriftlichen Bericht zukommen lassen. In diesem Bericht sind Ausführungen enthalten und Zahlen zusammengestellt, die Ihnen auch bei diesem Artikel als Entscheidgrundlage dienen können. Ich möchte daher darauf verzichten, Ihnen allzu viele Zahlen zu zitieren, und möchte mich nur auf einige Bemerkungen beschränken.
Sie ersehen aus Artikel 65 Absatz 2, dass die Kantone die Prämienverbilligungen so festzulegen haben, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden. Kann die Belastungsgrenze mit diesen Beiträgen trotzdem nicht erreicht werden, so übernimmt der Kanton den fehlenden Betrag. Diese Bestimmung geht mit Bedacht davon aus, dass die Kantone betreffend die Höhe der in ihrem Gebiet anfallenden Gesundheitskosten in die Pflicht genommen werden sollen.
Die Kommission ist sich jedoch auch bewusst, dass gerade im Bereich der Ausgestaltung des Grundleistungskataloges auch dem Bund Verantwortung zukommt. Sie beantragt Ihnen aus diesem Grund – ich werde später noch darauf zurückkommen –, die für Prämienverbilligungen zur Verfügung gestellten Bundesmittel ab dem Jahr 2004 um jährlich 300 Millionen Franken zu erhöhen. Um eruieren zu können,

wie viele zusätzliche Mittel Bund und Kantone zur Verfügung stellen müssen, um das angestrebte Sozialziel zu erreichen, hat die Kommission Modellrechnungen in Auftrag gegeben. Aus diesen Rechnungen können die folgenden Schlüsse gezogen werden:
Damit das Sozialziel erreicht werden kann, müssen in den Jahren 2004 bis 2007 von Bund und Kantonen insgesamt zwischen 2,5 und 3 Milliarden Franken an Subventionen zur Verfügung stehen. Geht man von den heutigen Zahlen und einer vollen Ausschöpfung der vom Bund zur Verfügung gestellten Gelder aus, so könnte einzig der Kanton Waadt mit etwa minus 40 Millionen Franken das angestrebte Ziel nicht erreichen. Nach einer Erhöhung des Bundesbeitrages um 300 Millionen Franken gemäss Finanzierungsvorlage wäre die Deckung auch im Kanton Waadt möglich.
In vielen Kantonen, namentlich der Ost- und Zentralschweiz, wird die Einführung der Achtprozentgrenze nichts ändern, da die Belastungsgrenze bereits heute erheblich unter diesem Wert liegt. Diese Kantone werden daher auch keine Veranlassung haben, vermehrt Bundesbeiträge abzuholen. Die vom Bund zusätzlich zur Verfügung gestellten 300 Millionen Franken werden aus diesem Grund lediglich zu einem Teil und im Rahmen ihrer Bezugsberechtigung von jenen Kantonen ausgeschöpft werden, die das Sozialziel nicht erreichen.
Im Namen Ihrer einstimmigen Kommission bitte ich Sie um Zustimmung zu diesem Artikel.

**Langenberger** Christiane (R, VD): Je crois avoir mentionné hier, lors de l'entrée en matière, les difficultés que cette proposition faisait au canton de Vaud, étant donné que nous n'arrivons pas, l'Office fédéral des assurances sociales et les chefs de service de notre canton, à nous mettre d'accord. Mme Beerli a rappelé que nous allions augmenter les moyens mis à disposition des cantons de 300 millions de francs. Mais moi, on me répète dans le canton de Vaud que ce nivellement des primes coûterait 200 millions de francs, preuves à l'appui, et j'ai donné des explications dans l'entrée en matière. Alors, j'espère que soit vous êtes arrivés maintenant à clarifier la situation de cette différence de chiffres, ou alors il faudrait en tout cas le faire pour les débats en commission du Conseil national, parce que je ne peux pas admettre de charger le canton de Vaud de 200 millions de francs supplémentaires alors qu'il se trouve déjà dans une situation dramatique.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich antworte Frau Langenberger und indirekt auch Herrn Lauri, der ja gestern den Antrag gestellt hat, dass wir bis zur Wintersession eine wirklich klare Kostenrechnung erstellen, um aufzeigen zu können, wie sich das verhält, und dass alle Mitglieder des Rates – nicht nur die Kommissionsmitglieder – diese Kostenrechnung dann ausgeteilt erhalten.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Hier aussi, à la suite de l'intervention de M. Lauri, j'ai promis que nous ferions ce travail à temps pour la commission et qu'il pourrait être distribué largement.
J'aimerais déjà dire ici que, bien sûr, nous soutenons cette proposition. C'est important de le dire dans la mesure où c'est un des domaines où la commission s'est montrée créative. Elle est allée au-delà des solutions présentées par le Conseil fédéral. Cette proposition, au fond, renoue avec des idées vieilles de dix ans, celles de la commission Schoch. La charge, en particulier sur les revenus moyens des familles, des ménages, représente un problème que les primes d'assurance-maladie posent à ces familles. Je crois que la réponse est bonne. D'un côté, un système de prime par tête et, d'un autre côté, on fixe le seuil à 8 pour cent du revenu du ménage. Donc, on tient compte du facteur familial, et je crois que cela est excellent.
Un des problèmes qui se pose dans les cantons et qui pourrait expliquer aussi ces différences, c'est qu'actuellement il y a des cantons qui, pour les catégories les plus basses de revenu, allègent de plus de 8 pour cent. Il y a des personnes qui ont la quasi-gratuité ou qui ne paient que 1, 2 ou 3 pour cent de leur revenu parce que la limite de ce revenu est très basse, selon les législations cantonales. Et alors, nous ne voyons pas, en commission, comment la Confédération pourrait aider à résoudre une des questions qui s'est posée en commission. Cette question était que des cantons qui voudraient à la fois garder le système en faveur des revenus les plus bas seraient obligés d'étendre vers le haut l'obligation de ne pas dépasser le 8 pour cent du revenu, voire de le dépasser. Là, il y a un effet de cumul devant le choix qui est absolument libre pour les cantons – et que la plupart des cantons ont accepté – entre décharger davantage les plus bas revenus et l'obligation de ne pas dépasser le 8 pour cent.
Nous soulèverons ce point aussi dans notre rapport, et nous montrerons quelles peuvent être les difficultés pour les cantons, parce qu'il est clair que le but de la commission n'est pas de péjorer la situation des personnes qui ont les revenus les plus bas, mais d'étendre vers les classes moyennes l'octroi des subventions. Et là, il peut y avoir la différence que vous soulignez.

**Merz** Hans-Rudolf (R, AR): Ich bin nicht Mitglied der Kommission und bitte Sie deshalb um Nachsicht, wenn ich zu Absatz 2 eine Frage zur Interpretation an die Kommission stelle. Hier steht: «Die Prämienverbilligungen sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge .... grundsätzlich voll ausbezahlt werden.» Wenn ich irgendwo in einer Gesetzgebung das Wort «grundsätzlich» antreffe, dann habe ich immer etwas Mühe. Ich weiss dann nicht, ob es ein Grundsatz ist, von dem es Ausnahmen gibt, oder ein Grundsatz, der keine Ausnahmen erlaubt. In diesem Zusammenhang ist mir nicht klar, was «grundsätzlich» bedeutet. Vielleicht hat die Kommission hierzu eine Interpretation, denn je nachdem wäre es für mich sehr wichtig, dass man das mindestens redaktionell nochmals anschaut.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Auch wir haben vorhin eben über diesen Absatz diskutiert, und ich gebe jetzt meine Interpretation: Wir haben das in der Kommission nicht durchbesprochen – ich werde es noch einmal in die Kommission nehmen. Ich bin nach jetzigem Wissensstand der Ansicht, dass dieser Satz zu streichen ist. Ich glaube, er wurde aus der alten Fassung des Gesetzes übernommen, und er hat nach der jetzigen Regel keinen Sinn mehr, denn es kann auf gar keinen Fall darum gehen, dass man die Bundesbeiträge in allen Kantonen zu hundert Prozent auszuschöpfen hat. Das ist also wirklich nicht der Sinn unserer Bestimmung. Die Kantone müssen einfach in der Lage sein, gemeinsam mit dem Bundesbeitrag und dem, was sie hinzuzufügen haben, die Achtprozentgrenze zu erreichen, mehr wollen wir ihnen nicht vorschreiben. Wenn sie das erreichen können, ohne den Bundesbeitrag zu hundert Prozent auszuschöpfen, können sie das tun, dann müssen sie nicht mehr ausschöpfen. Wenn sie es nicht können, dann müssen sie die hundert Prozent natürlich ausschöpfen und noch ihren Teil hinzufügen. Es soll aber nicht so sein, dass wir den Kantonen vorschreiben, den Bundesbeitrag zu hundert Prozent auszuschöpfen, sofern sie in der Lage sind, das Sozialziel zu erreichen.
Ich werde diesen Satz noch einmal mit der Kommission überprüfen, und wir werden Ihnen auch darüber im Winter Bericht erstatten.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich habe nichts dagegen, wenn man diesen Satz streicht. Er entspricht aber bisherigem Recht, und der entscheidende Hinweis lautet eben «nach Artikel 66». Es ist hier ein Verweis auf Artikel 66 enthalten, der klar festlegt, dass die Kantone zwingend lediglich 50 Prozent auszurichten haben. Das muss man im ganzen Prozedere sehen.
Gegenüber der heutigen Praxis wird hier nichts ändern, aber ich teile an sich die Auffassung, dass dieser Satz wahrscheinlich auch gestrichen werden könnte.

**Fünfschilling** Hans (R, BL): Ich bin auch sehr einverstanden damit, wenn dieser Satz gestrichen wird. Denn auch in unserem Kanton haben wir diese Beträge immer bewusst nicht voll ausgeschöpft. Es geht ja um Folgendes: Absatz 1 besagt, dass den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren sind. Wenn wir jetzt diesen Betrag voll ausschöpfen müssten, dann würde das in unserem Kanton heissen, dass weit über 50 Prozent aller Steuerzahlerinnen und Steuerzahler in den Genuss von Prämienverbilligungen kämen. Damit würde dann ein Widerspruch zum Ausdruck «in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen» entstehen, weil man nicht 60 bis 70 Prozent der Leute als in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebend bezeichnen kann.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je suis un peu surprise par cette proposition, mais je crois que ce n'est pas juste. L'interprétation que vous faites n'est pas celle du 100 pour cent des moyens mis à disposition par la Confédération, ce qui justifie vos remarques et votre proposition de biffer ce passage. Je crois que cela tient au fait qu'il y a des moyens qui sont réservés pour cela et qu'ils doivent en principe être utilisés pour cela. Mais ces moyens sont, selon les cantons, entre le 50 et le 100 pour cent.
Vous savez, nous avons eu au début – je ne citerai pas quel canton – des difficultés en ce sens que des dizaines de millions de francs restaient dans des caisses cantonales. Ils n'étaient pas dépensés alors que nous les avions mis à disposition du canton concerné pour le seul but de verser des subsides. Et c'était un canton qui nous demandait 50 pour cent. Je ne regarde personne en particulier d'ailleurs, puisque vous êtes tous des représentants des cantons; il faut que je regarde un peu en l'air pour qu'on n'ait pas l'impression que j'accuse un canton nommément! *(Hilarité)* Mais nous avons eu des cas de ce genre. Nous avons eu, oui, plusieurs dizaines de millions de francs qui étaient dans la caisse d'un canton et qui n'arrivaient pas aux bénéficiaires, parce que la loi était formulée d'une telle façon que, même avec le minimum – 50 pour cent –, le canton en cause ne dépensait pas tout.
J'aimerais donc ici vous prier de laisser ce principe, plutôt que, dans l'enthousiasme général, de biffer quelque chose.
Je peux rassurer en tout cas aussi M. Merz qui dit qu'il y a toujours une ambiguïté dans l'expression «en principe»: ça, c'est vraiment un «en principe» de nature comptable et qui n'est donc pas un principe impératif, moral, éthique, etc. Ce qui est demandé doit être utilisé pour le but fixé. Si ce n'est pas au franc près, au moins que ce soit au million près! Nous avons eu de mauvaises expériences dans ce domaine. C'est vraiment lié aux relations entre identification de ressources pour le subventionnement et subventions effectivement versées.

**Le président** (Cottier Anton, premier vice-président): Madame la Présidente de la commission, proposez-vous de reprendre l'examen de l'alinéa 2 en commission?

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Wir werden das noch einmal ansehen. Wir möchten einerseits in keiner Art und Weise – das habe ich präzisiert –, dass hier eine volle Ausschöpfungspflicht sozusagen über die Hintertür eingeführt wird. Andererseits entspricht diese Bestimmung geltendem Recht. Sie bezieht sich in der Tat auf Artikel 66, in dem man nur von fünfzigprozentiger Ausschöpfung spricht.
Aber wir werden das noch einmal genau prüfen und nehmen deshalb den Absatz zur Beratung in die Kommission zurück.

*Abs. 1bis, 1ter, 1quater, 1quinquies*
*Al. 1bis, 1ter, 1quater, 1quinquies*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 2 – Al. 2*

**Le président** (Cottier Anton, premier vice-président): L'alinéa 2 est renvoyé à la commission.

**Art. 66a**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: In der vom Bundesrat vorgeschlagenen Lösung wird die Befristung des Risikoausgleichs aufgehoben. Man ist sich allgemein darüber einig, dass der Risikoausgleich aus heutiger Sicht eine Marktvoraussetzung und nicht eine Marktbehinderung ist. Ohne ihn ergibt sich im Bereich der Krankenversicherung sehr schnell eine umfassende Wettbewerbsverfälschung. Die Kommission ist jedoch der Ansicht, dass der ganze Problembereich des Risikoausgleichs in einem weiteren Schritt vertieft zu überprüfen ist. Sie hat die Erarbeitung eines entsprechenden Berichtes in Auftrag gegeben. Dieser Auftrag ist in Absatz 4 der Übergangsbestimmungen verankert.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 79 Abs. 2bis**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 79 al. 2bis**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Hier wird eine Bestimmung aus dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes in das KVG übernommen. Bis zu einem sehr späten Zeitpunkt der Kommissionsberatungen erschien diese Bestimmung völlig unproblematisch. Dann erhielt die Kommission jedoch ein Schreiben des Schweizerischen Versicherungsverbandes, in dem erklärt wurde, diese Bestimmung enthalte ein Problempotenzial. Der Frage wird von der Verwaltung nachgegangen, und sie ist bei der Beratung im Zweitrat vertieft zu diskutieren.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 104a Abs. 2; 105**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 104a al. 2; 105**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. II**
*Antrag der Kommission*
*Titel, Abs. 1*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
*Abs. 2*
.... in dem die leistungsbezogenen Pauschalen ....
*Abs. 3*
Mit Inkrafttreten dieser Änderung wird der Anteil der Versicherer und der Kantone an den Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 3 zu Beginn jedes Kalenderjahres um einen Prozentpunkt erhöht beziehungsweise reduziert, sodass ....
*Abs. 4*
Der Bundesrat beantragt innerhalb von fünf Jahren eine Gesetzesrevision, die den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht, sodass den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenübersteht. Gleichzeitig schlägt der Bundesrat eine Verbesserung des Risikoausgleichs vor. Kantone und Versicherer können den Übergang zu einem monistischen System auf kantonaler Ebene vertraglich vereinbaren.

*Abs. 5*
Die Kantone haben das in Artikel 65 Absatz 1bis festgesetzte Sozialziel innert drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung zu erreichen.

*Antrag Büttiker*
*Abs. 4*
Der Bundesrat beantragt innerhalb von drei Jahren ....

*Antrag Stadler*
*Abs. 6*
Mit Inkrafttreten dieser Änderung haben die Kantone die festgelegten zusätzlichen Kosten bei privat und halbprivat Versicherten für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital nach Artikel 49 zu Beginn jedes Kalenderjahres abgestuft mit Schritten von 25 Prozent zu übernehmen, sodass der volle Finanzierungsanteil im vierten Kalenderjahr erreicht wird.

**Ch. II**
*Proposition de la commission*
*Titre, al. 1*
Adhérer au projet du Conseil fédéral
*Al. 2*
.... les forfaits liés aux prestations prévus ....
*Al. 3*
Dès l'entrée en vigueur de la présente modification, la part des assureurs et des cantons aux rémunérations prévues à l'article 49 alinéa 3 doit être augmentée ou réduite d'un point pour cent au début de chaque année civile de sorte que ....
*Al. 4*
Le Conseil fédéral propose, dans un délai de cinq ans, une révision de la loi qui prévoit le passage à un système de financement moniste, de sorte que les fournisseurs de prestations n'aient en face d'eux qu'un seul agent payeur. Les cantons et les assureurs peuvent prévoir par convention sur le plan cantonal le passage à un système de financement moniste. Dans le même temps le conseil fédéral propose une amélioration de la compensation des risques.
*Al. 5*
Les cantons doivent atteindre l'objectif social fixé à l'article 65 alinéa 1bis dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur de la présente modification.

*Proposition Büttiker*
*Al. 4*
Le Conseil fédéral propose, dans un délai de trois ans ....

*Proposition Stadler*
*Al. 6*
Suite à l'entrée en vigueur de la présente modification, les cantons sont tenus de prendre en charge les frais supplémentaires des assurés privés et semi-privés en matière de soins hospitaliers, y compris le séjour à l'hôpital conformément à l'article 49; cette contribution, apportée au début de l'année civile, s'élèvera à 25 pour cent la première année, et augmentera progressivement jusqu'à atteindre cent pour cent au bout de quatre ans.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Zu den Absätzen 1 und 2 habe ich keine Bemerkungen. In Absatz 3 wird festgehalten, in welchem Rhythmus die Angleichung des Kostenteilers zwischen Versicherern und Kantonen bei der Spitalfinanzierung vorzunehmen ist.
Zu Absatz 4: Wie bereits erwähnt, verpflichtet Ihre Kommission den Bundesrat, innerhalb von fünf Jahren ab Inkrafttreten dieser Revision eine weitere Gesetzesrevision vorzulegen, die den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht. Die fünf Jahre sind dazu zu nutzen, die Voraussetzungen für die Einführung eines solchen Finanzierungssystems zu schaffen, das heisst, namentlich die Frage zu klären, wie die von den Kantonen einzuwerfenden Mittel am vernünftigsten und effizientesten zu verteilen sind und wie die Versorgungssicherheit im stationären Bereich garantiert werden kann.
Zudem können die Kantone bei Einführung eines monistischen Systems nicht mehr als Leistungserbringer im stationären Bereich auftreten. Die Vorbereitungsarbeiten haben in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen zu erfolgen. Innerhalb derselben Frist von fünf Jahren hat der Bundesrat auch Vorschläge zur Verbesserung des Risikoausgleichs zu unterbreiten. Als Letztes wird noch festgehalten, dass Kantone und Versicherer bereits vor Ablauf der erwähnten Frist den Übergang zu einem monistischen System auf kantonaler Ebene vertraglich vereinbaren können. Hierzu gibt es einen Antrag Büttiker.

**Büttiker** Rolf (R, SO): Sie haben es gestern deutlich abgelehnt, sofort und direkt zum monistischen System überzugehen. Ich habe in dieser Debatte aber festgestellt, dass sehr viel Sympathie dafür vorhanden ist; es wurde höchstens darauf hingewiesen, dass die Zeit dafür noch nicht reif sei, wie gesagt wurde – es brauche mehr Zeit, es brauche noch einige Abklärungen und eine Aufarbeitung der Daten. Der Vollzug müsse in jedem Fall gewährleistet sein.
Wir sind uns einig – die Kommissionspräsidentin hat Ihnen Absatz 4 erläutert –, dass wir früher oder später zu einem monistischen System übergehen werden und müssen. Ich bin dafür, dass wir vorwärts machen und etwas Dampf aufsetzen: lieber früher als später.
Deshalb stelle ich den Antrag, die Frist für den Bundesrat von fünf auf drei Jahre zu reduzieren. Absatz 4 sieht nämlich vor, dass der Bundesrat fünf Jahre Zeit hat, um einen Antrag zu stellen. Dann wird es noch Vernehmlassungen geben, und es wird noch einige Zeit ins Land gehen, bevor etwas umgesetzt werden kann. Deshalb ist es richtig, hier die Frist zu verkürzen, vorwärts zu machen und das monistische System so früh als möglich einzuführen.
Gestern haben mir auch einige Kolleginnen und Kollegen aus dem Rat anheimgestellt, diesen Antrag zu stellen, damit hier nicht sofort umgestellt wird, sondern dass wir eine Zwischenlösung, eine Art Kompromiss, suchen und die ganze Sache auf drei Jahre befristen. Ich glaube, die Zeit reicht, damit der Bundesrat hier einen Antrag stellen kann. Das ganze Verfahren braucht dann noch einmal so viel Zeit. Deshalb ist es angesichts der Situation, in welcher sich unser Gesundheitswesen befindet, richtig, etwas Bewegung und Dynamik hineinzubringen und die Frist auf drei Jahre anzusetzen. Ich glaube, dass der Bundesrat bei etwas gutem Willen auch mit dieser Frist leben könnte, Frau Bundesrätin Dreifuss.

**David** Eugen (C, SG): Ich möchte den Antrag Büttiker unterstützen. Neben den Überlegungen, die er zur Begründung seines Antrages bereits vorgetragen hat, gibt es noch folgende: Es ist ganz wichtig, dass wir die Kohärenz des Systems sicherstellen. Sie wissen, dass die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung immer Probleme macht. Diese Probleme werden mit dem jetzigen Antrag der Kommission eigentlich verschärft. Diese zusätzlichen Probleme dürfen nur während eines möglichst kurzen Zeitraumes bestehen. Im ambulanten Bereich haben wir jetzt mehr Vertragsfreiheit, auch mehr Wettbewerb, während im stationären Bereich noch die Regel der Besitzstandswahrung gilt.
Das führt dann natürlich zu Bestrebungen, sich vom einen in den anderen Bereich zu begeben und die Bereiche voneinander abzuschotten. Das ist für das Gesamtsystem ungünstig. Es sollte im Gegenteil so sein, dass zwischen «ambulant» und «stationär» möglichst vollständige Durchlässigkeit besteht und man den Entscheid, ob man jemanden stationär oder ambulant behandelt, nach sachlichen, insbesondere medizinischen Kriterien fällt und nicht nach der Art der Finanzierung dieser beiden Systeme. Je länger dieser Zustand, diese Zwischenphase, andauert, desto ungünstiger ist es. Daher bin ich der Meinung, man sollte diese Frist herabsetzen.
Ich bin auch überzeugt, dass vom Konzeptionellen her die Lösungsvorschläge auf dem Tisch sind. Man muss sie noch

detailliert ausarbeiten und muss selbstverständlich den Spitälern und den Spitalträgern nachher auch genügend Zeit geben, sie umzusetzen. Das kommt ja nachher noch. Wenn der Bundesrat dann Vorschläge macht, muss es natürlich auch eine genügend lange Übergangsfrist geben.
Aber hier geht es eigentlich um die Vorschläge des Bundesrates. Sie sollten innert drei Jahren vorliegen. Ich bitte Sie daher, dem Antrag Büttiker zu folgen.

**Lauri** Hans (V, BE): Ich unterstütze diesen Antrag auch. Ich habe gestern dafür plädiert, dass ein Übergang in einem Schritt nicht möglich ist. Dieser Auffassung bin ich immer noch, aber das spricht nicht dagegen, dass man die Frist verkürzt.
Ich möchte noch zwei Dinge präzisieren: Wenn wir jetzt diesen Antrag unterstützen, so heisst das, dass die Änderung in der Grössenordnung etwa auf das Jahr 2010 hin stattfinden kann. Die Vorbereitungszeit beträgt zwei Jahre bis ins Jahr 2004, dann folgen drei Jahre gesetzliche Frist, zwei Jahre in den Räten und zwei bis drei Jahre Umsetzungsfrist; dies entnehme ich dem Votum von Herrn David. Das ergibt etwa das Jahr 2010. Es scheint mir, eine Regelung auf diese Frist hin müsste doch möglich sein.
Das zweite Argument: Die Kantone haben ein Interesse daran, in absehbarer Zeit zu wissen, wohin der weitere Weg geht. Ist es das Bisherige, oder ist es eben der Monismus, der das System der Zukunft ist? Die Kantone sind darauf angewiesen, hier möglichst rasch Klarheit zu haben. Deshalb scheint mir dieser Antrag unterstützenswert.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Bien sûr que je devrais peut-être me taire puisqu'il s'agit d'une proposition de la commission, mais j'ai quand même une légitimité pour en parler puisque c'est le Conseil fédéral qui devrait agir. J'aimerais vous expliquer pourquoi, à mon avis, la limite de trois ans, telle qu'elle vient d'être proposée par M. Büttiker, n'est pas opportune.
D'abord, il faut savoir ce que veut dire «système moniste». Nous en avons parlé hier. Cela veut dire qu'il y a un seul agent payeur. Cela ne veut pas dire que les ressources versées par cet agent payeur ne proviennent que d'une source, au contraire. Nous avons bien vu hier que cela signifie que cet agent payeur, dans ce cas l'assurance-maladie, reçoit de l'argent de ses assurés et de l'Etat. Si vous avez refusé hier de suivre la proposition qui consistait à passer tout de suite au système moniste, ce n'est pas parce que c'est difficile de savoir comment installer un agent payeur, mais parce qu'il est difficile de savoir comment, selon quels mécanismes, l'agent payeur reçoit de l'argent de ceux qui lui en donnent; il peut s'agir soit des primes et ça ce sont les assurés, soit des subventions et ça c'est l'Etat. C'est ça la difficulté avec le système moniste. Si ce n'était qu'une question de savoir à quel guichet on doit s'adresser, je vous aurais suivi hier déjà. Mais, ce n'est pas ça le problème!
Le problème, Monsieur Lauri, c'est comment les cantons participent au financement du système de santé, quand l'agent payeur est unique. Actuellement, il est double. Mais avec des règles très précises: le fifty-fifty, le type de forfait, le paiement des prestations et plus de couverture des déficits, nous mettons déjà en place tous les éléments qui doivent nous permettre aussi d'accumuler de l'expérience, de voir comment ça fonctionne, d'avoir les chiffres que vous nous demandiez hier. Dans ce sens-là, c'est plus difficile que vous le pensez. Il serait alors peu opportun d'introduire le système moniste avant d'avoir passé au système que nous vous proposons. Et là, je crois qu'il y a quand même un lien, Monsieur Stadler, avec l'alinéa 6 des dispositions transitoires, que vous proposez.
Si vous demandez que l'on arrive au système «moitié-moitié», dans un laps de temps de plusieurs années – c'est dans ce sens-là aussi, Monsieur Lauri, que vous avez demandé un échelonnement –, alors, il ne faudrait pas que l'on arrive à la fin de l'échelonnement en ayant déjà en discussion le nouveau système et sans avoir vu toutes les conséquences de ce premier pas. En d'autres termes, Monsieur Büttiker, faisons le premier pas. Nous le faisons de façon déterminée. Peut-être que le délai de cinq ans proposé par M. Stadler est trop long, mais ça, c'est de nouveau une question d'équilibre, n'est-ce pas? Mais ne commençons pas avec un nouveau système avant d'avoir fini le premier pas. Quand on essaie de faire un deuxième pas en ayant encore un pied en l'air, en général, on trébuche.

**Lauri** Hans (V, BE): Frau Bundesrätin, ich entschuldige mich, dass ich nach Ihrem Votum noch einmal das Wort ergreife. Ich möchte noch zwei Dinge sagen:
1. An sich hätte ich dies schon in meinem vorhergehenden Votum präzisieren müssen. Wenn wir bestimmen, es seien für den Übergang in den Monismus Vorschläge zu machen, wäre es ja auch denkbar, dass diese vertieften Abklärungen ergeben würden, dass es Probleme gibt, die wir heute noch nicht erkennen – das meine ich jetzt ganz ehrlich. Das würde Ihr Votum teilweise berücksichtigen; das hätte ich vorhin bereits sagen sollen. Für mich ist es entscheidend, dass diese schon ziemlich lange Diskussion über das monistische System irgendeinmal zum Punkt kommt, wo man dann Entscheide treffen kann. Noch einmal: Für mich ist das offen. Ich würde dann mit grossem Interesse sehen, was uns der Bundesrat und die Verwaltung vorlegen würden.
2. Ich glaube nicht, dass sich das, was wir hier einschieben, und der Antrag Stadler, über den wir noch diskutieren werden, ausschliessen. Denn im einen Fall sprechen wir vom Jahr 2010. Der Zeitpunkt, zu dem der Übergang stattfinden könnte, liegt also noch sehr weit vor uns. Das Koordinationsproblem zwischen dieser Frist und der Übergangsbestimmung hinsichtlich der Finanzierung scheint mir nicht unüberwindbar, auch wenn ich es nicht zu gering einschätzen möchte. Die Hauptstossrichtung ist schon, diese Debatte – welche auf die neue Gesetzgebung in den Kantonen, die an verschiedenen Orten unterwegs ist, hemmend wirkt – einmal zu Ende zu führen. Das ist mein Grundanliegen, wenn ich den Antrag Büttiker unterstütze.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je comprends tout à fait ce désir, et c'est la raison pour laquelle, en commission, j'ai proposé que l'on nous demande un rapport dans un laps de temps plus bref, ce qui ne poserait pas de problème, dans ce cas. Mais dans la mesure où il s'agit d'une révision de la loi, je trouve qu'un laps de temps de trois ans, comme il nous est proposé maintenant, est trop court parce que nous n'aimons pas présenter un projet de révision de la loi avant d'avoir fait l'expérience d'une première réforme. Je dirai donc encore une fois que ce n'est pas ma proposition, mais celle de la commission. Nous pouvons accepter l'idée d'une révision de la loi dans un laps de temps de cinq ans, mais si vous maintenez un laps de temps de trois ans, je dois revenir avec ma proposition: dans trois ans, le Conseil fédéral vous présentera un rapport sur tous les tenants et aboutissants, les premières expériences, etc., en matière de passage au système moniste. A vous de choisir, mais je considère que vous faire présenter un projet de révision de la loi dans les trois ans, c'est trop serré si les expériences n'ont pas encore pu être réellement analysées.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich möchte vonseiten der Kommission auch noch kurz etwas hinzufügen. Ich wollte den Antrag nicht direkt bekämpfen, da es für mich eine Ermessensfrage ist, wie viele Jahre man hier einsetzt. Ich möchte aber doch ganz klar die Gedanken der Kommission aufzeigen: Wir sind davon ausgegangen, dass man unverzüglich mit der Arbeit beginnt. Es ist also nicht die Meinung, dass man jetzt wartet – auch nicht drei Jahre –, bevor etwas geschieht, sondern dass man unverzüglich beginnt, sich Gedanken zu machen, was geändert werden muss. Man sollte beginnen, die Studien zu erstellen, um zu klären, wie wir diese Probleme, die wir hier alle aufgezeigt haben, lösen wollen, also was die vernünftige Art der Geldverteilung ist, wie man mit der Tatsache umgehen muss, dass die Kantone im stationären Bereich immer auch noch Leistungserbringer sind.

Ich habe auch ausgeführt, dass wir der Meinung sind, dass diese Arbeiten in engem Kontakt zwischen Bund und Kantonen geschehen müssen, weil die Kantone hier auch sehr stark in die ganze Problematik impliziert sind. Ein Bericht wird also ganz sicher schon in einem oder anderthalb Jahren vorliegen müssen, davon gehen wir aus.
Wenn man eine wirklich durchdachte Gesetzesvorlage ausarbeiten will – also nach der Evaluation der erwähnten Berichte und so, dass sie für die parlamentarische Behandlung bereit ist –, so sind fünf Jahre nach der Überzeugung Ihrer Kommission keine lange Zeit. Damit wir diese Zeit zur Verfügung haben und nutzen können, beantrage ich Ihnen daher, der Fassung der Kommission zu folgen.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Erlauben Sie, dass ich noch einmal ganz kurz das Wort ergreife. Ich habe ein wenig den Eindruck erhalten, dass der Auftrag, tatsächlich einen Revisionsentwurf vorzulegen, welcher den Übergang vorsieht, etwas relativiert wird. Es geht jetzt zum Teil in Richtung eines Berichtes. Kollege Lauri hat gesagt, wenn man dann zur entsprechenden Auffassung kommen würde, könnte man ja auch darlegen, weshalb dieser Schritt nicht zu tun sei. Das war nicht die Auffassung der Kommission. Wir wollen diesen Übergang klar, weil viele Teile der Revisionsvorlage, die wir nun beantragen, nur Sinn machen, wenn wir schlussendlich einen Wechsel vornehmen.
Sonst erhalten wir mit dieser Revision eine Lösung, die von allem Anfang an hinkt und die für die Kantone sowie für die Prämienzahler – allein in der Grundversicherung – Kosten bringt. Das können wir à la longue nicht so halten. Es kann nur eine Übergangslösung sein. Die Übergangsbestimmung richtet sich mit dieser Verpflichtung auch nicht nur an den Bundesrat, sondern sie ist indirekt natürlich auch an die Kantone adressiert. Die Kantone müssen sich auf den Wechsel vorbereiten. Sie müssen die nötigen Voraussetzungen schaffen: beispielsweise rechnungsmässig in den Spitälern, aber auch in Richtung vermehrter Ausgliederung der Spitäler aus der eigentlichen Kantonsverwaltung.
Über die Dauer kann man sich natürlich streiten. Ich habe in der Kommission ja tatsächlich auch einen Antrag auf drei Jahre gestellt, und Frau Bundesrätin Dreifuss hat damals auf sieben Jahre tendiert. Wir sind in der Mitte, bei fünf Jahren, «hängen geblieben». Ich habe gestern schon gesagt: Ich kann mir vorstellen, dass man diese Frist noch etwas verkürzen könnte. Es ist ja nun einfach ein Auftrag. Bis dieser Auftrag umgesetzt ist, wird auch noch einige Zeit ins Land gehen. Deshalb sehe ich keine Unvereinbarkeit mit dem Antrag Stadler.

**Studer** Jean (S, NE): M. Stähelin a déjà parlé des exigences que cette révision imposait aux cantons. Je voudrais que notre Conseil soit conscient du signal politique que l'on donne si, à un moment donné, ayant beaucoup parlé de la santé et mis sous toit une révision assez importante de la loi, on dit qu'on s'engage déjà à la changer dans trois ans. Nos concitoyennes et nos concitoyens vont se demander ce qu'on fait ici depuis des heures si on est en train déjà de dire que dans trois ans seulement, on va quand même bouleverser radicalement le système. Ils ne vont plus s'y retrouver! Il y aura déjà des choses importantes à faire comprendre aux cantons, à faire comprendre aux assurés, à faire comprendre aux fournisseurs de prestations, il y aura des outils à contrôler. On ne peut pas leur dire que tout cela sera mis à plat dans trois ans parce qu'on a déjà décidé de faire autre chose que ce qu'on veut faire aujourd'hui!

*Titel, Abs. 1–3 – Titre, al. 1–3*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 4 – Al. 4*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 18 Stimmen
Für den Antrag Büttiker .... 17 Stimmen

*Abs. 5 – Al. 5*

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: In Absatz 5 der Übergangsbestimmungen wird festgehalten, dass das in Artikel 65 Absatz 1bis festgesetzte Sozialziel innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Revision zu erreichen ist.

*Angenommen – Adopté*

*Abs. 6 – Al. 6*

**Stadler** Hansruedi (C, UR): Mein Antrag für einen neuen Absatz 6 der Übergangsbestimmungen will die Finanzierungsumlagerung auf die Kantone abfedern. Diese Umlagerung soll stufenweise in vier Schritten erfolgen.
Ich war für Eintreten auf die Revisionsvorlage; damit stehe ich auch zum Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung. So teile ich beispielsweise die entsprechende Beurteilung der Kollegen Briner und Lauri in der Eintretensdebatte zu diesem Punkt vollumfänglich.
Nun gilt es aber, das, was so oder so irgendwann gekommen wäre, abzudämpfen. Mein Antrag will in diesem Sinne eine Brücke zu einem berechtigten Anliegen der Kantone bauen. Wir haben verschiedene Akteure, die in unserem Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle spielen. Wir kommen nicht weiter, wenn diese Akteure immer nur auf ihren festen Positionen beharren; wir sitzen alle im gleichen Boot. Wenn es um die enorme Zunahme der Gesundheitskosten geht, werden wir alle von der Bevölkerung gleichermassen in die Pflicht genommen.
Der Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung ist eine entscheidende Weichenstellung, die ich wie bereits erwähnt unterstütze. Auf der anderen Seite hoffe ich auf Ihr Verständnis, wenn es nun darum geht, wie dieser Wechsel vollzogen wird. Dazu bieten sich erfahrungsgemäss entsprechende Bestimmungen im Übergangsrecht an. Ich danke allen Kolleginnen und Kollegen, der Berichterstatterin und auch der Departementsvorsteherin dafür, dass sie bereits beim Eintreten meinen Antrag wohlwollend aufgenommen haben – so wohlwollend, dass ich bereits gestern fast vom Wort ergriffen worden wäre.
Wir müssen nun an dieser Stelle nicht die ganze Eintretensdiskussion wiederholen. Ausgangspunkt für meinen Antrag ist aber die Tatsache, dass die KVG-Revision eine Finanzierungsverschiebung zulasten der Kantone mit sich bringt. Die Kantone werden nun verpflichtet, auch für die Zusatzversicherten einen Sockelbeitrag an die Spitalbehandlungen im Bereich der Stufe Basisservice zu bezahlen. Dieser Beitrag entspricht bekanntlich dem Beitrag an die Versicherten ohne Zusatzversicherung.
Wir können jetzt noch lange diskutieren, wie hoch diese Finanzierungsumlagerung zulasten der Kantone sein soll; dies bringt uns auch nicht viel weiter. Anlässlich der Medienkonferenz vor einem Jahr ging das BSV von einer Schätzung von 1,2 Milliarden Franken aus. Beim Eintreten wurde von verschiedener Seite richtigerweise gesagt, dass die Mehrbelastung der Kantone durch den Einbezug der Spitalinvestitionen in die anrechenbaren Kosten gedämpft werde. Das trifft zu. Wir können somit nicht mehr von diesem Betrag von 1,2 Milliarden Franken ausgehen. Aber die Mehrkosten werden trotzdem gegen eine Milliarde Franken betragen.
Ich komme zu einem weiteren Punkt: Die Zusatzbelastung trifft, Ausnahmefälle ausgenommen, die einzelnen Kantone unabhängig von ihrer Kostenstruktur für stationäre Behandlungen. Entscheidend sind vielmehr die folgenden beiden Punkte: erstens einmal die Anzahl der Privat- und Halbprivatbehandlungen im Kanton und zweitens die Leistungen, die in den für die Versorgung anerkannten Privatspitälern erbracht werden. Gerade diese letzteren Leistungen sind heute nicht einfach abschätzbar.
Eine Übergangsbestimmung, die den gleichen Übergangsrhythmus für alle Kantone stipuliert, ist deshalb meines Erachtens gerechtfertigt. Eine Übergangsregelung, wie ich sie vorschlage, ist – wie bereits in Absatz 3 gesehen – auch im

KVG nichts Aussergewöhnliches. Ja, mein Vorschlag lehnt sich an diese Regelung an. Mit diesen drei Stufen von je 25 Prozent gehe ich auch zum Teil von der Hoffnung und Erwartung aus, dass für die Jahre 2002 und 2003, d. h. bis und mit Inkrafttreten der vorliegenden Revision, ein Kompromiss zwischen den Kantonen und Kassen gefunden werden kann und gefunden werden sollte. Betrachtet man diese beiden Bereiche miteinander, so erhalten die Kantone eine angemessene Übergangszeit, um den Schritt zu dieser Finanzierungsumlagerung zu vollziehen.
Kollegin Forster hat beim Eintreten die Frage aufgeworfen, wer in dieser Übergangszeit diesen Fehlbetrag zu begleichen habe. Dazu kann ich einfach sagen: Es ist die Zusatzversicherung oder, mit anderen Worten, vermutlich Leute wie Sie, Kollegin Forster, und ich durch unsere Prämien für diese Zusatzversicherung.
Es wurde in den letzten beiden Tagen viel über die Rolle der Kantone gesprochen. Erlauben Sie mir abschliessend noch eine Bemerkung zu dieser Rolle. Die Kantone bemühen sich wirklich, ein qualitativ hoch stehendes medizinisches Versorgungssystem zu betreiben. Dieses System arbeitet in den allermeisten Fällen wirtschaftlich, wenn es zum Teil auch teuer ist. Die Last dieses Versorgungssystems für die Bevölkerung wird dank der öffentlichen Mitfinanzierung und der Prämienverbilligung sozial abgefedert. Sicher ist, dass auch die Kantone, wie alle anderen Akteure im Gesundheitswesen, ihre Hausaufgaben zu erfüllen haben, die nicht immer einfach sind, ein Stichwort sind beispielsweise die Kapazitäten in den Akutspitälern.
Uns allen ist aber auch bestens bekannt, dass es auch hier, wie in allen anderen öffentlichen Bereichen, wo die Mitsprache verschiedener Ebenen respektiert werden muss, nicht nur Zeit, sondern auch eine gehörige Portion Standvermögen braucht, um die notwendigen Massnahmen einzuleiten und diese dann auch umzusetzen. Dies sind häufig schmerzhafte Prozesse, wie Kollege Lauri dies heute bereits einmal erwähnt hat.
Ich danke Ihnen, wenn Sie meinen Antrag unterstützen, denn dadurch kann die Finanzierungsumlagerung zulasten der Kantone etwas abgedämpft werden. Wenn Kollege Brändli aus der Sicht der Kassen beim Eintreten von einer nicht optimalen Lösung gesprochen hat, ist dies eigentlich bereits eine recht gute Qualifikation für den vorliegenden Antrag.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Wir sind hier auf dem Weg zu einer unendlichen Geschichte, und es geht ja nicht nur um die Schmerzen der Kantone, es gibt auch bei den Prämienzahlern Schmerzen. Ich möchte festhalten, dass diese Regel aufgrund von ersten Gerichtsurteilen schon seit Inkrafttreten des KVG 1996 gilt. Man hat dann nachher ein Stillhalteabkommen gemacht und diese Regel bis 1. Januar 2001 ausgesetzt. Jetzt verhandeln wir über eine Übergangsregelung, bis dieses Gesetz in Kraft tritt, und jetzt setzt man «noch einen» drauf und will nochmals eine Verlängerung. Wir landen dann für die Inkraftsetzung einer bestehenden Regelung, die 1996 eingeführt wurde, irgendwo zwischen 2005 und 2010.
An und für sich opponiere ich nicht gegen eine Übergangsregelung. Ich möchte aber immerhin sagen: Wahrscheinlich ist es noch nicht die endgültige Lösung, es ist wahrscheinlich auch davon abhängig, ob wir eine Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2004 haben. Wir sollten uns bemühen, diese Gesetzesrevision rasch durchzuziehen. Dann kann ich wahrscheinlich damit leben. Wenn es aber 2005 wird, dann müsste man vielleicht doch noch Modifikationen und Fristverkürzungen prüfen – sage ich einmal.
Ich stelle hier keine Anträge und kann im Grundsatz einer Übergangsregelung zustimmen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: J'ai exprimé effectivement de la sympathie hier pour l'idée d'une transition, mais cette transition me paraît très longue, trop longue. Il faut envisager que le Conseil national résolve un certain nombre de problèmes si le principe, sous la forme où vous le proposez, était accepté. J'aimerais expliquer pourquoi cela me paraît trop long et peut-être un peu contreproductif.
Effectivement, M. Brändli l'a dit, l'obligation est là depuis le 1er janvier 1996, au plus tard confirmée par le tribunal deux ans plus tard.
Vous demandez qui paiera. Ce sont les personnes qui contracteront des assurances complémentaires, mais il n'y en aura bientôt plus beaucoup. Il y a aussi un peu une course contre la montre quant au retrait des personnes des assurances complémentaires parce que celles-ci, en plus d'être sélectives, etc., sont aussi chères, parce qu'elles doivent payer une part des prestations de base. Nous avons déjà passé maintenant de 27 à 22 pour cent, mais la tendance est nettement vers le retrait des assurances complémentaires. Et je dis aux gens, parce que je considère que la situation actuelle est vraiment insatisfaisante: «Si les primes d'assurance sont trop chères, eh bien annulez vos assurances complémentaires. Je veillerai à vous garantir ce dont vous avez besoin dans l'assurance de base.» Si vous saviez le genre de lettres que je reçois. Ce ne sont pas des lettres de personnes fortunées, mais de personnes qui trouvent trop injuste d'avoir payé toute leur vie des cotisations, lesquelles maintenant augmentent parce qu'elles sont âgées et qui ne peuvent plus se les payer. Au moment où elles pourraient avoir besoin des prestations prises en charge par les assurances complémentaires, elles renoncent à ces assurances, pour lesquelles elles ont – à tort parce que ce n'est pas un système de capitalisation – payé pendant toute leur vie. Je crois donc qu'il faut agir assez rapidement, en tenant compte de la difficulté des cantons.
Ensuite, Monsieur Stadler, Monsieur Brändli, j'ai un peu peur que, si la proposition Stadler passait comme ça, dans l'enthousiasme général, vos partenaires cantonaux disent: «Mais pourquoi discute-t-on maintenant avec Santésuisse pour mettre déjà en place une solution pour prolonger le 'Stillhalteabkommen', puisque nous savons que nous avons de toute façon encore sept ou huit ans devant nous? Ce n'est vraiment pas le moment de faire des concessions.»
Ce que j'aime, dans l'idée de la proposition Stadler, c'est que c'est la même idée que celle du «Stillhalteabkommen» que vous essayez de conclure. Mais j'ai un peu peur que, sous cette forme-là, cette proposition encourage plutôt les parties à ne pas le conclure maintenant, parce que de par la loi, on aura de toute façon cinq ans pour se mettre en ordre. C'est là mon deuxième doute.
De toute façon, au Conseil national, je proposerai autre chose, mais nous ne pouvons pas en discuter ici. Ce que je proposerai sera, probablement, l'obligation de régler ce problème dans les trois ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Il n'y a pas que dans les mandats qu'on donne au Conseil fédéral qu'il faut faire rapidement les choses. Je crois que dans ce cas aussi, il faut que ça soit réglé, par exemple, dans les trois ans. Je vous rappelle que l'alinéa 5 des dispositions transitoires fixe le même délai pour la réalisation de l'objectif social. Nous pourrions reprendre ce délai aussi pour les obligations incombant aux cantons.
Une dernière remarque, juste pour dire – vous savez combien j'estime cette idée – qu'on a toujours de la peine, dans cette loi, quand on fixe des pourcentages et qu'on ne sait pas combien sont 100 pour cent. Nous avons nous-mêmes buté parfois sur des questions d'application, vous le savez, en préconisant 50 pour cent. Mais, 50 pour cent de quoi si on ne connaît pas le 100 pour cent? Le mécanisme des 25 pour cent me paraît donner un sentiment de clarté dans un domaine où beaucoup de choses sont imprécises. Donc, voilà. L'idée d'une transition, d'accord, mais pas trop longue et laissant aux cantons le soin de choisir ces étapes.
Je remercie M. Stadler, car je suis aussi intéressée à ce que les cantons vivent bien cette révision. Je crois qu'il est bon de ménager une période de transition.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich habe in der Eintretensdebatte eine gewisse Sympathie für den Antrag Stadler geäussert. Dies auch deshalb, weil ich die Problematik der Kantone sehe. Die Übergangsbestimmung ist na-

türlich in der Kommission nicht zur Diskussion gestanden, ich kann Ihnen deshalb nur eine persönliche Meinung bekannt geben. Diese deckt sich vollkommen mit jener von Frau Bundesrätin Dreifuss: Ich glaube auch, dass die Übergangsbestimmung sehr weit geht und dass sie den Verhandlungen zwischen der Santésuisse und den Kantonen eher abträglich ist, weil man jetzt die Kantone so praktisch in Sicherheit versetzt.
Ich persönlich werde dem Antrag nicht zustimmen, wäre aber dankbar, wenn man allenfalls in der Beratung im Nationalrat nicht einfach keine Übergangsbestimmung verankerte: Aber es sollte aber etwas ein wenig Flexibleres sein, das es erlauben würde, den Übergang etwas schneller zu bewerkstelligen.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Stadler .... 33 Stimmen
Dagegen .... 4 Stimmen

**Ziff. III**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Ch. III**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**La présidente** (Saudan Françoise, présidente): Le vote sur l'ensemble aura lieu après la discussion sur l'alinéa 1bis de l'article 35 qui aura lieu à la session d'hiver.

**2. Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung**
**2. Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie**

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Zur Erläuterung dieses Bundesbeschlusses haben Sie den schon mehrmals erwähnten schriftlichen Bericht vom 10. September 2001 erhalten. Ich erlaube mir noch einige wenige zusätzlichen Ausführungen. In der Periode 2000 bis 2003 beläuft sich der vom Bund für Prämienverbilligungen zur Verfügung gestellte Betrag auf zwischen 2213 Millionen und 2314 Millionen Franken. Die jährliche Steigerung wurde auf 1,5 Prozent beschränkt, obschon die Prämienerhöhungen im selben Zeitraum mit grosser Wahrscheinlichkeit wesentlich höher ausfallen werden. Die Ausschöpfungsquote beläuft sich heute im Durchschnitt der Kantone auf 77 Prozent. Das bedeutet, dass von den für das Jahr 2001 zur Verfügung stehenden 2246 Millionen Franken nur 1730 Millionen abgeholt werden und daher auch nur dieser Betrag im Finanzplan und im Budget enthalten ist.
Ihre Kommission ist der Ansicht, dass in der Periode 2004 bis 2007 die jährliche Erhöhung der Bundesbeiträge etwa der realen Kostensteigerung angepasst werden sollte, und schlägt Ihnen daher neu eine jährliche Zunahme um 3 Prozent vor. Die um 300 Millionen Franken aufgestockten und anschliessend – ab 2004 – jährlich um 3 Prozent anwachsenden Bundesbeiträge ersehen Sie aus der Fahne. Es kann im Übrigen davon ausgegangen werden, dass die durchschnittliche Bezugsquote in etwa konstant bei den erwähnten 77 Prozent bleibt.
Im Namen der Kommission, die einstimmig bei einer Enthaltung entschied, bitte ich Sie, dem Bundesbeschluss zuzustimmen.

*Detailberatung – Examen de détail*

**Titel**
*Antrag der Kommission*
Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

**Titre**
*Proposition de la commission*
Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie

*Angenommen – Adopté*

**Ingress**
*Antrag der Kommission*
Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, gestützt auf Artikel 66 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, beschliesst:

**Préambule**
*Proposition de la commission*
L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu l'article 66 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, arrête:

*Angenommen – Adopté*

**Art. 1**
*Antrag der Kommission*
Für die Jahre 2004 bis 2007 betragen die jährlichen Beträge des Bundes:
a. im Jahr 2004: 2684 Millionen Franken
b. im Jahr 2005: 2764 Millionen Franken;
c. im Jahr 2006: 2847 Millionen Franken;
d. im Jahr 2007: 2932 Millionen Franken.

**Art. 1**
*Proposition de la commission*
Pour les années 2004 à 2007, les subsides fédéraux s'élèvent à:
a. 2684 millions de francs pour l'année 2004;
b. 2764 millions de francs pour l'année 2005;
c. 2847 millions de francs pour l'année 2006;
d. 2932 millions de francs pour l'année 2007.

*Angenommen – Adopté*

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*
Für Annahme der Ausgabe .... 36 Stimmen
(Einstimmigkeit)

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht*
*La majorité qualifiée est acquise*

**Art. 2**
*Antrag der Kommission*
Dieser Beschluss untersteht nicht dem Referendum

**Art. 2**
*Proposition de la commission*
Le présent arrêté, qui n'est pas de portée générale, n'est pas sujet au référendum.

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*
Für Annahme des Entwurfes .... 32 Stimmen
(Einstimmigkeit)

## Vierte Sitzung –Quatrième séance

**Donnerstag, 29. November 2001**
**Jeudi, 29 novembre 2001**

*08.00 h*

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung –Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 35**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1bis*
Die Leistungserbringer und Versicherer sind, ausser im Sonderfall, in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:
a. die medizinische Versorgung gewahrt ist;
b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);
c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden.
*Abs. 1quinquies*
Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren Indikatoren zur Konkretisierung der Bedingungen der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung nach Absatz 1bis Buchstabe b. Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verweigert, kann dies einer Kommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons, zum endgültigen Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vorsitz.

**Art. 35**
*Proposition de la commission*
*Al. 1bis*
Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels, sauf cas particulier, à condition que:
a. la couverture en soins médicaux soit garantie;
b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58);
c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées.
*Al. 1quinquies*
Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'indicateurs qui concrétisent les conditions du caractère économique et de la garantie de la qualité visées à l'alinéa 1bis lettre b. Si un assureur ou un fournisseur de prestations se voit refuser la conclusion d'un contrat, il peut soumettre ce refus à une commission composée de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations et d'un représentant du canton concerné, qui tranche à titre définitif. Cette commission est présidée par le représentant du canton.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich möchte ganz kurz den Rahmen abstecken, in dem wir heute noch einen Entscheid zu fällen haben. Der Präsident hat es Ihnen bereits gesagt, es handelt sich vordringlich um Artikel 35 Absatz 1bis.
In der letzten Session haben Sie den Grundsatzentscheid gefällt, dass wir den Kontrahierungszwang aufheben möchten. Sie haben das in Artikel 35 Absatz 1 Buchstabe a verankert. Dieser Buchstabe wurde beschlossen. Sie haben zudem festgehalten, dass die Kantone die Möglichkeit haben sollen, für die Sicherstellung der Versorgung und für die Wahlfreiheit zu sorgen, und dass einem Leistungserbringer auch die Möglichkeit offen steht, mit der Berufung auf die Sicherstellung der Versorgung und die Wahlfreiheit bei den Kantonen zu rekurrieren, sollte ihm ein Vertrag verweigert werden. Das haben wir in Artikel 35 Absatz 1quater festgehalten. Dieser Absatz ist von Ihnen ebenfalls beschlossen worden. Zudem haben wir einen Sonderfall für versicherte Personen umschrieben, die bereits eine langjährige Verbindung zu einem Leistungserbringer haben und die wegen ihres Alters, wegen ihrer Leiden und aus therapeutischen Gründen die Beziehung zu diesem Leistungserbringer aufrechterhalten sollten. Für diese Personen haben wir in Artikel 35 Absatz 1ter ebenfalls eine Regelung getroffen.
Offen gelassen haben wir Artikel 35 Absatz 1bis und namentlich die Umschreibung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung, weil wir uns zum Zeitpunkt der Behandlung in der Herbstsession noch mit Vertretern der Leistungserbringer in Gesprächen befanden und versuchen wollten, hier eine Lösung zu erarbeiten, die differenziert ist und auf die Bedürfnisse sowohl der Leistungserbringer als auch der Versicherer und natürlich der Kunden im Gesundheitswesen, der Patienten wie auch der Kantone, eingeht.
Ich spreche also jetzt zu Artikel 35 Absatz 1bis und einem neuen Absatz, den wir in Ergänzung erarbeitet haben, nämlich Absatz 1quinquies. Was waren die Kriterien, die wir unserer Suche nach einer Lösung zugrunde gelegt haben?
1. Es ist festzuhalten – und das habe ich vorhin schon umschrieben –, dass es nicht um die Fragen der Versorgungssicherheit und der Wahlfreiheit geht. Diese Fragen haben wir bereits in Absatz 1quater behandelt und beschlossen.
2. Es ist festzuhalten, dass wir nicht Kriterien verankert haben wollten, die einen justiziablen Rechtsanspruch auf einen Vertragsabschluss geben. Wir wollten also nicht ein System kreieren, das dem Leistungserbringer, der keinen Vertrag erhält, einen Rechtsanspruch gibt, den er mit einem Rekurs weiterziehen kann.
3. Das ist nun wieder der andere Pol, den es zu berücksichtigen gilt: Wir wollten die Aufgabe nicht alleine den Versicherern überlassen bzw. nicht alleine ihnen das Recht geben – je nachdem, wie Sie das ausdrücken wollen –, die Begriffe der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung zu umschreiben und auszulegen. Sie sollten diesen Begriffen nicht alleine einen Inhalt geben können. Wir wollten auch nicht den Versicherern alleine – die in dieser ganzen Diskussion notabene Vertragspartner sind – die Möglichkeit geben, gestützt auf die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung keinen Vertrag abzuschliessen. Wenn sie Verträge abschliessen, ist das weniger ein Problem als wenn sie sich dazu entschliessen, keinen Vertrag abzuschliessen; die Machtfülle bei den Versicherern wäre doch zu gross, wenn wir ihnen alleine die Möglichkeit geben würden, zu entscheiden, mit wem sie keinen Vertrag abschliessen möchten. Hier sind die Sensibilitäten der Leistungserbringer zu Recht gross. Wir haben diesen Sensibilitäten gegenüber sehr viel Verständnis gezeigt. Wir haben auch mit den Ver-

tretern der Leistungserbringer lange und vertiefte Gespräche geführt. Ich möchte dies hier doch noch einmal betonen, weil man in der letzten Zeit gerade über Medien oder Zuschriften das Gegenteil gehört hat. Wir sind auf die an uns herangetragenen Anliegen stark eingegangen und haben versucht, gemeinsame Lösungen zu finden. Wir sind deshalb der Ansicht, dass mit dem, was wir Ihnen jetzt vorschlagen, eine vernünftige Lösung gefunden worden ist. Diese Lösung kommt allen Beteiligten dieses komplexen – ich würde mir einmal erlauben zu sagen: – «Spiels» oder «Handels» grösstmöglich entgegen und wahrt die Interessen aller.
Wir haben demzufolge neu den Absatz 1quinquies verankert, der den erwähnten Bedenken Rechnung trägt. Ich möchte Ihnen den Inhalt dieses Absatzes kurz erklären:
Wir haben in Absatz 1quinquies als Erstes festgehalten, dass die Leistungserbringer und die Versicherer gemeinsam Indikatoren zur Konkretisierung der Bedingungen der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung erarbeiten; die Aussage ist also klar. Es liegt nicht einzig an den Versicherern, diese Begriffe zu definieren und diese Indikatoren zu erarbeiten, sondern die Leistungserbringer und die Versicherer müssen sich zusammensetzen, um die Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung mit Inhalt zu füllen. Dies kommt auch den Leistungserbringern entgegen, die uns mit Recht dargelegt haben, es könne nicht angehen, dass betriebswirtschaftliche Durchschnittskosten zum alleinigen Kriterium erhoben werden; der volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise würde auf diese Weise zu wenig Rechnung getragen. Man muss tiefer gehen und kann nicht einfach auf statistische Durchschnittszahlen abstellen. Deshalb unsere Bestimmung, wonach Leistungserbringer und Versicherer gemeinsam diese Indikatoren zu erarbeiten haben. Das ist das eine Bein von Absatz 1quinquies.
Das zweite Bein besteht darin, dass wir Folgendes festlegen: Wenn eine Versicherung mit einem Leistungserbringer keinen Vertrag abschliessen will – wenn sie also der Ansicht ist, die Indikatoren Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung seien nicht erfüllt, und sie deshalb keinen Vertrag abschliessen möchte –, kann sie diesen Entscheid nicht einfach alleine fällen. Wir sehen für solche Fälle eine Kommission vor, die abschliessend und ohne Rekursmöglichkeit den Entscheid fällt. Die Kommission setzt sich zusammen aus je zwei Vertretern der Leistungserbringer und der Versicherer sowie einem Vertreter des Kantons, wobei der Vertreter des Kantons den Vorsitz führt. Wir haben – dies ist vielleicht eine Detailfrage, aber trotzdem von einigem Interesse – auch lange darüber gesprochen, ob diese Kommission so richtig zusammengesetzt sei, ob man sie allenfalls mit nur je einem Vertreter kleiner halten könne. Wir sind dann zur Ansicht gelangt, dass wir mit einer Zweiervertretung der Interessierten und dem Vorsitz des Kantonsvertreters eine möglichst entscheidfreudige Kommission schaffen, eine Kommission auch, die gross genug ist, dass nicht jeder Vertreter nur gerade in absoluter Weise die Interessen seines Verbandes oder derjenigen vertritt, die ihn nominiert haben. Es sollte sich eine gewisse Unabhängigkeit und Diskussionsfreudigkeit ergeben, die dann schlussendlich zu sachlich richtigen Entscheiden führt.
Wir sind der Überzeugung, damit ein System geschaffen zu haben, das die Vorteile der Aufhebung des Kontrahierungszwangs weiterhin fortführt, das nicht zu rigide ist, das trotzdem vor allem generalpräventiv zu einer Kostensenkung führen wird, das andererseits aber – es erscheint mir doch wichtig, das hier zu erwähnen – den Bedenken der Leistungserbringer Rechnung trägt, auch den Ängsten, die wir spüren und die wir aufgenommen haben, dass die Krankenversicherer in eine übermächtige Position gelangen würden. Ich glaube, dass wir hier doch eine Leitplanke gesetzt haben, die diesen Ängsten entgegensteht und sie wirklich als unberechtigt erscheinen lässt.
Ich bitte Sie, Artikel 35 Absätze 1bis und 1quinquies zu genehmigen.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Ich glaube, wir haben uns bei dieser Revision richtigerweise für ein freiheitliches, wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen entschieden, und es ist deshalb folgerichtig, wenn wir die Vertragsfreiheit umsetzen. Ich kann mich in Bezug auf die Anträge der Kommission unserer Präsidentin anschliessen.
In der letzten Zeit sind wir von Ärzteseite her ja sehr intensiv bearbeitet worden. Ich möchte hier festhalten, dass man daraus entnehmen kann, dass unsere Vorschläge wahrscheinlich nicht sehr intensiv oder detailliert studiert wurden. Teilweise geht es einfach darum, den Ist-Zustand in die Zukunft zu retten.
Ich möchte daran erinnern, dass wir in der letzten Session die Beratung ausgesetzt haben, um diese Vorschläge von Leistungserbringerseite her aufzunehmen. Es wurde gesagt: Diese Vorschläge sind leider nicht eingegangen. Wir haben uns aber doch bemüht, hier eine gute Lösung zu finden.
Wenn ich hier das Wort ergreife, dann deshalb, weil ich doch nochmals darauf hinweisen möchte, dass dringender Handlungsbedarf besteht und dass wir Verzögerungen nicht in Kauf nehmen dürfen, weil die Gesundheitskosten jeden Monat um Beträge in der Grössenordnung von 50 bis 100 Millionen Franken steigen. Ich weise auf folgende Punkte hin: Das Defizit der sozialen Krankenversicherungen im Jahr 2001 – also im laufenden Jahr – wird rund 500 Millionen Franken betragen. Nun, was heisst das? Diese 500 Millionen Franken müssen im Jahr 2003 bei den Prämien kompensiert werden. Wenn wir jetzt die normale Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dazurechnen, plus die Reservenbildung, dann ist schon heute absehbar, dass wir für 2003 wieder eine Prämiensteigerung von wahrscheinlich über zehn Prozent haben werden. Die Situation ist also äusserst dramatisch.
Ich muss Ihnen sagen: Zu unserem Bedauern müssen wir feststellen, dass auch der Bund und seine Institutionen zu wenig tun, um diese Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen und echte Signale zu setzen.
Ich weise auf ein Beispiel hin, obwohl man auch andere erwähnen könnte: Die Krankenversicherer haben für die Logopädie einen Tarif von 78 Franken vereinbart. Nun stelle ich aber fest, dass die IV in den letzten Wochen Tarife von 96 Franken akzeptiert hat, das sind 23,5 Prozent mehr als die vereinbarten Tarife der Krankenversicherer. Sie sehen, dass hier Signale gesetzt werden, die nicht zur Kostendämpfung beitragen. Das Gleiche trifft für die Suva zu, die bereits einen Taxwert von einem Franken festgelegt hat und damit auch Kostensteigerungen provoziert.
Ich möchte auf einen dritten Punkt hinweisen: Im nächsten Jahr werden die bilateralen Verträge in Kraft treten. Wir haben immer wieder darauf hingewiesen, dass 2500 ausländische Ärzte kurzfristig die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Praxen bei uns zu eröffnen und über die soziale Krankenversicherung abzurechnen. Jede neue Praxis bringt bis zu 500 000 Franken Mehrkosten. Hier wird immer wieder bagatellisiert und gesagt, es würden schon nicht alle Ärzte eine Praxis eröffnen. Aber schauen Sie die Zahlen im Fürstentum Liechtenstein nach dessen Beitritt zum EWR an: Da hat im Bereich der Arztpraxen eine eigentliche Explosion stattgefunden. Es gibt eine Überversorgung, und das Problem ist dort nicht unter Kontrolle. Es besteht die Gefahr, dass bei uns in den nächsten Monaten oder im nächsten Jahr dasselbe passiert.
Ein vierter Punkt: Gegenwärtig steht die Revision der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zur Diskussion, welche auch die Pflegeheime umfasst. Es geht dort um die Abrechnungssysteme und anderes, und es ist davon auszugehen, dass nach Inkraftsetzung dieser Verordnung neue, massive Beträge zulasten der sozialen Krankenversicherung abgerechnet werden. Das heisst, dass auch von dieser Seite her mehrere Prämienprozente zu erwarten sind. Es scheint uns deshalb wichtig zu sein, dass diese Verordnung erst später – etwa auf das Jahr 2004 – in Kraft gesetzt wird, wenn wir die gesamte Entwicklung überschauen können. Wir müssen alles daransetzen, jetzt weitere Explosionen in dieser Kostenentwicklung zu vermeiden oder zumindest zu vermeiden, dass die soziale Krankenversicherung zusätzlich belastet wird.

Ich habe diese Beispiele aufgeführt, weil ich damit unterstreichen möchte, dass diese Revision des Krankenversicherungsgesetzes eine dringende Angelegenheit ist. Es ist auch wichtig, dass der Nationalrat diese Revision sehr rasch beschliesst und durchzieht, sonst werden wir in den nächsten Jahren mit Bezug auf die Prämienentwicklung eine Situation haben, die nicht akzeptabel ist. Ich habe darauf hingewiesen. Pro Monat müssten wir mit Mehrkosten von 50 bis 100 Millionen Franken rechnen. Das wollte ich hier noch anführen.
Ich bitte Sie, den Antrag der Kommission zu unterstützen.

**Saudan** Françoise (R, GE): Permettez-moi brièvement d'exprimer ma position qui m'amène à refuser l'article 35 alinéas 1bis et 1quinquies et, en votation finale, le projet de loi tel qu'il est ressorti des travaux de la commission.
M. Jean Studer, je crois, avait parlé, à propos de la LAMal, d'une espèce de machine de Tinguely dans laquelle les droits et les obligations s'équilibraient de manière à peu près égale. Notre commission a profondément modifié le projet du Conseil fédéral qui, pour moi, était parfaitement acceptable, parce qu'il allait dans la bonne direction. Elle l'a modifié dans deux domaines, en prévoyant la suppression de l'obligation de contracter et en introduisant dans les dispositions transitoires un système moniste, ce qui rompt cet équilibre totalement en faveur des caisses-maladie, sans avoir exigé de leur part des efforts en termes de transparence dans les comptes, de simplification et de clarté entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire, sans avoir réglé un problème fondamental, celui des réserves, qui, vous le savez, a le don d'énerver et d'agacer nos concitoyens à chaque annonce d'augmentation des primes.
La troisième raison qui m'amène à m'opposer à cette révision, c'est une raison purement genevoise, mais je représente ici les intérêts genevois. J'ai soutenu la limitation de la charge en matière d'assurance-maladie à 8 pour cent, mais cette limitation, ajoutée au nouveau financement des hôpitaux tel qu'un jour ou l'autre il devra entrer en vigueur, va mettre mon canton dans une situation absolument impossible en matière financière pour remplir les obligations telles qu'elles sont prévues par la loi. Je sais très bien que c'est un problème purement genevois, mais je ne peux pas faire abstraction des conséquences sur la situation genevoise des décisions que nous prenons.
Alors, vous me direz que c'est très simple de refuser un projet de loi sans apporter de solutions.
C'est vrai que je n'ai pas de solution miracle, même si j'ai esquissé en commission certaines pistes. Mais j'aimerais simplement vous livrer une réflexion qui d'ailleurs vous avait été faite par Mme Beerli, présidente de notre commission, qui a rapporté de manière excellente sur l'ensemble de nos travaux.
J'ai simplement constaté que nos concitoyens et nos concitoyennes consacrent à leurs loisirs, aux télécommunications – c'est-à-dire téléphone portable, Internet –, à l'alcool et au tabac 12,5 pour cent de leurs revenus. Si on y ajoute les 9,3 pour cent pour leurs moyens de transport, les 9,5 pour cent pour le restaurant et l'hôtellerie – même si une partie de ces frais sont à usage professionnel –, on constate que, pour leurs loisirs, pour leur bien-être, qui sont nécessaires, nos concitoyens dépensent le double de ce qu'ils consacrent à leur santé. Je vous rappelle simplement que nos voisins allemands ont renoncé à un jour de congé payé pour affecter ces montants à leur système de santé qui est, comme on le sait, comme beaucoup de systèmes européens, au bord du «collapse», dirons-nous, Madame la Conseillère fédérale. Je sais très bien que nos concitoyens et concitoyennes sont des votants auxquels on a peine à dire la vérité, qu'ils sont également des assurés que les assureurs ont vraiment peur de perdre. Ils sont également des patients ou de futurs patients que les médecins tiennent à tout prix à garder. Alors, permettez-moi cette dernière réflexion: quand on me parle de concurrence dans ce domaine, d'économie de marché, j'ai envie de sourire! Et c'est une économiste de terrain qui vous tient ces propos.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich möchte nochmals betonen, was unsere Kommissionspräsidentin bereits ausgeführt hat, was aber jetzt von Kollegin Saudan teilweise wieder infrage gestellt worden ist, will sie doch Artikel 35 Absatz 1bis gänzlich streichen. Wir haben in der Herbstsession die Beratung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherten und Leistungserbringern lediglich mit Bezug auf die Frage der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung ausgesetzt. Klar haben wir der Aufhebung des Kontrahierungszwangs bereits zugestimmt, ebenso deren Einschränkung im Rahmen der medizinischen Versorgungssicherheit durch die Kantone sowie der Regelungen des Kartellgesetzes, also den Absätzen 1bis Buchstaben a und c sowie Absatz 1quater. Es geht heute nur mehr um Absatz 1bis Buchstabe b und dann Absatz 1quinquies.
Auf eine weitere «Vorgabe» möchte ich ebenfalls hinweisen: Die Gewährleistung von Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung ist an sich bereits in den bisherigen Artikeln 56 und 58 festgeschrieben, welche die Revision unberührt belässt. Soweit im Übrigen diese Artikel Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nicht bereits selbst umschreiben, enthalten sie weitgehende Kompetenzdelegationen an den Bundesrat. Auch ein Einbezug von Berufsverbänden ist dort bereits vorgesehen. Wir machen also mit Absatz 1quinquies nicht etwas völlig Neues.
Die von der Kommission beantragte neue Regelung belässt die bisherige Fassung von Absatz 1bis unverändert. Dies bedeutet insbesondere – auch das möchte ich nochmals betonen –, dass Vertragsfreiheit besteht, soweit Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung gewährleistet sind. Anders herum gesagt kann auf das Eingehen eines Vertragsverhältnisses verzichtet werden, wenn die Frage der Wirtschaftlichkeit nicht aufgeworfen wird und Thema ist.
Oder nochmals: Es besteht kein Anspruch auf einen Vertrag, nur weil ein Leistungserbringer in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung keinen Grund zu Beanstandungen gibt.
Zu Absatz 1quinquies erlaube ich mir folgende Bemerkungen: Ich habe gar nichts dagegen, dass Leistungserbringer und Versicherer Indikatoren zu Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung vereinbaren. Dies kann durchaus den nötigen Sachverstand an einen Tisch bringen – allerdings nicht nur Sachverstand, sondern auch Interessen, die sich dann nicht unbedingt decken; die Dauer der TarMed-Erarbeitung zeigt die Schwierigkeit solcher Vereinbarungsübungen deutlich auf. Was die Qualitätssicherung anbetrifft, haben die beiden Parteien im Übrigen weiterhin die gesundheitspolizeilichen Vorschriften der Kantone zu beachten. Diese gehen meines Erachtens rein vertraglichen Abmachungen der privaten Parteien vor, auch wenn sich diese auf das Bundesgesetz abstützen. Eine gewisse Koordination auch mit den gesundheitspolizeilichen Diensten der Kantone, mit den Kantonsärzten also, wird sich somit für die Vereinbarungspartner lohnen, ohne dass wir dies auch noch ins Gesetz aufnehmen müssten.
Der zweite Satz von Absatz 1quinquies, die Möglichkeit also, bei Vertragsverweigerung eine paritätische Kommission, wenn ich so sagen darf, den endgültigen Entscheid treffen zu lassen, bezieht sich nach der klaren Diskussion in der SGK lediglich auf Fälle nach Absatz 1bis Buchstabe b. Auch das möchte ich noch einmal betonen: Stehen Wirtschaftlichkeit oder Qualitätssicherung nicht zur Diskussion, so entfällt auch die Zuständigkeit dieser neuen Kommission. Es liegt mir daran, dies nochmals auszuführen, erstens weil sich der Zusammenhang im Text nur aus der Zusammenfassung der beiden Gedanken im gleichen Absatz ergibt, zweitens weil ich den Vorschlag, der ja die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wieder etwas relativiert, nur mit dieser Auslegung wirklich mittragen kann. Ich tue dies unter den gegebenen Umständen ganz klar, verhehle dabei allerdings nicht, dass mir beim Schritt zu vermehrtem Wettbewerb dieses Viertelchen zurück nicht unbedingt behagt. Nachdem ich heute Morgen den Leitartikel der neuesten Ärztezeitung, welche hier aufliegt, gelesen und mich absolut darüber geärgert

habe, wäre ich sogar durchaus versucht gewesen, auf Absatz 1quinquies zu verzichten – denn offensichtlich wird hier nicht gesehen, dass die Kommission mit diesem Vorschlag ja gerade der Ärzteschaft entgegenkommen will.
Aber frühmorgendlicher Ärger ist wahrscheinlich ein schlechter Ratgeber, und ich möchte Sie ermuntern, dem Antrag der Kommission zuzustimmen.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Wie die Präsidentin und auch die Vorredner bereits ausgeführt haben, entschieden wir in der Herbstsession, dass selbst unter Erfüllung aller Voraussetzungen kein Anspruch auf einen Vertrag besteht. Wir haben uns für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ausgesprochen. Objektive Kriterien, auf die sich sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer stützen können, haben wir offen gelassen. Was wir Ihnen jetzt in Absatz 1quinquies vorschlagen, sind eigentlich keine konkretisierten Kriterien; vielmehr schlagen wir vor, dass sich Leistungserbringer und Versicherer zusammensetzen und Kriterien nach gewissen Vorgaben ausarbeiten. Ich gehe mit Kollege Stähelin einig, dass das nicht ganz einfach sein wird. Ich bin gespannt, welche Kriterien dann hier zusammengetragen werden.
Die Präsidentin der Kommission, Frau Beerli, hat erwähnt, dass wir sehr viele Briefe erhalten haben, einerseits von Leistungserbringern, andererseits aber auch von Versicherten, d. h. von Patientinnen und Patienten. Sie sind beunruhigt und fürchten, dass die Ärzte für ihre Patientinnen und Patienten in Zukunft weniger Zeit aufbringen können, dass vor allem die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht. Hier möchte ich noch einmal ganz klar festhalten: Wir haben in diesem Absatz 1quinquies nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die Qualitätssicherung festgehalten, sodass Gewähr geboten ist, dass nicht nur die Wirtschaftlichkeit, dass nicht nur möglichst kurze Zeiten für den Patienten gegeben sein dürfen, sondern dass auch die Qualität stimmen muss. Wir haben ausserdem einen Artikel eingefügt, der die Möglichkeit bietet, dass Langzeitpatienten – selbst wenn ein Versicherer mit einem Leistungserbringer keinen Vertrag mehr abschliesst – bei ihren Ärzten oder Ärztinnen bleiben dürfen.
Ich denke, die Kommission hat sich wirklich bemüht, Ihnen hier einen Artikel vorzulegen, der in Richtung Wirtschaftlichkeit geht, der aber die Qualitätssicherung nicht als Nebensächlichkeit abtut. Ich bin davon überzeugt, dass wir damit all den Bedenken der Versicherten Rechnung tragen und ihnen versichern können, dass Qualität auch künftig entscheidend sein wird.
Ich bitte Sie ebenfalls, der Kommission zuzustimmen.

**Berger** Michèle (R, NE): Après avoir demandé le report de la discussion, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a fait son travail. Elle a pris la peine d'introduire un nouvel alinéa 1quinquies qui impose des critères définis paritairement entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Cette nouvelle façon de faire ne correspond en aucun point à ce qui figure dans l'ordonnance de la LAMal. Je m'en expliquerai. Cette nouvelle situation n'est pas plus satisfaisante que la précédente, je ne voterai pas non plus cette voie en votation finale.
Je l'ai dit lors de la session d'automne, il ne s'agit pas de s'opposer à l'objectif reconnu de maîtriser les coûts de la santé. Cependant, cet objectif ne doit pas être atteint par un abus de pouvoir accordé aux uns ou par des droits de recours contre-productifs aux autres. L'article 35 introduit la suppression de l'obligation de contracter. Par voie de conséquence et en termes généraux, le tri effectué par les assureurs ouvre la voie à l'exclusion de praticiens suivant des cas lourds ou complexes par des assureurs et à une planification ambulatoire conduite par les caisses-maladie.
Avec la fin de l'obligation de contracter, les assureurs pourront étendre la sélection des risques des assurés à la sélection des fournisseurs de prestations et ce ne sont pas les listes qu'ils devront tenir selon l'article 7a qui faciliteront la tâche des assurés souhaitant changer de caisse. La fin de l'obligation de contracter ouvrirait en outre la voie royale aux rémunérateurs compléments des assurances, lesquels, on le sait, sont interdits aux assurés malades, à ceux qui ont des antécédents médicaux, à ceux qui sont plus âgés que le groupe des 50 à 60 ans et à ceux qui n'auront tout simplement pas les moyens d'en payer les primes. C'est l'avènement de la médecine à deux vitesses.
Le résultat de ces réflexions conduit, dans le projet qui nous est présenté, à des contradictions multiples qui rendent le paquet inopérant, voire contre-productif. Je les mentionne pour le Bulletin officiel, afin que le Conseil national s'en occupe car je suis bien consciente de la voix minoritaire que j'apporte dans ce Conseil.
Les problèmes suivants doivent absolument être cités, car ils exigent des réponses claires. Le paquet de la révision prend une dimension différente suivant l'ordre hiérarchique dans lequel s'appliquent les dispositions. Je souhaite que Mme la conseillère fédérale entende. Si je comprends bien, l'article 35 alinéa 1quater en est la clé puisqu'il indique que ce sont les cantons qui, de par leurs compétences, jugent de la garantie de la couverture en soins et détermine si l'obligation de contracter peut être mise en question ou non. En effet, si l'exigence de l'article 35 alinéa 1bis lettre a n'est pas remplie, c'est-à-dire que la fourniture en soins médicaux doit être garantie, les assureurs et les fournisseurs de prestations ne sont pas libres de choisir leurs partenaires contractuels.
Force est de constater alors que ces critères peuvent varier d'un canton à l'autre, même s'il est fait allusion à des standards les plus récents en matière de couverture des besoins en soins, à l'article 45 alinéa 3. J'avoue ne pas connaître de tels standards. Peut-on me dire où trouver ces standards? Donc, si j'interprète correctement, tout le travail parlementaire n'a aucun effet dans les cantons où la densité de fournisseurs de prestations ne serait pas jugée exagérée. Et quels seraient encore les critères d'application de l'alinéa 1qua-ter quand, en sus, les cantons devraient encore prendre en considération l'offre des cantons limitrophes? Cette disposition amènerait à écarter des fournisseurs du canton, tout en en admettant d'autres sis hors canton: innombrables recours en perspective! Pour autant que le canton estime que la fourniture en soins médicaux soit garantie, il faudra commencer à se soucier de sélectionner en fonction du caractère économique et de la garantie de la qualité avec l'article 35 alinéa 1bis lettre b. C'est bien là que je crains le plus l'arbitraire des assureurs-maladie.
Mais il faut rappeler que les articles 56 et 58 LAMal exigent déjà le caractère économique des prestations et la garantie de qualité. Je ne vais pas les rappeler. Vous avez tous le dépliant sur la LAMal, vous pouvez regarder les articles 56 et 58. L'article 77 de l'ordonnance de la LAMal (OLAMal) exige déjà que les fournisseurs de prestations ou leur organisation élaborent des concepts en la matière, dont les modalités d'exécution devraient faire l'objet de conventions de qualité ou s'intégrer dans des conventions tarifaires. Il est même dit à l'article 77 alinéa 3 OLAMal que le Conseil fédéral édicte des dispositions nécessaires, si aucune convention en la matière n'est conclue. Il vaut la peine de citer encore l'article 135 OLAMal: «Les conventions doivent être conclues jusqu'au 31 décembre 1997 au plus tard.» Je demande au Conseil fédéral quand il va mettre en application cette ordonnance. Je le répète, il vaut la peine de citer encore l'article 135 OLAMal: «Les conventions doivent être conclues jusqu'au 31 décembre 1997 au plus tard.» J'ai ce texte ici, je peux vous le donner.
Je l'ai dit, mais je le répète, j'ai la furieuse impression de recommencer un exercice législatif hasardeux, alors qu'il suffit d'appliquer la LAMal dans le but et le devoir qui est le nôtre: veiller à la meilleure qualité des soins, aux meilleurs coûts pour toute la population.
Je pense que cette construction que la commission vient de faire sera rendue inopérante par les possibilités infinies de recours qui sont offertes.
Quelqu'un a-t-il pris la peine de faire l'inventaire des diverses instances auprès desquelles un fournisseur de presta-

tions, dit «mouton noir», peut adresser un recours contre son exclusion, ne fût-ce que pour un seul assureur? Il y a aussi les effets pervers de cette cascade. Il suffira de déménager là où la couverture de soins n'est pas excessive pour être obligatoirement pris dans les contrats.
Il faut garder à l'esprit ce que j'ai dit: si la liberté de contracter s'exerce vraiment, c'est la liberté de choix du patient qui n'est plus assurée puisqu'il ne pourrait consulter que les fournisseurs de prestations figurant sur la liste de son assureur, et les frais administratifs de la gestion de cette myriade de conventions individuelles vont de loin dépasser les économies attendues de ces mesures.
Je souhaite, pour le Bulletin officiel, une réponse précise à la question suivante: que vise exactement l'article 35 alinéa 1bis lettre c qui stipule que les dispositions de la loi fédérale sur les cartels ne doivent pas être violées? Soit la loi sur les cartels s'applique dans tous les domaines que la LAMal ne règle pas elle-même, ce qui est correct, mais alors, un rappel de cette loi dans la LAMal est superflu. Soit la commission veut mettre le droit cartellaire dans sa totalité au premier rang par rapport à la LAMal lors de la conclusion de conventions, et alors, toute convention tarifaire entre fédérations dominantes serait interdite. Je ne sais pas si Santésuisse admettrait ceci, que je ne peux en aucun cas accepter, car cela rendrait toute la structure de la LAMal inopérante, en particulier les articles 43 à 50. Soit le but visé est d'interdire l'entente entre fournisseurs de prestations pour exclure un assureur, ou entre assureurs pour exclure un fournisseur de prestations. Il faut donc soit biffer cet alinéa, ce qui ne supprime pas la validité de la loi sur les cartels, soit insérer après «dispositions»: «de l'article 4 alinéa 3 lettre c de la loi», soit ajouter après le mot «contrat»: «toute entente entre fournisseurs de prestations pour écarter un assureur défini ou entre assureurs pour écarter un fournisseur de prestations défini soit exclue». C'est seulement ainsi que l'on comprendra comment cette loi sur les cartels ne doit pas être violée.
Enfin, je ne reviendrai pas sur le devoir d'information des assurés, à l'article 7. Je reste persuadée que cela va poser des problèmes constants aux personnes les moins mobiles en termes de fournisseurs de prestations et il me paraît pour le moins curieux que, dans le cadre de l'assurance sociale de base, les assurés doivent s'orienter dans un labyrinthe de listes de fournisseurs.
Je me dois de parler encore de l'article 61a. La suspension de la couverture des prestations et la non-obligation des prestataires de soigner le patient, si ce n'est en cas d'urgence ou de mise en danger, nous mènent tout droit vers un système dans lequel certaines personnes ne sont, de fait, pas en mesure d'obtenir des soins dans des conditions normales. Cette perspective paraît indigne d'un système de sécurité sociale.
Pour terminer, j'en viens à l'article 65 alinéa 1bis, réduction des primes. D'après les calculs, Mme Saudan vient de le rappeler, qui ont été faits dans les cantons, notamment dans le mien, l'effort supplémentaire serait de 84 millions de francs. Considérant 50 pour cent de marge d'erreur, on en arrive à 42 millions de francs. Pour le canton de Vaud, c'est 152 millions de francs. Les autres conséquences du projet sont un accroissement important de la charge des ménages, particulièrement chez nous les plus modestes, puisque le projet fait passer leur charge de 1 à 8 pour cent. Pour d'autres ménages, les plus aisés, il n'y aura plus aucun intérêt à choisir une franchise élevée, car si le montant des primes dépasse 8 pour cent de leur salaire, ils seront subventionnés.
Pour les raisons que je viens d'évoquer, je ne peux appuyer le projet de loi qui nous est donné. Je ne peux pas considérer les malades comme de la marchandise en termes de valeur économique. La santé doit rester une priorité de l'Etat, afin d'éviter des dérapages qui finiraient par aboutir à une médecine à deux vitesses.

**Stadler** Hansruedi (C, UR): Als Nichtkommissionsmitglied betrachte ich die heutigen Anträge der Kommission auch etwas aus der Froschperspektive eines Kunden, eines potenziellen Patienten in diesem System. Dies sind auch alle meine Interessenbindungen in diesem Geschäft. Der Grundsatz der Aufhebung des Kontrahierungszwanges steht heute nicht mehr zur Diskussion. Vielleicht müssen wir uns, wenn wir über die Kosten im Gesundheitswesen sprechen, in diesem Zusammenhang aber auch noch etwas mehr bewusst werden, dass wir den Spareffekt, der alleine aus diesem Systemwechsel resultiert, nicht überschätzen dürfen. Hier führt uns alleine schon der Vergleich mit dem Anteil der Arztkosten an den Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens auf den Boden der Realität zurück.
Heute geht es um die Frage der Rahmenbedingungen bei diesem Systemwechsel. Wie erfolgt nun die Unterscheidung der so genannten und immer wieder erwähnten schwarzen von den weissen Schafen? Man will ja in der Weihnachtskrippe und an der Krippe nur weisse Schafe. Ich anerkenne, dass die Kommission sich bemüht hat, uns eine praktikable Lösung vorzuschlagen. So werden u. a. Kriterien wie die medizinische Versorgung, die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung sowie die Respektierung des Kartellgesetzes festgeschrieben. Dann gibt es die Überprüfungsmöglichkeit durch eine Kommission, wenn der Abschluss eines Vertrages verweigert wird, und schlussendlich haben wir anlässlich der Herbstsession mit der Sonderfallregelung nach Artikel 35 Absatz 1ter einen Ansatz zu einer Härteklausel verabschiedet. Auch wenn die Anträge in die richtige Richtung weisen, ist für mich noch eine ganze Reihe von Fragen offen. Drei Bereiche möchte ich speziell erwähnen.
1. An welche Indikatoren, mit denen die Wirtschaftlichkeit und die Qualität konkretisiert werden sollen, dachte man ganz konkret? Es gibt eine Sichtweise der Kassen, es gibt eine Sichtweise der Leistungserbringer, es gibt eine Sichtweise der Kantone, und – dies vergessen wir ab und zu – es gibt vermutlich auch eine Sichtweise der Patienten. Zu ihnen komme ich dann bei meiner letzten Bemerkung. Der Antrag der Kommission sieht vor, dass die Leistungserbringer und Versicherer die Indikatoren noch zu vereinbaren haben. Genügt uns als Gesetzgeber diese Gesetzesdelegation, eine Delegation der Festlegung dieser Indikatoren? Ich meine, dass auch der Gesetzgeber mindestens zuhanden der Materialien festhalten sollte, welches für ihn Messgrössen für Wirtschaftlichkeit und Qualität sind und sein könnten. Ich bin der Kommission dankbar, wenn sie uns dazu noch einige konkretere Ansatzpunkte geben kann.
2. Zur Überprüfungsmöglichkeit durch eine Kommission für den Fall, dass der Abschluss eines Vertrages verweigert wird: Zuerst dachte ich, dies sei eine Art Rechtsmittel, das hier eingeschaltet wird. Dem ist aber nicht so. Die vorgesehene Überprüfungsmöglichkeit nimmt eine Art Zwitterstellung ein, von der rechtlichen Konstruktion noch am ehesten zu vergleichen mit einem Strafmandat bzw. einem Strafantrag eines Staatsanwaltes im Strafrecht. Ich meine, dass sich auch hier noch eine klarere Positionierung und eine Präzisierung aufdrängen.
3. Es ist, wie bereits erwähnt, vorgesehen, dass die Leistungserbringer und die Versicherer die Indikatoren festlegen. Die Kommission, welche bei einer Verweigerung eines Vertrages eine Überprüfung vornehmen kann, ist aus je zwei Vertretern der Versicherer und der Leistungserbringer, unter dem Vorsitz eines Kantonsvertreters, zusammengesetzt. Für mich ist ein ausgewogenes Verhältnis unter den verschiedenen Akteuren wichtig. Es geht um ein faires Spiel zwischen den verschiedenen Akteuren, wie dies auch die Kommissionspräsidentin erwähnt hat. Willkür ist zu vermeiden.
Gerade im Zusammenhang mit der heutigen Diskussion, aber auch sonst im Zusammenhang mit dem KVG habe ich mich ab und zu gefragt, wer meine Interessen – ich als Kunde, als potenzieller Patient – wahrnimmt. Wäre es nicht angebracht, die Patientenorganisationen bei der Festlegung der Indikatoren einzubeziehen und die erwähnte Kommission um Vertreter der Patientenorganisationen aufzustocken? Was spricht schon dagegen? Ich höre bereits die Aber. Es geht dabei um den Organisationsgrad dieser Organisationen, es wird festgehalten, es bestehe ja eine

Informationspflicht gegenüber den Patienten; natürlich höre ich auch die Versicherer, die sagen, sie würden ja auch die Versicherten vertreten; und die Kantone sagen, sie hätten ja auch einen Versorgungsauftrag für die Kantonseinwohner zu erfüllen.

Dies stimmt alles, ist für mich aber kein Grund, den Patienten keine grössere Mitwirkung in diesem Gesetz einzuräumen oder dies mindestens vielleicht im Zweitrat zu prüfen. Gerade im vorliegenden Artikel 35 könnte diesem Anliegen Rechnung getragen werden. Ich frage die Kommission, ob sie allenfalls diesen Punkt, die Stellung der Patienten, auch diskutiert und geprüft hat. Ich kenne den Standpunkt der Kassen, ich kenne die Standpunkte der Kantone und der Leistungserbringer; jener der Patientenorganisationen würde mich auch noch interessieren. Aber ab und zu habe ich, gerade auf diesem Fachgebiet, den Eindruck, es herrsche manchenorts die Meinung vor, dass die Patienten vor sich selber geschützt werden müssten. Nehmen wir doch auch im Gesundheitswesen den Menschen als mündigen Menschen wahr! Der Vorschlag der Kommission zeigt zwar, auch nach meiner Beurteilung, in die richtige Richtung, aber er ist meines Erachtens noch etwas verbesserungsfähig und klärungsbedürftig.

**Schiesser** Fritz (R, GL): Ich bin nicht mehr Kommissionsmitglied, und ich sage es ganz offen: Ich bin mit dieser Materie – wahrscheinlich nicht als Einziger in diesem Saal – etwas überfordert, und Überforderung macht immer etwas skeptisch und zurückhaltend. Meine Skepsis und Zurückhaltung werden noch durch eine Erfahrung gestärkt, die ich als ehemaliger Sekretär einer paritätischen Vertrauenskommission unter dem alten KVG gemacht habe. Diese Kommissionen waren auf der einen Seite aus Vertretern der Krankenversicherungen, auf der anderen Seite aus Vertretern der Leistungserbringer zusammengesetzt, und in der Mitte standen ein neutraler Präsident und ein Sekretär. Ich erinnere mich noch gut an die Verfahren in dieser paritätischen Vertrauenskommission, die die Aufgabe hatte, Ärzte auszumachen, die «überarzten», und entsprechende Rückforderungen zu beurteilen. Solche paritätische Vertrauenskommissionen gab es in allen Kantonen. Der Erfolg und das Ergebnis waren relativ ernüchternd. Ich befürchte, wenn ich die Struktur dieser neuen Regelung sehe, dass eine solche Ernüchterung auch hier Platz greifen könnte. Deshalb würde ich gerne noch einige Fragen aufwerfen, die nicht heute beantwortet werden müssen, die aber im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch einmal genau anzusehen sind.

Die erste Problematik, und das ist eine Grundproblematik, ist soeben von Herrn Kollege Stadler angesprochen worden. Wir haben den Grundsatzentscheid gefällt, dass wir den Kontrahierungszwang aufheben wollen. Meine Frage: Nimmt der Gesetzgeber, nehmen wir als Gesetzgeber mit der vorgeschlagenen Formulierung unsere Aufgabe wahr? Oder ist es nicht vielmehr so, dass wir eigentlich die heisse Kartoffel, die wir in den Händen spüren, weitergeben, wie wir das schon beim KVG mit Artikel 56 Absatz 5 gemacht haben, worin es heisst: «Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor»? Machen wir nicht hier wiederum dasselbe, vielleicht auf einer etwas anderen Ebene, indem wir bestimmen, die konkreten Kriterien seien von den Leistungserbringern und den Versicherern zu erarbeiten? Was geschieht, wenn sich Leistungserbringer und Versicherer beim ersten Teil von Artikel 35 Absatz 1quinquies, der die allgemeine Regelung enthält, nicht auf diese Indikatoren einigen können? Hat dann eine staatliche Instanz zu entscheiden, oder gibt es dann einfach keine solchen Kriterien, keine solchen Indikatoren, was letztlich den Versicherern bezüglich der Zulassung von neuen Leistungserbringern ein Vetorecht in die Hand gäbe?

Wer hilft aus der Sackgasse heraus, wenn Versicherer und Leistungserbringer sich nicht einigen können? Ich fürchte, dass diese Pattsituation durchaus eintreten könnte, nachdem ich Herrn Kollege Stähelin heute Morgen in Bezug auf die Haltung der Ärzteschaft gehört habe. Ich fürchte, dass man sich nicht darauf einigen kann, welche Indikatoren letztlich massgebend sein sollen. Die Erfahrung als Sekretär der paritätischen Vertrauenskommission wiederum, wo es eben genau an solchen griffigen Indikatoren zur Beurteilung von Fällen gefehlt hat, bestärkt mich in meiner Haltung. Das ist meine erste Frage. In einem Wettbewerbssystem ist es eigentlich sinnvoll, dass man bestimmt, die Betroffenen sollen sich auf entsprechende Kriterien einigen. Aber dann kommt natürlich auch die Frage von Herrn Stadler, wer denn die Interessen von aussenstehenden Dritten – sprich: den Patienten – wahrnehme. Wer legt diese Indikatoren fest, wenn sich Versicherer und Leistungserbringer nicht einigen können? Gelten diese Indikatoren kantonal, oder muss man versuchen, über das ganze Land hinweg einheitliche bzw. dieselben Indikatoren festzulegen?

Zum zweiten Punkt, der sich aus Artikel 35 Absatz 1quinquies ergibt: Was geschieht im Einzelfall, wenn kein Rechtsmittel gegeben ist?

Das ist das Dilemma, in dem ich mich befinde, und darin liegt auch meine Überforderung. Ich möchte mit meinem Votum einfach darauf hinweisen: Wir dürfen nicht erneut eine Ausgangslage schaffen, in der wir im Parlament eine Lösung verabschieden, die Probleme damit aber in die Praxis weitergeben und die Praxis dann entsprechende Instrumente erarbeiten muss, um diese Probleme zu regeln. Bisher hatten wir in den meisten Fällen wenigstens eine letzte Instanz, die in solchen Fällen gesagt hat – ob es uns passte oder nicht, ist eine andere Frage –, so solle es sein. Eine solche Instanz werden wir hier nicht mehr haben.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Ich danke Ihnen für diese interessante Diskussion, die auch aufzeigt, wie hochkomplex diese Materie in der Tat ist. Es ist wirklich ein Problembereich, der sich mit einem Uhrwerk vergleichen lässt. Wenn Sie irgendwo links unten an einer kleinen Schraube drehen, dann kann sich rechts oben eine Bewegung ergeben. Wir sind uns dieser Komplexität in der Kommission sehr wohl bewusst gewesen. Wir haben viel Zeit investiert, um uns miteinander zu unterhalten, aber auch, um uns mit Experten zu unterhalten und den Gedankenaustausch mit Frau Bundesrätin Dreifuss und der Verwaltung zu pflegen.

Ich möchte nicht noch einmal die ganze Begründung des Gesetzes aufnehmen. Ich glaube, Frau Berger hat nicht einzig zu diesem Artikel und zu dieser Problematik Stellung bezogen, sondern sie hat generell ihre Meinung zur gesamten Vorlage geäussert. Ich würde mich sehr gerne mit ihr darüber unterhalten und eine Debatte führen. Aber ich glaube, es ist jetzt nicht der richtige Zeitpunkt, noch einmal über alle drei Pfeiler, die wir in dieser Revision zu verankern versucht haben, eine generelle Diskussion zu führen.

Ich möchte die Gedanken aufnehmen, die zu Artikel 35 geäussert worden sind, namentlich von Herrn Stadler und von Herrn Schiesser. Es sind Überlegungen und Gedanken, die wir uns auch gemacht haben. Wir sind uns bewusst, dass wir Ihnen hier nicht bis in die letzten Verästelungen des Systems hinein schlüssige Antworten geben können; wir sind uns aber ebenfalls bewusst, dass es wahrscheinlich auch nicht der richtige Platz ist und es zudem vermessen wäre, wenn wir hier im Gesetz jetzt den Anschein erwecken möchten, wir könnten bis in die letzten Verästelungen hinein Antworten geben. Wir können im Rahmen des Gesetzes auch nicht bis auf die Ebene der Verordnung alle Details regeln.

Trotzdem, generell zum Kontrahierungszwang respektive zu dessen Aufhebung: Oberstes Ziel bleibt für uns nach wie vor die Qualität des Gesundheitswesens, die in unserem Land sehr gut ist, die ausserordentlich gut ist – nicht nur in Bezug auf die erbrachten Leistungen, sondern auch in Bezug auf den Zugang zum Gesundheitswesen –, für alle Bevölkerungsschichten und auch flächendeckend über das ganze Land verteilt. Das ist eine enorme Errungenschaft, die wir nicht aufs Spiel setzen wollen. Andererseits – das müssen

wir jedes Jahr wieder erleben, wenn es in die Prämienrunden geht – gibt es aber eine grosse Kostensteigerung, die viele Leute über die Prämien stark belastet und die gerade für Familien mit Kindern grosse Lasten mit sich bringt. Wir müssen auch diese Bedenken und Anliegen ernst nehmen.
Wir haben in diese Vorlage – jetzt werde ich trotzdem noch einmal ganz kurz allgemein – zwei Punkte und Pfeiler aufgenommen, mit denen wir Finanzierungsfragen regeln: Wer bezahlt was, und wie verteilen wir die Kosten? Das sind wichtige Fragen; das sind Fragen, die wir, glaube ich, einer guten Lösung zugeführt haben: einerseits die 8-Prozent-Grenze für die Prämienbelastung der Familien und andererseits die Spitalfinanzierung. Wir sind eine dritte Frage angegangen, den Kontrahierungszwang. Es ist dies die einzige Frage, die überhaupt ansatzweise eine kostendämpfende Wirkung hat. Nicht einmal das möchte ich überschätzen. Ich gehe hier mit Herrn Stadler einig; das ist nicht die Lösung, mit der man die Kosten in den Griff bekommen kann. Aber es ist mindestens ansatzweise ein Bereich, in dem wir eine kleine kostendämpfende Wirkung erreichen können, und zwar nicht deshalb, weil die Kassen jetzt einfach mit praktisch keinen Ärzten mehr Verträge abschliessen werden, sondern weil es generalpräventiv wirkt. Die Schar der frei praktizierenden Ärzte – Sie wissen es, ich habe es bereits in der letzten Debatte hier erklärt – wird bis ins Jahr 2003 noch einen enormen Zuwachs erfahren, zum einen mit jungen Leuten aus der Schweiz, die frei praktizieren werden, zum anderen auch – Herr Brändli hat es erwähnt – mit Leuten aus dem EU-Raum, die in der Schweiz Praxen eröffnen werden. Wir wissen es, jede neue Praxis bringt mit einer gewissen Mengenausweitung einfach erhebliche Mehrkosten mit sich; das ist kein Vorwurf an die jungen Ärztinnen und Ärzte. Diese Mehrkosten müssen von den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern getragen werden.
Ich glaube, wir haben hier die Verantwortung, auch diesen Problemen ins Auge zu sehen. Wir haben die Verantwortung, dafür zu schauen, dass eben die gute Qualität dieses Gesundheitswesens auch bezahlbar wird. Das hat auch etwas mit Zweiklassengesellschaft zu tun – wenn dieser Begriff hier schon gefallen ist.
Wir fällten also letztes Mal den Grundsatzentscheid, den Kontrahierungszwang aufzuheben, ohne dass dies – davon bin ich überzeugt – eine Revolution auslösen wird. Es werden kurz- und mittelfristig wahrscheinlich in etwa gleich viele Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen werden wie heute. Aber es werden generell vermehrt Kostenüberlegungen in die ganzen Vertragsverhandlungen einfliessen.
Nun, das möchte ich Herrn Stadler noch sagen, damit wir eine klare Trennung haben und das auseinander halten: Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges mit den Artikeln 35ff hat nichts mit den schwarzen Schafen zu tun. Die schwarzen Schafe, die Sie erwähnt haben, sind in Artikel 59 geregelt. Dort sind die speziellen Regeln – die bis anhin schon galten und die wir in gewissen Bereichen noch verschärft haben –, welche bewirken: Wenn sie diese Voraussetzungen erfüllen, wenn ein Leistungserbringer hier diesen Kriterien nicht mehr gerecht wird, kann er ausgeschlossen werden, und zwar auch innerhalb eines Jahres, auch während der Vertragsdauer. Das ist in Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a dann auch noch einmal klar festgehalten. Das ist eine andere Regelung als die Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Der Ausschluss der schwarzen Schafe ist eine Regelung, die man schon bis anhin hatte und die auch gälte, wenn der Kontrahierungszwang weiterhin fortbestehen würde. Der Kontrahierungszwang hat eben gerade nicht mit den schwarzen Schafen zu tun, sondern es gilt für alle Leistungserbringer, dass die Versicherer neu – durch diesen Entscheid, den wir in der letzten Session gefällt haben – nicht mehr obligatorisch einfach mit jedem Leistungserbringer, der auf dem Markt erscheint, einen Vertrag abschliessen müssen. Auch wenn er die Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeit und der Qualität erfüllt, hat er kein schriftliches Anrecht darauf, dass ein Vertrag mit ihm abgeschlossen werden muss. Das ist ganz klar der Entscheid, wie wir ihn das letzte Mal gefällt haben.
Sie haben uns die Aufgabe mitgegeben, dass wir jetzt diese Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung noch einmal definieren und umschreiben, Ihnen diesen Artikel 35 Absatz 1bis respektive den neuen 1quinquies neu vorlegen. Ich bin mir bewusst, dass Sie nun wahrscheinlich etwas enttäuscht sind, weil wir die Aufgabe – wie das Herr Schiesser gesagt hat – an die Vertragspartner weitergeben. Aber ich glaube, es wäre nicht angängig, wenn wir uns hier auf Verordnungsebene oder noch detaillierter – und das in einer Kommission, die nun wirklich nicht über den materiellen Sachverstand in dieser Sache verfügt, das braucht wirklich die Spezialisten – anheischig gemacht hätten, Ihnen Detailregelungen vorzulegen. Was ich Ihnen sagen kann: Eines der Beispiele, die ich schon erwähnt habe, ist auch in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verankert: Wir wollen nicht, dass sich die Wirtschaftlichkeit einzig und alleine auf den betriebswirtschaftlichen Durchschnittskosten der Praxen berechnet.
Dass man einfach eine Statistik der Versicherer nimmt, sagt, die betriebswirtschaftlichen Durchschnittskosten der Praxen seien so und wer darüber liege, der arbeite nicht wirtschaftlich, das entspricht nicht dem Begriff der Wirtschaftlichkeit, wie Ihre Kommission ihn versteht, denn wir gehen ganz klar von einer volkswirtschaftlichen Sicht der Dinge aus. Wir sind uns bewusst, dass es gerade im Bereich der Internisten Praxen gibt, in denen Patientinnen und Patienten, allenfalls chronisch Kranke, über längere Zeit gepflegt werden, dass das teure Patientinnen und Patienten sind, dass man diese aber nicht an ein Spital oder eine stationäre Einrichtung überweist, denn eben weil sie in der ambulanten Praxis weiterbehandelt werden, werden im Laufe der Zeit volkswirtschaftlich gesehen wiederum Kosten eingespart. Man kann deshalb nicht von den statistischen betriebswirtschaftlichen Durchschnittskosten ausgehen, sondern muss für diese Fälle – gehe es jetzt um Internisten, Augenärzte, Gynäkologen oder weiss Gott was – verschiedene Kriterien erarbeiten. Sie können von uns nicht erwarten, dass wir Ihnen hier nach Spezialitäten unterschieden aufzeigen, wo die Wirtschaftlichkeit einer Praxis anzusiedeln ist. Das ist, so glaube ich, nicht die Arbeit einer vorberatenden Kommission. Deshalb haben wir hier verankert, dass diese Detailregelungen, wo im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit und eben auch die Qualitätssicherung anzusiedeln sind, eben in Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern erarbeitet und festgelegt werden müssen.
Mit Bezug auf die Patientenorganisationen wurde ebenfalls ein Anliegen an uns herangetragen, das wir diskutiert haben. In unserer Kommission sind wir zur Überzeugung gelangt, dass es richtig ist und auch den Interessen der Patientinnen und Patienten entspricht, wenn wir die Leistungserbringer und die Versicherer diese Kriterien miteinander erarbeiten lassen. Ich bin durchaus offen, dass man diese Frage im Nationalrat noch einmal diskutiert. Wir konnten uns nicht überzeugen, dass die Patientenorganisationen die Interessen der Patientinnen und Patienten in der Tat so klar formulieren können, denn wir – das hat auch Herr Stadler schon erwähnt – sind etwas skeptisch gegenüber dem Organisationsgrad, der Art der Vertretung und auch gegenüber dem Mass an Demokratie bei diesen Organisationen. Häufig ist es ja so, dass sich jemand als Vertreter der Patientinnen und Patienten ausgibt und man nicht so genau weiss, wieviel in der Tat auch dahintersteckt. Diesen Gedanken kann man aber aufnehmen; wir sind sicher offen, wenn diesbezüglich vonseiten des Nationalrates noch weitere Überlegungen angestellt werden.
Ich glaube, wir haben versucht, hier in einem hochkomplexen Bereich eine Neuerung einzuführen. Wir sind uns im Klaren, dass diese Neuerung wahrscheinlich noch nicht bis zuletzt ausgegoren ist. Ich muss Ihnen aber einfach auch sagen: Wenn wir uns von Komplexität und Widerstand gegen Neuerung lähmen lassen und einfach nichts mehr tun, weil wir in einem Bereich, wo unendlich viele Interessen auch wirtschaftlicher Art vertreten werden, mit jeder Neuerung, die wir einführen, Widerstände wecken, dann tun wir sicher das Falsche. Auch mit Nichtstun kann man also

Schuld auf sich laden, auch Nichtstun kann dazu führen, dass ein System schlussendlich in die Brüche geht. Wir möchten, dass dieses gute System nicht in die Brüche geht und langfristig finanzierbar bleibt.
Deshalb bitte ich Sie, den Anträgen Ihrer Kommission zu folgen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Cette discussion l'a montré: votre commission n'a pas manqué de courage ni de volonté d'aborder et d'empoigner les problèmes. Le Conseil fédéral était parti de l'idée qu'il fallait régler les problèmes les uns après les autres, après une maturation aussi aboutie que possible. En concentrant cette réforme sur le financement hospitalier, votre commission a souhaité agir également sur deux points essentiels: d'une part, celui des coûts, avec peut-être aussi un sain scepticisme, voire de la prudence, quant aux effets directs et quant à la question de l'équité économique de cette loi et, d'autre part, celui d'un allègement des charges pour les revenus moyens et en particulier pour les familles. Votre commission s'est efforcée de le faire le plus sérieusement possible et avec un grand engagement. J'aimerais la remercier.
Nous n'avons pas à discuter aujourd'hui d'autre chose que de l'aménagement d'une décision que vous avez déjà prise et qui est la suppression de l'obligation de contracter. Le Conseil fédéral considère que cette solution n'est pas capable de rallier une majorité et de se mettre en place avec suffisamment de garanties et de transparence pour jouer le rôle que votre commission en attend. Il est donc inutile de reprendre ici la question de fond.
Il faut considérer toutes les réformes à entreprendre, les unes après les autres, comme des réformes urgentes, qui doivent nous aider à mieux gérer ce système complexe et, en particulier, à tenir compte de l'augmentation des coûts, afin de trouver les bons mécanismes pour y remédier. A cet égard, la réforme du financement hospitalier est urgente, le soulagement des familles à revenu moyen est nécessaire et également urgent, quand on pense à l'importance de l'augmentation des primes pour l'année prochaine. A proposer des solutions qui ne sont peut-être pas encore suffisamment convaincantes dans tous les détails, on prend le risque qu'elles aillent finalement à l'encontre des réformes urgentes et mûres, au profit de réformes qui cernent certainement un point du problème du fonctionnement de la LAMal, mais qui n'ont peut-être pas encore atteint directement leur cible.
Quand je dis que les choses sont urgentes et que j'évoque en particulier l'augmentation massive des primes pour l'année prochaine, j'aimerais préciser que je ne cautionne pas les chiffres que M. Brändli a tout à l'heure lancés dans le débat. Lorsque je vois qu'il y a un parallélisme entre l'augmentation des primes de cette année et l'augmentation des coûts selon les dernières évaluations et le fait que, dans cette augmentation massive pour 2002, nous intégrons justement des erreurs d'estimation qui ont été faites en 1999 et en 2000, mais qui avaient déjà été prises en compte pour l'année 2001, je dois dire encore une fois que ces estimations me paraissent alarmistes. Il faudra attendre pour savoir si elles sont vraies. Peut-être M. Brändli a-t-il pris en compte l'évolution générale des coûts de la santé lorsqu'il a annoncé une augmentation de plusieurs millions par mois, et non pas celle des coûts de l'assurance-maladie de base.
Mais les batailles de chiffres sont tellement difficiles à mener lorsqu'il s'agit de prévisions que je préférerais qu'elles ne soient pas conduites ici, sans avoir sous les yeux tous les éléments de ces appréciations. Je ne confirme donc pas ni ne cautionne les chiffres annoncés par M. Brändli, je les mets en doute.
La question qui subsiste aujourd'hui est celle de savoir tout d'abord comment répondre aux questions qui sont apparues dans le débat, et ensuite si les propositions faites aux alinéas 1bis et 1quinquies de l'article 35 sont cohérentes avec la proposition que vous avez déjà adoptée.
D'abord les questions. Elles sont liées à certains des doutes exprimés quant à la capacité des partenaires de pouvoir réellement régler le problème, puisqu'on le leur renvoie avec, en particulier, la proposition de la commission à l'alinéa 1quinquies.
Les tarifs qui sont prévus n'ont pas encore pu entrer en vigueur en raison de difficultés apparues lors des négociations – je pense en particulier à TarMed. Nous touchons au but, mais là aussi avec encore de grandes difficultés, sur la valeur des points, y compris, je dois l'avouer, sur les valeurs des points des différentes assurances, les assurances fédérales et l'assurance-maladie. Là, je partage tout à fait le souci de M. Brändli d'avoir des tarifs différenciés sans raison valable, résultant de l'histoire mais devant être appelés à converger de façon très claire vers le tarif le plus bas.
Avec ces accords si difficiles à conclure devait se régler également un certain nombre de questions sur le caractère économique des prestations.
Sur ce plan-là, les choses sont renvoyées aux partenaires et ils n'ont pas encore abouti dans la première phase, celle qui consiste à lister et à mettre en relation les différentes prestations les unes avec les autres. Je parle des médecins, mais on pourrait retrouver des problèmes du même type dans d'autres domaines et concernant d'autres fournisseurs de soins. Ils n'ont pas non plus réussi jusqu'à présent à mettre en place des règles visant à garantir le caractère économique des prestations et à éviter une réitération inutile d'actes diagnostiques.
C'est la Confédération qui s'efforce, alors que dans ce domaine elle ne dispose pas de compétence directe, de fournir des contributions et d'amener les partenaires à se réunir autour d'une même table. La conférence que nous avons récemment organisée sur le carnet de santé ou la carte de santé a bien montré tout le travail de persuasion – le travail technique aussi – qui doit nous mener à satisfaire à la loi sur la protection des données et qui reste à faire pour atteindre l'objectif tout à fait modeste d'éviter la réitération inutile d'actes diagnostiques. Nous sommes au travail dans un domaine où nous n'avons pas de compétence directe et où notre effort consiste à faire dialoguer ceux qui ont cette compétence d'après la loi, qui doivent y répondre et qui actuellement n'avancent pas, je dirais, de façon satisfaisante dans la résolution de ce problème.
De même, dans le domaine de la garantie de qualité où nous avons une compétence, le premier effort consiste à mettre en place les contrôles scientifiques et systématiques qui sont évoqués à l'article 58 LAMal. Nous sommes actuellement au travail pour élargir la liste des prestations qui donnent lieu à remboursement sous certaines conditions, de façon à pouvoir répondre à l'exigence de l'adéquation des prestations aux soins qui doivent être donnés.
Cet immense travail se révèle extrêmement difficile et je ne vois pas venir les solutions du côté des partenaires désignés par la loi. Nous devons nous-mêmes travailler. C'est un élément que le Conseil national devra aussi reprendre pour se demander si, à ce stade et cinq ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, nous pouvons nous contenter de ce renvoi de responsabilités ou si nous ne devons pas, là aussi, aller plus loin. La seule chose que nous avons faite, Mme Berger l'a rappelé, c'est de fixer un délai. Mais lorsqu'on fixe un délai et que la compétence n'est pas entre nos mains, il devient extrêmement difficile d'utiliser ce qui apparaît comme une épée de Damoclès. Heureusement, si cette épée tombait, elle ne blesserait personne.
C'est là, à la frontière entre la responsabilité de l'Etat et la responsabilité des partenaires, que se situe le problème, M. Schiesser l'a fort bien décrit. Je pense que le Conseil national devra, et je me réjouis de collaborer avec lui, travailler davantage à trouver une solution au problème situé à cette frontière des responsabilités.
Cinq ans d'expérience, toute l'analyse et l'évaluation que nous avons faites, nous montrent qu'il y a eu une certaine naïveté à croire que l'on pouvait faire cohabiter à ce point-là un système totalement libéral, d'un côté, et une responsabilité politique globale, de l'autre. La discussion en commission est une contribution à ce débat, même si j'ai exprimé tout à l'heure mes doutes quant à la solution choisie. Je

crois avoir ainsi répondu à Mme Berger et à M. Schiesser quant à l'effet de l'article 56 alinéa 5, qui n'est pas encore satisfaisant. La question se pose de savoir si on peut repasser encore une fois un tel mandat aux partenaires tarifaires, avec un arbitrage cantonal pour veiller au grain. En l'état, la décision ayant déjà été prise, je dirai que les deux articles proposés sont des contributions intéressantes, mais qu'elles ne sont pas le dernier élément qui donne vraiment à vos propositions la cohérence que vous souhaitez.
Une des difficultés dans ce cas des responsables politiques, que ce soit pour le Parlement ou pour l'administration et l'exécutif, c'est que les assureurs-maladie, à qui vous aimeriez donner cette compétence, donnent des réponses extrêmement contradictoires quant à l'usage qu'ils aimeraient faire de cette possibilité. Lorsque Mme Beerli, dont nous connaissons tous la rigueur intellectuelle, nous dit qu'il ne s'agit pas de moutons noirs, mais d'autre chose, dans les déclarations des assureurs-maladie, on entend toutes sortes de choses: qu'il ne s'agit pour eux que de rendre effective la règle s'appliquant aux moutons noirs, qui se révèle souvent impraticable. M. Schiesser a montré toutes les difficultés qu'il y a à exclure un fournisseur de prestations, à le punir, à lui faire rembourser, en cas de fonctionnement inadéquat et d'abus du système.
En même temps, on entend tout d'un coup des responsables d'assureurs-maladie dire que nous avons 20 pour cent de médecins en trop, et qu'il faut trouver un critère pour les éliminer. J'espère que d'ici le débat au Conseil national, la philosophie des assureurs-maladie aura été clarifiée, sinon nous courons le risque que l'on nous reproche de leur mettre entre les mains un instrument dont nous ne savons pas exactement ce qu'ils souhaitent en faire.
Je dois encore une réponse à Mme Berger sur la raison pour laquelle votre commission propose ce complément sur la loi sur les cartels. Je crois que Mme Beerli n'y a pas répondu. Mes collaborateurs et collaboratrices se sont immédiatement précipités sur la loi sur les cartels, je pourrai donc donner la réponse suivante.
D'abord, ce n'est pas la première fois que l'on fait allusion à la loi sur les cartels. C'est déjà implicitement le cas à l'article 46 alinéa 3 de la LAMal, qui parle des conventions tarifaires et qui précise bien à quelles conditions elles doivent répondre. On doit faire un contrôle de l'adéquation à la législation et la loi qui est prévue ici est notamment celle sur les cartels. Cette disposition que la commission vous propose a, avant tout, une portée déclamatoire et ne crée pas de droit nouveau, elle ne permet pas à la loi sur les cartels de primer sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Dire qu'elle a un caractère déclamatoire n'est pas totalement inutile dans la complexité de ce système, étant donné qu'il s'agit de décisions qui doivent être prises par les assureurs-maladie, par les fournisseurs de soins, par une commission tripartite telle qu'elle est mentionnée ici. Il est bon de rappeler à ceux qui sont interpellés par la mise en oeuvre de cette disposition qu'il ne leur suffit pas de lire la LAMal, mais qu'ils doivent garder en mémoire également les principes de la loi sur les cartels et, comme vous l'avez dit, ne pas se liguer pour exclure quelqu'un sans raison valable et majeure. Ainsi, dans cette voie de droit – qui n'est pas réellement une voie de recours, mais d'appréciation de la décision prise –, c'est la commission tripartite qui doit se pencher sur la question, mais également le gouvernement cantonal lorsqu'elle doit apprécier si la couverture en soins est suffisante ou si l'absence de liberté de choix de l'assuré dans le rapport d'assurance est avérée.
Vous voyez qu'il y a tellement d'acteurs ici qu'il est bon de leur dire de lire d'abord la loi sur les cartels avant de se lancer dans le dossier concret qu'ils ont à traiter.
La Commission de la concurrence a estimé qu'elle pouvait toujours entrer en matière sur des comportements contraires aux règles de la concurrence entre fournisseurs de prestations et assureurs dans le cadre de l'exercice de leur liberté de choix, sous l'angle de la suppression de l'obligation de contracter. Mais nous ne considérons toutefois pas, du fait du caractère individuel de la relation contractuelle qui devrait exister entre un fournisseur de prestations et un assureur, que le rôle de la Commission de la concurrence sera déterminant pour obliger ou non, dans un cas particulier, un assureur à admettre un fournisseur de prestations. C'est donc avant tout les organes de l'assurance obligatoire des soins qui doivent veiller à respecter les règles de la loi sur les cartels et à les faire respecter. C'est la raison pour laquelle la commission vous propose d'introduire cet article. Encore une fois, sans suivre intégralement la commission, étant donné la décision déjà prise et ce qui reste à décider aujourd'hui, j'aimerais soutenir également la mention de la loi sur les cartels, telle qu'elle figure dans la proposition de la commission.
Je pense ainsi avoir répondu à l'ensemble de vos questions. Il me suffit de dire que je partage les doutes qui ont été exprimés. Je partage l'appréciation quant à l'urgence de cette réforme. Cette urgence ne doit pas nous amener à des changements dont nous ne mesurons pas toutes les conséquences. Elle nous permet toutefois de transmettre, à ce stade, au Conseil national une proposition qui ouvre une piste relativement périlleuse, mais qu'il vaut la peine d'explorer plus avant.
C'est dans ce sens-là que, tout en émettant des doutes sur l'ensemble de la proposition de la commission, je peux vous recommander d'accepter les deux articles proposés par la commission. Je vous recommande ainsi non pas de déléguer l'application tout de suite aux partenaires désignés par la LAMal, mais de la transmettre au Conseil national avec vos recommandations d'approfondir le travail commencé et de trouver peut-être une solution plus convaincante.

**Berger** Michèle (R, NE):Je ne vais pas relancer le débat. J'aimerais juste faire une petite remarque concernant la densité médicale. Il y a parfois des décisions politiques que nous prenons qui font que certaines situations changent. Je voudrais juste mettre en avant que le fait d'avoir transféré les patients du secteur hospitalier dans le secteur ambulatoire fait que, forcément, la densité médicale va augmenter. Simplement cette remarque.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Ich will die Debatte nicht verlängern, aber nachdem die Zahlen, die ich erwähnt habe, vonseiten des Bundesrates infrage gestellt wurden, möchte ich dazu doch etwas sagen. Wir haben in den letzten Jahren jährliche Kostensteigerungen in der sozialen Krankenversicherung von 500 Millionen bis zu 1 Milliarde Franken gehabt. Ich habe Ihnen die Gründe dargelegt, warum diese Kosten wahrscheinlich eher stärker steigen anstatt reduziert werden, und wenn Sie 1 Milliarde durch zwölf teilen, dann kommen Sie auf 80 Millionen Franken. Ich habe von monatlichen Preissteigerungen von 50 bis 100 Millionen Franken gesprochen. Das ist die Realität. Ich bedaure, dass das so ist. Der Trend oder die Gefahr ist, dass es sich sogar um höhere Beträge handelt, und wenn Sie das dann in Prämienprozente umrechnen, dann kommen Sie auf diese 10 Prozent. Ich glaube, die Politiker – wir als Gesetzgeber – müssen einfach diese Realitäten zur Kenntnis nehmen. Es nützt nichts, wenn wir jetzt die Sachen beschönigen und dann bei der nächsten Prämienrunde wieder jammern, dass die Prämien um 10 Prozent steigen.

*Abs. 1bis – Al. 1bis*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 37 Stimmen
Für den Antrag Saudan .... 3 Stimmen

*Abs. 1quinquies – Al. 1quinquies*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 36 Stimmen
Für den Antrag Saudan .... 3 Stimmen

**Ziff. II Abs. 7**
*Antrag der Kommission*
Die Versicherten können verlangen, dass Behandlungen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung im Gange sind, während zwei Jahren beim selben Leistungserbringer weitergeführt werden.

**Ch. II al. 7**
*Proposition de la commission*
Les assurés peuvent exiger que des traitements qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, sont en cours puissent être poursuivis pendant une durée de deux ans auprès du même fournisseur de prestations.

**Lauri** Hans (V, BE): Sie mögen sich vielleicht daran erinnern, dass ich in der letzten Session darum gebeten habe, es sei dem Parlament ein vollständiger und nachvollziehbarer Bericht über die finanziellen Konsequenzen der Revision und insbesondere des neu eingefügten Sozialziels vorzulegen. Nun sind wir bei den Übergangsbestimmungen; auch dazu gibt es eine Bestimmung. Meine Intervention erfolgte auf der Grundlage von Meldungen aus Kantonen und Fachdirektorenkonferenzen, der Ausweis über die finanziellen Konsequenzen gebe das wirkliche Ausmass nicht ausreichend wieder. Kollegin Saudan hat sich heute Morgen in vergleichbarer Art und Weise geäussert. Auch deshalb nehme ich die Gelegenheit für eine kurze Intervention wahr. Heute liegt nun ein Bericht des Bundesamtes für Sozialversicherung vor, datiert vom 20. November 2001.
Gestern haben wir uns mit Finanzpolitik befasst und gefordert, es müsse alles darangesetzt werden, zwischen Sach- und Finanzpolitik bzw. zwischen Aufgaben- und Ausgabenpolitik grössere Kohärenz und auch Transparenz herzustellen. Gelinge dies nicht, so seien in Zukunft wieder zunehmende, sehr schwerwiegende Probleme im Bundeshaushalt programmiert.
Heute erleben wir, wie schwierig die Umsetzung der an sich selbstverständlichen Forderung ist. Was wir für uns als Verbesserung fordern, gilt selbstverständlich auch für die Kantone, wo sie von der Bundespolitik in grossem Ausmass mitbetroffen sind. In der wichtigen Frage der Prämienverbilligung unter Beachtung eines Sozialziels legt uns das Bundesamt für Sozialversicherung wenige Tage vor unserer Behandlung heute das verlangte Papier vor, das meines Erachtens die Anforderungen an einen Bericht über die finanziellen Konsequenzen einer im Verbund mit den Kantonen zu erfüllenden Aufgabe klar nicht erfüllt. Ich unterschätze die methodische Komplexität der gestellten Aufgabe keineswegs, muss aber trotzdem feststellen: Das ist enttäuschend und muss vor dem Hintergrund der gestern geführten Finanzdebatte nachdenklich stimmen.
Ich will den Rat nicht mit Einzelheiten aufhalten, sondern nur auf einen allerdings wichtigen Schwachpunkt hinweisen. Nach Meldungen der letzten Tage wurden weder die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz noch die Finanzdirektorenkonferenz bei der Erarbeitung des Berichtes beigezogen. Ich frage Sie: Warum eigentlich nicht? Das ist mir unverständlich und entspricht kaum einem zeitgemässen Vorgehen im Rahmen einer Verbundaufgabe, die vom Bund und den Kantonen gemeinsam zu erfüllen ist.
Ich benütze die Gelegenheit, um an dieser Stelle, wo es um massgebende finanzielle Beziehungen zwischen dem Bund und den Kantonen geht, erneut darauf hinzuweisen, dass im Projekt «Neuer Finanzausgleich» von der Bundesverwaltung in Zusammenarbeit mit den Kantonen eine andere, differenziertere und stärker mit positiven Anreizen versehene Regelung der Prämienverbilligung erarbeitet wurde. Ich hoffe, dass die Kommission des Nationalrates sie sich vorstellen lassen wird. Ich hoffe zudem, dass die Kommission des Nationalrates darauf bestehen wird, dass alle Ausweise über die finanziellen Konsequenzen der vorliegenden Reform vom Bundesamt in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Kantonen, insbesondere den beiden Fachdirek-torenkonferenzen, erarbeitet werden.

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Zu zwei Punkten in den Übergangsbestimmungen: Zuerst eine Antwort an Herrn Lauri. Ich verstehe seine Bedenken, gerade wenn wir uns an die gestrige Finanzdebatte erinnern. Ich bin auch der Ansicht, dass wir uns bei derart schwerwiegenden Entscheiden finanzieller Natur, wie wir sie hier treffen, gut dokumentieren lassen müssen, und dass die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen bei der Zurverfügungstellung der Zahlen optimal sein sollte. Ich möchte zur Ehrenrettung des Bundesamtes für Sozialversicherung lediglich anführen, dass es nicht ganz einfach ist, von den Kantonen zeitgerecht die richtigen Zahlen zu erhalten. Es ist sicher so – und es soll, wenn es mir erlaubt ist, dies hier zu sagen, auch vermehrt so sein –, dass man mit den Direktorenkonferenzen zusammenarbeitet, wo es geht. Aber Zusammenarbeit bedingt immer Gegenseitigkeit. Da ist es oft etwas schwierig, zeitgerecht die richtigen Zahlen zu erhalten, um sie dann auch zur Verfügung stellen zu können. Das soll nicht davon dispensieren, die Anstrengungen noch zu verstärken.
Über das Modell, das im Neuen Finanzausgleich erarbeitet worden ist, sind wir natürlich nicht einfach hinweggegangen, sondern wir haben es in der Kommission angesehen, bearbeitet, studiert. Wir sind der Überzeugung, dass das Modell, das wir Ihnen hier vorschlagen, das bessere Modell ist, und dass es auch für die Kantone in keiner Weise nachteiliger ist als das Modell, das im Neuen Finanzausgleich enthalten ist. Aber es ist sicher richtig und gut, wenn die nationalrätliche Kommission diese Überlegungen auch noch einmal anstellt und einen Vergleich der beiden Modelle vornimmt.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Vous comprendrez qu'après la remarque de M. Lauri, je me sente aussi obligée de prendre brièvement la parole en m'associant à lui en ce qui concerne la demande au Conseil national et à sa commission. Il est clair que c'est à elle de reprendre les choses et de permettre l'approfondissement de ce point et de ses conséquences financières. Là où je dois m'opposer à sa critique de l'OFAS, c'est en ce qui concerne le rythme de travail. Au Parlement, une fois que la machine législative roule dans une commission, et à l'administration et dans le gouvernement, qui ont le temps de préparer les choses et de chercher les informations, les rythmes sont différents. Nous sommes obligés, et nous le faisons volontiers, de nous plier au rythme qui nous est indiqué par le Parlement et de répondre le mieux possible à ses exigences, même lorsque, ensuite, le temps nous manque pour obtenir des informations qui sont parfois difficiles à trouver dans les cantons qui ne possèdent pas toujours le système de monitoring.
Je partage son désir d'approfondissement, mais je repousse les critiques qu'il a exprimées à l'encontre d'un office qui s'efforce, avec les moyens qui sont les siens, de répondre à une demande urgente du Parlement.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 38 Stimmen
(Einstimmigkeit)

*Art. 65*

**Beerli** Christine (R, BE), für die Kommission: Erlauben Sie mir, dass ich noch eine ganz kleine Bemerkung zu Artikel 65 mache. Herr Kollege Merz hat an der letzten Sitzung eine Frage gestellt und wollte wissen, wie der Begriff «grundsätzlich voll ausbezahlt» zu interpretieren wäre. Wir haben ihm damals versprochen, dass wir dies noch klären würden. Ich möchte das jetzt kurz zu Protokoll geben, um die Frage zu beantworten.
Der Begriff «grundsätzlich voll ausbezahlt» in Artikel 65 bedeutet nicht, dass in jedem Fall tatsächlich alles bezogen werden muss. Es ist vielmehr eine Absichtsbestimmung, die schon Artikel 65, wie er heute im Gesetz verankert ist, entspricht. Bei der Berechnung der Beträge geht man hingegen davon aus, dass grundsätzlich voll ausbezahlt wird. Die Entscheide darüber, wie viel bezogen wird, stehen aber in der

Kompetenz der Kantone. Gewisse Kantone werden auch künftig das Sozialziel von acht Prozent ohne die volle Ausschöpfung erreichen. Der Begriff «grundsätzlich voll ausbezahlt» bedeutet demzufolge keine Abkehr von den bisherigen Regeln von Artikel 65. Die Rechtssituation bleibt unverändert.

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*
Für Annahme des Entwurfes .... 37 Stimmen
Dagegen .... 3 Stimmen

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates*
Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse gemäss Brief an die eidgenössischen Räte
*Proposition du Conseil fédéral*
Classer les interventions parlementaires selon lettre aux Chambres fédérales

*Angenommen – Adopté*

wie immer ein beträchtlicher Anteil auf Objekte unter 10 Millionen. Dieses Jahr sind für diesen Bereich 84,15 Millionen vorgesehen. Dieser Betrag wird für Projektierungen, bauliche Anpassungen, Erweiterungen der Kommunikationsinfrastruktur und Instandsetzungsarbeiten verwendet. Es geht im Wesentlichen um folgende Vorhaben: ETH Zürich mit vier Projekten für total 41 Millionen Franken; ETH Lausanne mit drei Projekten für total 18,65 Millionen; das Paul Scherrer Institut wird mit 9,9 Millionen berücksichtigt; ein Rahmenkredit von 1,95 Millionen entfällt auf die Eidgenössische Forschungsanstalt für Wald, Schnee und Landschaft; für die Eidgenössische Materialprüfungs- und Forschungsanstalt sind 4,3 Millionen eingeplant; für die Eidgenössische Anstalt für Wasserversorgung, Abwasserreinigung und Gewässerschutz wollen wir einen Kredit von 8,35 Millionen sprechen. Das Total dieser Vorhaben unter 10 Millionen Franken beläuft sich auf 84,15 Millionen Franken.
Die Kommission hat sich intensiv und eingehend mit diesen Ausgaben auseinander gesetzt. Da es sich bei diesen Positionen mehrheitlich um Unterhalts-, Erneuerungs- und Instandsetzungsarbeiten handelt, kommt die Kommission einstimmig zum Schluss, dass diese Ausgaben gerechtfertigt sind. Ebenfalls entspricht der vorgesehene Gesamtauf-

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)

---

*Antrag der Kommission*
Eintreten

*Antrag Zisyadis*
Nichteintreten

*Proposition de la commission*
Entrer en matière

*Proposition Zisyadis*
Ne pas entrer en matière

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1994 – wir wissen es alle – weist in seiner Umsetzung Mängel auf und erfüllt die Hoffnungen, welche in dieses Gesetz gesetzt wurden, nur teilweise. Daher wird die heute zu beratende Revision auch nur eine Zwischenetappe auf dem Weg zu einer weiteren Verbesserung der Finanzierung, zu einer verbesserten Transparenz und zur Umsetzung kostendämpfender Massnahmen sein. Dass diese Massnahmen politisch sehr unterschiedlich gewichtet werden und die Meinungen darüber, welche Massnahmen kostendämpfend und welche Einsparungen sinnvoll sind, weit auseinander gehen, zeigen die Kommissionsberatungen und deren Ergebnisse. Auch wenn Eintreten auf die Vorlage in der Kommission unbestritten war, finden Sie auf der Fahne rund 30 Minderheitsanträge, die sich zum Teil überschneiden, ausschliessen oder auch ergänzen. Die Kommission beantragt Ihnen schliesslich mit 12 zu 6 Stimmen bei 5 Enthaltungen, der Vorlage zuzustimmen.
Welches sind die Hauptpunkte der Revision?
Die Spitalfinanzierung: Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie Artikel 41 Absatz 3 bezüglich der Beitragsleistung an medizinisch indizierte, ausserkantonale Spitalbehandlungen zu interpretieren sei. Das Eidgenössische Versicherungsgericht entschied in zwei Grundsatzurteilen 1997, dass bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt – unabhängig von der Art der Abteilung – beim Aufenthalt in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital eine Leistungspflicht besteht. Aufgrund der bestehenden gesetzlichen Grundlage konnte diese Gleichbehandlung in nicht subventionierten Spitälern nicht angewendet werden, obwohl die Gesetzessystematik mit der klaren Trennung zwischen obligatorischer Grundversicherung für alle und freiwilliger Zusatzversicherung auf diese Beitragspflicht schliessen lässt. Für innerkantonale Patienten wurde – nach langwierigen Verhandlungen zwischen Kantonen und Kassen – ein Moratorium vereinbart. Weil die Kantone sich nach wie vor weigerten, ihre Anteile zu übernehmen, musste der Bund handeln. Mit dem Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen Behandlungen wurde dies vom Parlament beschlossen. Eine einzige Kasse hat nun allerdings dagegen das Referendum ergriffen, sodass es zur Volksabstimmung kommt. Sie ist der Meinung, dass ihre finanziellen Ansprüche durch das Bundesgesetz nicht genügend abgegolten werden.
Mit der vorliegenden Teilrevision soll nun der letzte, konsequente Schritt gemacht werden, um die Umsetzung des KVG für alle Versicherten und Leistungsanbieter korrekt zu vollziehen. Indem auch die Patienten, welche sich in einem auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten Privatspital behandeln lassen, ihren Anteil an der Grundversicherung vergütet erhalten, wird diese Gleichbehandlung umgesetzt. Die Finanzierung der Spitäler erfolgt heute weitestgehend als Finanzierung der Institution und nicht leistungsbezogen. Der Anteil, den die Kantone übernahmen – nach geltendem Gesetz sind dies maximal 50 Prozent –, verringerte sich während mehrerer Jahre zulasten der Prämienzahler. Nun soll ein so genannt dual-fixer Schlüssel ausgehandelt werden. Das heisst: 50 Prozent sollen die Kantone übernehmen, 50 Prozent die Prämienzahler. Massgebend sind nicht mehr die anrechenbaren Betriebskosten, sondern es soll ein Übergang zur Finanzierung von Leistungen erfolgen. Finanziert werden Leistungen, die stationär vollzogen werden müssen und damit die Infrastruktur eines Spitals erfordern. Mit einbezogen in die Leistungsfinanzierung werden neu auch die Investitionskosten, über die heute separat entschieden wird und die heute vollumfänglich vom Steuerzahler bezahlt werden.
Diese Neuordnung der Finanzierung wird denn auch von allen Beteiligten akzeptiert. In den meisten Kantonen ist man heute von dieser Verteilung nicht allzu weit entfernt. Nur der Kanton Genf übernimmt heute einen Anteil von rund 70 Prozent, und hier wird die dual-fixe Finanzierung erhebliche Auswirkungen auf die Prämienhöhe haben. Um den Kantonen den Übergang zu erleichtern, hat unsere Kommission die Übergangsbestimmungen gegenüber den Fassungen von Bundesrat und Ständerat umgestaltet. Ich werde noch darauf zurückkommen. Ein weiterer Punkt, der gegenüber den Beschlüssen des Ständerates klar abgeändert wurde, ist das so genannte Sozialziel. Wir werden auch dort im Detail darauf zurückkommen, wie die Vorlage heute aussieht.
Im Namen der Kommission beantrage ich Ihnen, auf die Vorlage einzutreten und den Antrag Zisyadis auf Nichteintreten abzulehnen.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) était porteuse de grands espoirs. Elle instituait une solidarité entre jeunes et moins jeunes, entre bien portants et moins chanceux. Elle prévoyait un régime de concurrence entre caisses-maladie qui était censé limiter les coûts de la santé et le montant des primes d'assurance. La concurrence à armes égales devait être réglée par une péréquation entre les risques. Force est de constater que l'application de cette loi n'a pas donné entière satisfaction. Les coûts de la santé ont augmenté régulièrement, les primes d'assurance avec.
Toute loi est sujette à des imperfections et c'est son sort d'être destinée à révision en fonction de la pratique d'application et de l'évolution de notre société. Toutes les améliorations que nous apporterons dans cette révision seront sujettes à passer par d'autres adaptations futures. Cette loi, plus que d'autres, est un chantier quasi permanent. Nous ne pourrons pas tout régler maintenant, mais il est urgent de faire une étape. Cette étape porte les germes, déjà, d'une troisième révision de la LAMal.
A l'analyse, on constate en particulier un dysfonctionnement dans l'application de l'article 41 alinéa 3, qui a donné lieu à un recours au Tribunal fédéral des assurances au sujet de la participation des cantons aux coûts pour un séjour à l'hôpital en division privée ou semi-privée. Nous avons voté une loi

dans l'urgence le 21 juin dernier. Vous savez qu'un référendum a récolté les signatures nécessaires et que le peuple sera appelé à se prononcer sur cet objet le 9 février prochain. On ne peut de toute façon pas exclure les cliniques privées du réseau, ce serait irrationnel et cher.

Mais d'une manière générale, les coûts de la santé augmentent dans ce pays à un rythme beaucoup plus rapide que l'inflation ou le produit intérieur brut. La question est: qu'est-ce qu'on veut se payer? Force est de constater que nous bénéficions d'infrastructures et de personnel de soins d'un niveau incomparable. On doit affirmer que ce réseau de soins doit rester accessible à toutes et tous, et que ce principe n'est pas remis en cause. Par contre, on doit se poser la question de savoir si l'on peut limiter la facture et comment. Certains s'attachent à mieux répartir cette facture sur le plan social, d'autres cherchent des solutions pour diminuer l'addition.

L'effort d'amélioration de la loi doit donc porter sur deux axes: d'une part, limiter les coûts et les gaspillages et, d'autre part, voir à répartir au plus juste les frais entre patients, familles et contribuables. Où est la limite entre ce que l'on doit offrir à tout le monde et ce qui est un luxe, que peuvent choisir ceux qui mettent une priorité là et qui doivent la payer eux-mêmes? En matière de confort hospitalier, on connaît les prestations de luxe couvertes par les assurances complémentaires; par contre, on peut discuter de savoir si choisir son médecin et faire vérifier le diagnostic par un deuxième ou un troisième est un luxe que l'on peut faire payer solidairement par celles et ceux qui font confiance à leur médecin de famille. C'est la même chose avec les cas bagatelles ou la multiplication des consultations. C'est la même chose avec la multiplication d'opérations chirurgicales ou d'analyses qui ne sont pas forcément nécessaires. C'est la même chose avec les cartes magnétiques de santé qui devraient déjà être en place et qui pourraient permettre de faire des économies, mais qui se heurtent à des résistances irrationnelles pour des questions de protection des données. Ces exemples sont les luxes inutiles qui coûtent et que nous devons essayer de contenir par des mesures légales.

Alors, le champ des propositions est large et bosselé. Nous parlons entre autres des formes d'assurance appliquées à un choix limité de fournisseurs, de transparence des comptes des assurances, de maisons de naissance, de suppression éventuelle de l'obligation de contracter, de planification et de financement des hôpitaux, de cartes de santé, de subventionnement des primes, de franchises et de franchises à option, de primes selon le revenu et la fortune, de compensation des risques entre caisses-maladie.

Le projet, tel que présenté par la commission, est le fruit de beaucoup de travail et de nombreuses séances. Il est perfectible. Vous le modifierez peut-être. 30 propositions de minorité ont été déposées, auxquelles il faut ajouter les propositions individuelles. La commission a d'ores et déjà approuvé le principe de propositions à traiter lors d'une prochaine révision, c'est dire si le chantier est permanent.

En attendant, révisons la loi avec nos forces et nos faiblesses. Lors des interventions sur les articles, nous nous efforcerons d'aller à l'essentiel. Le débat sera suffisamment long. J'ose espérer que nous éviterons de nous perdre dans les détails.

Mais je m'en voudrais d'entamer cet immense débat sans remercier vivement Mme Dreifuss, conseillère fédérale, qui a fait preuve d'un engagement, d'une maîtrise des dossiers, d'une collégialité vis-à-vis de ses collègues du Conseil fédéral, dignes d'une très grande conseillère fédérale. On peut lui associer toute l'équipe de ses collaboratrices et collaborateurs que la commission a souvent torturés par ses exigences en matière de données statistiques et de rapports complémentaires.

Au nom de la commission, je vous invite à entrer en matière.

**Zisyadis** Josef (–, VD): Nous n'avons pas affaire à une révision de la loi sur l'assurance-maladie mais à un bricolage politique sans cohérence avant les élections fédérales de 2003. Ce bricolage est destiné, à notre avis, à contrer l'initiative populaire socialiste «La santé à un prix abordable», qui devrait passer l'année prochaine devant le peuple.

La LAMal a démontré ses graves lacunes. Elle a démontré la nécessité d'instituer à l'échelon national un nouveau système d'assurance-maladie avec des cotisations fixées selon le modèle de l'AVS, qui a fait ses preuves. Je tiens à rappeler qu'en 1994 déjà, le Parti suisse du travail-POP s'était opposé à cette loi, que tout le monde condamne aujourd'hui. Nous avions déjà dit alors qu'elle avait de graves lacunes, surtout en matière du désengagement des pouvoirs publics qu'elle impliquait dans le domaine de la santé.

Maintenant que la crise est évidente, tout le monde y va de son remède de cheval, notamment dans les partis bourgeois, les uns pour casser le minimum de solidarité et les autres pour restreindre l'accès des personnes les plus modestes à la santé. Avec des franchises inacceptables de 400 francs ou de 600 francs, avec des hausses de primes injustifiées et incontrôlées, la population en a ras le bol. Face au diktat des grandes caisses-maladie, nous avons plus que jamais besoin d'une caisse unique, publique, en matière d'assurance-maladie de base.

On peut dire que le système hybride a fait faillite. On ne peut plus accepter le mélange des responsabilités publiques et privées en matière d'assurance de base. Qui peut croire aujourd'hui les caisses-maladie et leurs variations inexplicables de primes d'année en année? En effet, il apparaît de plus en plus clairement que seule une caisse unique peut offrir la garantie de la transparence. Je tiens à rappeler quelques principes en matière de caisse unique: nous avons besoin d'un seul système social d'utilité publique; nous avons besoin d'une séparation claire et nette entre l'assurance de base et les assurances complémentaires; nous avons besoin d'une simplification du système des subsides cantonaux et fédéraux pour alléger les primes des assurés de condition modeste; enfin, nous avons besoin d'abandonner la concurrence entre assureurs-maladie, qui ne marche plus.

Aujourd'hui, il est patent que les objectifs initiaux qui étaient assignés à la LAMal ne peuvent être atteints dans le cadre de l'organisation actuelle. Trop d'acteurs ont démontré leur incompétence et leur manque de rigueur politique. Il faut le dire, le système mixte – étatique et libéral – est une véritable absurdité. Je crois que le meilleur cadeau de départ que nous pourrions faire à Mme Dreifuss, conseillère fédérale, serait de ne pas entrer en matière sur une révision partielle de la LAMal qui consacre le «tout-au-marché» et qui contribuera à la mise en concurrence généralisée des fournisseurs de soins. A notre sens, cette révision creuse encore plus les inégalités sociales face à la santé.

Tout le monde sait qu'avec cette révision – et d'ailleurs le rapporteur, M. Fattebert, l'a dit –, ce ne sont que des emplâtres sur une jambe de bois. S'il ne l'a pas dit comme ça, tout au moins il le pensait. Alors laissons la nouvelle ou le nouveau responsable de la santé – puisqu'il semble que beaucoup de monde se presse au portillon – venir avec des idées nouvelles qui auraient au moins une cohérence d'ensemble.

Qu'est-ce que c'est que de perdre quelques mois, alors que cela fait des années que le système de santé suisse est sous perfusion et que de toute façon il va le rester, y compris avec cette révision?

Pour notre part, si vous entrez en matière et si, par la suite, vous acceptez en plus les attaques inacceptables contre les franchises, si vous acceptez notamment la suspension des prestations pour les familles les plus défavorisées du pays en cas d'impossibilité de paiement, nous devrons immanquablement lancer un référendum contre cette révision scélérate.

Je vous invite à ne pas entrer en matière.

**Guisan** Yves (R, VD): Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les coûts à charge des assurés ont augmenté de 30 pour cent et davantage en moyenne, alors que la participation des pouvoirs publics, elle, n'a augmenté que de

8,5 pour cent. De toute évidence, l'augmentation des coûts n'est pas maîtrisée. Les causes en sont de deux natures principales: la première est inhérente à l'absence de transparence du système, et la seconde à un certain nombre d'effets pervers liés à des défauts de conception de la LAMal.
La question de l'absence de transparence est au centre du projet et le message du Conseil fédéral insiste à juste titre sur cet élément. Le projet lié à la révision du financement hospitalier vise essentiellement à créer les conditions nécessaires à cet égard. Ceci est indispensable si l'on veut savoir de quoi il retourne et se donner des moyens effectifs de gestion. Ajouté à l'ordonnance du 3 juillet 2002 concernant le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, le financement par pathologie va permettre effectivement d'avoir une perception claire à la fois de l'activité hospitalière et de son incidence financière.
Mais il faut également être bien conscient des désavantages du système. Le financement par pathologie a des effets incitatifs potentiellement défavorables dans le sens qu'il pousse dans une certaine mesure à libeller le diagnostic de la manière la plus favorable possible en fonction de la nomenclature, et à se limiter à un traitement par définition réduit au minimum. Les excès d'une fois risquent donc de se convertir en trop peu à l'avenir, à moins d'un contrôle de qualité rigoureux, mais aussi valorisant pour les professions de la santé. Cette approche doit permettre un «benchmarking» entre institutions. Ce n'est donc que dans un second temps que l'on peut s'attendre à un effet véritable sur les coûts.
Mais il ne faut pas espérer non plus des changements absolument dramatiques dans le domaine.
Il en va de même du financement moniste, qui obéit bien davantage à des considérations théoriques sur les problèmes posés par les casquettes multiples des cantons. Le groupe radical-démocratique favorise cette solution parce qu'elle promeut l'autonomie des institutions et la concurrence entre elles. Dans un contexte de raréfaction des ressources, cette dernière ne va pas nécessairement permettre d'abaisser les prix, mais plutôt de stimuler la performance dans une perspective de survie.
Le défaut majeur de la LAMal actuelle est de faire régner la confusion entre économie planifiée et économie de marché. La liberté contractuelle a la faveur des radicaux, vous le savez bien, mais il est évident que dans un système d'assurance obligatoire et solidaire et, a fortiori, dans celui de la santé, le marché ne peut pas fonctionner et ne fonctionne pas selon les mêmes principes que l'économie de marché. La demande se trouve stimulée non seulement par le vieillissement démographique, mais également par l'offre dans laquelle les nouvelles technologies jouent un rôle déterminant. La concurrence sur les prix est dans ce contexte sans effet. Pour qu'elle puisse jouer, il faut que le consommateur ait en main tous les éléments de décision. Or, non seulement il ne les a pas, mais il n'a pas choisi non plus d'être malade ou d'avoir un accident. Il n'aura pas davantage ces éléments en main dans le système de liberté contractuelle quasiment totale laissée aux assureurs par le Conseil des Etats. Cela déboucherait sur un système de «managed care» à l'américaine. Celui-ci n'a manifestement pas permis de maîtriser les coûts aux Etats-Unis, et, à force de faire pression de manière indiscriminée sur les hôpitaux et les fournisseurs de prestations, il en est résulté une dégradation extrêmement grave de la qualité des soins.
Faut-il véritablement que la Suisse réinvente chaque fois la roue? Concurrence, certes, mais il s'agit de définir une forme de concurrence compatible avec le système. En liant le droit de pratique à un contrat stipulant des critères d'efficacité, d'économicité du traitement et de qualité, la commission a certainement trouvé la bonne formule. Toutes les autres variantes ne sont probablement qu'illusoires. Soit elles aboutissent à une copie conforme du système national de santé britannique hautement étatisé dont nous ne voulons pas, soit elles entraînent une déstabilisation peu souhaitable, potentiellement chaotique et, par voie de conséquence, génératrice du profit pour l'assurance complémentaire sur le dos de l'assurance sociale.
Le projet qui nous est présenté dégage une solution originale pour situer la concurrence au niveau qui doit être le sien dans un système de santé, tout en préservant une large part aux négociations entre partenaires sociaux, ce à quoi le groupe radical-démocratique reste fondamentalement attachés. Enfin, une solution probablement plus raisonnable que celle des 8 pour cent du revenu lancée à l'emporte-pièce pour le Conseil des Etats, a été trouvée en matière d'abaissement des primes. Même si elle n'a pas été chiffrée dans le détail et que les modalités d'application restent à définir, elle a en tout cas le mérite d'épargner significativement les cantons.
Au vu de ce qui précède, le groupe radical-démocratique entrera en matière.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Im Nachgang zu Kollege Guisan empfehle ich Ihnen im Namen der FDP-Fraktion ebenfalls Eintreten auf diese Vorlage. Grundsätzlich – Herr Guisan hat es ausgeführt – ist diese jetzige Teilrevision vor dem Hintergrund der laufenden Prämiendebatte zu sehen. Ich muss Ihnen dieses Thema nicht mehr in Erinnerung rufen. Sicher ist es richtig, dass wir sieben Jahre nach Inkrafttreten des KVG nun auf eine weitere Teilrevision eintreten. Wie zu erkennen ist, wenn wir einige der Anträge der Kommission ansehen, wird diese Teilrevision ja sicher von weiteren Teilrevisionen gefolgt werden.
Aus unserer Optik geht es darum, in dieser Teilrevision in Richtung des von uns favorisierten wettbewerblichen Vertragsmodelles zu gehen. Dies ist eine erste Zielsetzung. Eine zweite Zielsetzung ist die Verbesserung der Spitalfinanzierung, und eine dritte ist es, auch etwas zur Entlastung der durch die Prämien belasteten Haushalte beizutragen. Wenn wir die Vorlage in Bezug auf diese drei Zielsetzungen kurz würdigen, dann kann zum Thema Spitalfinanzierung sicher gesagt werden, dass wir hier in die richtige Richtung gehen: Das so genannt dual-fixe System bringt eine Abkehr von einer rein institutionsbezogenen und zielt auf eine leistungsbezogene Finanzierung, mit der Aufgliederung nach Lehre, Forschung und Dienstleistung. Hier, denke ich, werden wir leicht einen Konsens finden.
Im Bereich des wettbewerblichen Vertragsmodells, das mit der Frage der Vertragsfreiheit sehr stark vergesellschaftet ist, ist es für uns klar, dass wir hier mitten in einer Reform der Anreize sind. Die Anreize sollen ja dafür sorgen, dass alle Partner im Gesundheitswesen – Anbieter, Versicherer usw. – möglichst gute Leistungen zu möglichst kosteneffektiven Preisen anbieten können, dass sie also ein Interesse daran haben sollten, qualitativ möglichst gute Leistungen entsprechend effizient zu erbringen. Trotz der realen Probleme, die uns unter dem Gesichtspunkt etwaiger Referenden und dem Durchbringen dieser zweiten Revisionsvorlage klar sind, glauben wir, dass der Vertragszwang im Prinzip abgeschafft gehört und dass wir diese neue Vertragsfreiheit brauchen. Wir haben in der Fraktion denn auch mehrheitlich der entsprechenden Minderheit Widrig zugestimmt. Ich betone hier aber ganz klar, dass diese neue Vertragsfreiheit unserer Meinung nach nur dann funktionieren kann, wenn Rahmenbedingungen, die heute noch nicht bis ins Letzte geklärt sind, definiert werden, wenn klar ist, dass die Versicherer hier nicht eine neue Marktmacht entwickeln können. Nur wenn man Rahmenbedingungen definiert, die sowohl den Leistungserbringern als auch den Versicherern entsprechende Mitsprache garantieren, wird dies ein sinnvolles Konzept sein. Wir sind aber optimistisch und gehen davon aus, dass ein solches Konzept definiert werden kann. Wir werden deshalb für diese neue Vertragsfreiheit einstehen.
Im dritten Zielbereich, in Bezug auf das Sozialziel, glauben wir, dass die Kommission zu einer besseren Lösung gekommen ist als der Ständerat. Die jetzige Lösung ist sozialpolitisch effizienter, entlastet die Haushalte in dem Sinne, dass 4 bis 12 Prozent des Einkommens nicht überschritten werden dürfen. Wir glauben, dass wir dem Sozialziel nahe kommen können, wenn wir das mit dem Grundsatz kombinieren, dass die Prämienverbilligung grundsätzlich voll ausbezahlt

werden soll. Gemäss den Auskünften des Bundesrates glauben wir auch, dass dies mit den vorgeschlagenen 150 Millionen Franken erreichbar ist.
Für uns sind das die drei zentralen Zielsetzungen dieser Reform. Wir werden uns zu einer Reihe von Nebenschauplätzen ebenfalls kurz äussern.
Im Sinne einer kurzen Liste möchte ich schon jetzt sagen, dass wir uns gegen die Hotellerieversicherung in der Grundversicherung und gegen die Wirkstoffverschreibung bzw. den Zwang zu den günstigsten Arzneimitteln aussprechen werden. Wir werden uns gegen bundesrechtliche Planungskompetenzen in der Spitzenmedizin wehren, umgekehrt aber für Hausarztmodelle eintreten. Wir sind sicher für griffige Instrumente gegenüber Leistungserbringern, wollen aber keine neue kleinkarierte Bürokratie, wie sie ein Antrag bei Artikel 59 impliziert.
Insgesamt glauben wir, dass diese Vorlage ein Schritt in die richtige Richtung ist, insbesondere dann, wenn wir die drei Hauptziele im Auge behalten und auf den Nebenschauplätzen noch einige Korrekturen anbringen. Wir hoffen, dass Sie unseren Korrekturvorschlägen folgen werden.

**Ruey** Claude (L, VD): Je ne sais pas si vous lisez la «Tiroler Tageszeitung». Il se trouve que le 20 octobre dernier, en prenant l'avion à Innsbruck, je suis tombé sur la «Tiroler Tageszeitung». Et qu'y ai-je lu? Que les coûts de la santé allaient augmenter, qu'on était dans une situation catastrophique et que les prévisions faites dans ce domaine, notamment en raison de la pyramide des âges, entraîneraient des augmentations considérables des dépenses en Autriche.
Cela pour vous dire que, lorsqu'on débat de la santé et qu'on s'autoflagelle en Suisse à cause de notre système sanitaire, il faut voir que nous ne sommes pas seuls, que nous ne sommes pas un cas particulier, mais que le problème de la quote-part financière accordée par un pays à la santé est un problème qui touche tous les pays occidentaux.
Cela ne veut pas dire que nous ne devons rien faire. A cet égard, nous le savons, la LAMal n'est pas forcément une loi qui est bien née. Le but de solidarité a été atteint et nous nous en réjouissons: l'accès aux soins est garanti pour tous. En revanche, on le sait, la maîtrise des coûts est loin d'avoir été atteinte. Et ça n'est pas très étonnant parce que cette loi, et j'ai déjà eu l'occasion de le dire à cette tribune, est un véritable habit d'Arlequin. C'est un méli-mélo de simili-concurrence et de beaucoup de dirigisme, de beaucoup de prix administrés et d'un peu d'économicité, de privé et de public, de semi-privé et de semi-public, de planification et d'initiative. En fait, on n'a pas su trancher et on a choisi le compromis impossible en croyant qu'une certaine concurrence allait jouer.
Mais, à vrai dire, y a-t-il vraiment eu les moyens de créer la concurrence? Y a-t-il vraiment eu une marge de concurrence depuis l'entrée en vigueur de la LAMal? Permettez-moi de penser le contraire! Quand les prix sont tarifés, quand les prestataires sont désignés, qu'ils sont obligatoirement accessibles et quand finalement la concurrence entre les caisses-maladie ne peut porter que sur la seule administration, on n'est pas vraiment dans un régime de concurrence. Et ceux qui, confondant le débat, font un débat sur l'assurance-maladie – on a entendu tout à l'heure M. Zisyadis – au lieu de faire un débat sur les coûts de la santé, sont des gens qui se trompent et qui focalisent le débat sur un faux problème.
Deux mots à ce sujet. Les assureurs-maladie ne sont pas ceux qui régissent le système, ce sont les trésoriers payeurs. Monsieur Zisyadis, quand vous allez à la Migros et que vous arrivez avec votre caddie à la caisse, est-ce que la caissière est responsable de la facture qu'elle vous fait ou est-ce que ce sont les produits que vous avez mis dans votre caddie? La réponse est assez aisée à trouver. L'assureur-maladie n'est pas responsable de ce qui a été mis dans le «caddie»!
De même, si l'on veut dauber les coûts administratifs des assureurs, permettez-moi de vous rappeler que les coûts sont de 6 pour cent, qu'ils ont baissé de 8 à 6 pour cent au cours des dernières années et que ces 6 pour cent de frais administratifs sur 40 pour cent des coûts payés par les assureurs, cela ne représente que 2,4 pour cent des coûts de la santé. Alors, quand on vient nous sortir le projet d'une caisse unique pour soi-disant faire des économies!
Admettons qu'on puisse économiser un peu sur l'administration. Combien? 10 pour cent, 15 pour cent? On n'a pas fait autant dans les hospices cantonaux et ailleurs. 20 pour cent? Eh bien, allons à 20 pour cent! Cela ne ferait jamais, Monsieur Zisyadis, que 4,8 pour mille des coûts de la santé. Alors quand on organise des manifestations publiques dans la rue en disant aux citoyens que l'on va régler le problème de la santé par la caisse unique, c'est en réalité faire un populisme démagogique qui trompe le peuple. Si je prends un billet de 100 francs *(montre un billet de 100 francs)*, c'est le coût de la santé publique, ce serait peut-être le petit coin-là qu'éventuellement on écornerait, mais on n'aurait rien réglé du coût de la santé publique.
Le vrai problème, c'est donc le coût de la santé, la maîtrise des coûts. Là aussi, il ne faut pas se tromper: certains veulent répartir la facture différemment, cela ne réglera pas les problèmes. On peut peut-être trouver là des solutions sociales dans la manière de couvrir les coûts, cela nous n'en disconvenons pas. Mais lorsqu'il s'agit de maîtriser les coûts, il faut lutter contre la hausse ou même, plus modestement, la limiter puisqu'on le sait bien, la pyramide des âges – et l'exemple de l'Autriche le montrait tout à l'heure – va entraîner encore des hausses des coûts de la santé. L'arrivée de nouvelles générations sur le «marché des vieux» – si vous me passez cette expression –, de générations comme la nôtre, habituées au confort, ne va pas engendrer moins de demandes dans le domaine des prestations. Les progrès technologiques, on le sait, sont aussi parfois des facteurs de coûts. J'avais chez moi, pas plus tard que samedi, un ami dont la mère de 87 ans avait été opérée durant douze heures à coeur ouvert. Ce sont des progrès technologiques de la médecine qui sont extraordinaires, mais cela engendre évidemment des coûts importants.
Alors, comment limiter? Là aussi, il y a deux solutions possibles: la solution – schématiquement bien sûr – du dirigisme et celle de la concurrence. Et on voit cette dernière poindre chez certains qui se sont exprimés tout à l'heure: toujours plus de dirigisme, de planification, d'étatisme, d'administration. Or, nous sortons d'en prendre, si je puis dire, puisque, justement, la concurrence n'a pas joué et n'a pas fonctionné. Oh, pas la concurrence pure, on sait bien que le marché de la santé publique n'est pas un marché comme les autres! Mais l'introduction de mécanismes économiques régulateurs, la possibilité de faire jouer le maximum possible de mécanismes concurrentiels, c'est précisément la voie que les libéraux choisissent résolument.
Le groupe libéral soutiendra donc la révision lorsqu'elle va dans le sens de plus de mécanismes régulateurs pour mieux maîtriser la hausse des coûts. C'est ainsi qu'il soutiendra le fait que l'on passe à l'achat des prestations et qu'on n'en reste plus à la couverture des coûts dans les hôpitaux, ce qui était un oreiller de paresse jusqu'à maintenant. L'achat de prestations à leur juste coût, cela va dans le sens d'un financement qui suit le patient et dans celui de la mise en concurrence de tous les hôpitaux sans avoir de privilèges; cela va aussi dans le sens de la mise en réseau, entre les prestataires hospitaliers, ce qui doit être plus efficace.
Nous soutiendrons également la hausse des franchises parce qu'il ne faut pas se leurrer là non plus: l'homme est l'homme et lorsqu'il n'y a pas un incitatif économique, eh bien, il n'y a pas non plus d'économies possibles.
Il faudra trouver des solutions sociales pour les gens qui se trouveraient en difficulté, mais le système d'augmentation variable des franchises est certainement un système qu'il faut choisir.
Quant à la levée de l'obligation de contracter, là je dois vous dire que le groupe libéral est plus partagé dans la mesure où, si la moitié de ses membres considère qu'il s'agit effectivement d'un élément incitatif économique à défendre –

d'autant plus que ce mécanisme est doublé de la cautèle du respect de la loi sur les cartels, par conséquent il ne pourra pas y avoir abus de position dominante vis-à-vis des prestataires de soins –, d'autres en son sein considèrent que nous ne sommes pas encore prêts à ce type de concurrence, que la transparence des coûts n'est pas suffisante et qu'il faut donc prévoir une phase intermédiaire. M. Beck défendra une proposition dans ce sens.

Nous soutiendrons également la demande faite au Conseil fédéral de prévoir dans les meilleurs délais un système moniste de financement, pour éviter précisément que les cantons jouent double, voir triple rôle, en étant à la fois propriétaires d'hôpitaux, planificateurs et payeurs, ce qui entraîne des distorsions de concurrence et des hausses de coûts.

En revanche, comme je l'ai entendu de la part de M. Gutzwiller, nous nous opposerons à tout ce qui va vers plus d'étatisme, d'administration et de socialisation. Le médecin de famille, par exemple, est un modèle intéressant s'il est créé de manière volontaire et par esprit d'initiative; il ne l'est pas s'il est imposé comme seul et unique modèle avec des cautèles et des listes de règles à respecter dans lesquelles on va s'empêtrer.

La clause du besoin pour les appareils de haute technologie, là aussi, a démontré son inanité. Nous l'avons vécu dans le canton de Vaud: on a voulu introduire une forme de clause du besoin pour les scanners et les IRM; ça a conduit à une faillite, ça n'a pas simplifié les choses. En réalité, pourquoi y a-t-il parfois surconsommation et surprésence d'investissements dans ce domaine? Parce que les prix sont des prix administrés et parce que justement, il n'y a pas de concurrence. Nous pensons que c'est plus par les prix que ceci doit être régulé plutôt que par autre chose.

Il en va de même pour l'assurance- hôtellerie. Vouloir créer une assurance hôtellerie qui soit une assurance sociale, ça signifie en réalité socialiser absolument tous les coûts parce que l'on ne s'assurera que lorsqu'on sera hospitalisé ou en EMS. C'est seulement à ce moment-là qu'on s'assurera parce qu'on ne pourra pas refuser l'assuré, alors que dans le système de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, on a affaire à une meilleure solution.

Voilà en gros les positions que prendra le groupe libéral. Ce projet fait un pas dans le sens d'un peu plus de mécanisme autorégulateur. C'est un pas. Nous devrons en faire plusieurs encore, notamment s'agissant peut-être du catalogue de prestations, de l'introduction un jour du tiers garant plutôt que du tiers payant, et s'agissant d'autres manières de responsabilisation.

«La santé n'a pas de prix», a dit un jour quelqu'un, «mais elle a un coût et un budget.» Je vous invite par conséquent à entrer en matière, pour que nous puissions faire les efforts nécessaires afin de réduire ce coût et ce budget dans les proportions les plus acceptables possibles.

**Cavalli** Franco (S, TI): Au fond, nous comprenons très bien que M. Zisyadis propose de ne pas entrer en matière et nous aurions même envie de le suivre.

Après de très longs débats, la montagne a en fait accouché d'une souris, ou mieux d'un serpent venimeux qui veut surtout nous endormir afin de nous empêcher de voir qu'on est en train d'ouvrir la porte à une privatisation toujours plus marquée du système de santé. Et cela même si l'expérience internationale et les études scientifiques montrent toutes, même si M. Ruey ne l'a pas encore vu, que plus on privatise un système de santé, plus il devient cher et moins performant. Mais c'est justement pour rappeler quelques questions de fond que nous voulons entrer en matière, même si en commission nous avons rejeté ce projet de révision partielle et si nous allons très probablement en faire de même dans cette enceinte.

Avant que M. Gross Jost vous présente notre modèle alternatif d'organisation des soins ambulatoires – modèle qui résoudrait aussi le problème des limites cantonales que notre population refuse toujours plus massivement –, permettez-moi quelques considérations de fond.

1. Si la majorité bourgeoise a laissé tomber en commission la levée de l'obligation de contracter, cela est dû uniquement à la peur du référendum et donc à la volonté de sauver au moins et à tout prix l'élargissement des subventions de l'Etat aux cliniques privées: un cadeau de 500 millions de francs payé par les cantons.

2. Même si tout le monde sait qu'il faudrait en finir avec les responsabilités diffuses et donc presque nulles et qu'on devrait au contraire concentrer la responsabilité sur un agent principal qui puisse adapter constamment le système à l'évolution technologique très rapide, toutes nos propositions en la matière ont été rejetées. On continuera donc d'avoir la gabegie de 26 planifications cantonales contradictoires, d'avoir 10 à 15 pour cent de prestations inutiles, ce qui fait 4 à 6 milliards de francs chaque année, d'avoir par exemple à Lugano proportionnellement plus d'instruments de résonance magnétique qu'à Beverly Hills, etc. Je pourrais remplir une petite demi-heure en vous présentant une très longue liste de ces méfaits.

3. Aber die Verschlechterung der Vorlage gegenüber dem Beschluss des Ständerates – und es ist eine deutliche Verschlechterung – rührt nicht nur von den fehlenden Massnahmen für eine effektive Kontrolle der Mengenausweitung her, sondern sie rührt vor allem daher, dass das Sozialziel unterdessen zur reinen Makulatur geworden ist; dies in einem System, das schon verdammt asozial finanziert wird und in dem schon jetzt Franchisen und Selbstbehalte mehr ausmachen als die gesamten Prämienverbilligungen von Bund und Kantonen. Denken Sie nur an einige Tatsachen:

1. Wir sind nicht vor allem mit einem Kostenproblem konfrontiert, Herr Ruey. Die Prämien sind in den letzten zehn Jahren doppelt so stark gestiegen wie die Kosten – doppelt so stark! Wir sind also zuerst einmal mit einem Prämienproblem konfrontiert.

2. Um das jetzige, völlig asoziale Kopfprämiensystem einigermassen erträglich zu gestalten, müssten wir irgendwie zwischen 1 und 2 Milliarden Franken auf den Tisch legen.

3. Der Ständerat bot 300 Millionen, mit dem Ziel, niemand sollte mehr als 8 Prozent des Einkommens für die Prämien bezahlen müssen. Aber das Bandbreitenmodell, das jetzt vom Bundesrat und von der Kommissionsmehrheit kommt, beschränkt das Ganze auf 100 Millionen pro Jahr – eine Lächerlichkeit.

Zudem: Mit der Erhöhung der obligatorischen Franchise von 230 auf 400 Franken werden gleichzeitig den Leuten, den Versicherten, jedes Jahr zwischen 500 und 700 Millionen Franken aus der Tasche gezogen. Auf der einen Seite geben wir lächerliche 100 Millionen, auf der anderen Seite ziehen wir ihnen 500 bis 700 Millionen pro Jahr aus der Tasche. Wer hier noch von Sozialziel spricht, der muss ein zynischer Humorist sein, so wie man ein zynischer Humorist sein muss, um in dieser Vorlage auch nur den Ansatz von einem Gegenvorschlag zu unserer Gesundheits-Initiative zu sehen.

**Gross** Jost (S, TG): Sie haben es gehört: Die SP-Fraktion ist ausgesprochen unzufrieden mit dem Ergebnis der KVG-Teilrevision in der Fassung der Mehrheit. Warum?

1. Die Revision erhöht die Lasten der Grundversicherung, insbesondere durch die Mitsubventionierung der Halbprivat- und Privatabteilungen der Spitäler durch die Kantone, ohne die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone und des Bundes zu verstärken.

2. Der Bund erhält die von uns geforderte Planungskompetenz bei der Koordination der kantonalen Spitalplanungen und im Bereich der universitären Spitzenmedizin nicht oder nur in ungenügendem Mass.

3. Auch das Bekenntnis zur interkantonalen Spitalplanung ist blosses Lippenbekenntnis, ohne Zwang oder genügende Anreize zur Zusammenarbeit und zum Abbau unnötiger stationärer und tagesstationärer Ressourcen.

4. Die Kantone haben strengere Anforderungen an die stationären Leistungserbringer im Rahmen der Spitalplanung gefordert, insbesondere durch öffentlich-rechtliche Auflagen, z. B. Abdeckung des Notfalldienstes, im Rahmen von Leis-

tungsaufträgen. Geändert wurde aber wenig; Artikel 39 KVG ist noch immer ein Planungsartikel ohne Zähne. Heute kann über die Zusatzversicherung jeder private Leistungserbringer ohne irgendwelche öffentlich-rechtlichen Auflagen Gelder der Grundversicherung abholen – eine beispiellose Verschleuderung staatlicher Ressourcen. All jene, die immer gegen die steigende Staatsquote wettern, haben diesen Raubzug auf die öffentlichen Finanzen durchaus mitgetragen. Die Bilanz ist für die Kantone schlecht. Sie zahlen allein unter diesem Titel 550 Millionen Franken mehr im Jahr.

Die Mehrheit der SGK ortet gegen alle gesundheitsökonomische Vernunft den Sünder an der exzessiven Kosten- und Prämiensteigerung beim Patienten: Er missbrauche das System, zum Beispiel durch den «Tourismus» von Arzt zu Arzt, und er soll deshalb zusätzlich zur Kasse gebeten werden, zum Beispiel durch die völlig unverständliche Erhöhung der gesetzlichen Mindestfranchise, obwohl er – einzigartig in Europa – über Kopfprämien, Selbstbehalt und Franchise bereits fast zwei Drittel der explodierenden Gesundheitskosten berappt.

Die Warnungen der Gesundheitsökonomen, dass in einem Anbietermarkt wie dem Gesundheitsleistungsmarkt das Angebot weitgehend die Nachfrage lenke, wurden in den Wind geschlagen. Alle von uns vorgeschlagenen mengenregulierenden Massnahmen wurden abgelehnt: Globalbudgetierung und Bedürfnisklausel ebenso wie Ärztenetze mit Budgetverantwortung, die eine Art Globalbudgetierung von unten nach oben durch Selbstregulierung von Mengen und Preisen durch Versicherer und Leistungserbringer bringen wollen.

Die auf Wachstum fixierten Player, allen voran – ich muss das sagen, es wird ja hier nie gesagt – der Kostentreiber Nummer eins, die Pharmaindustrie, wollen freie Fahrt für so genannten Wettbewerb. Dies allerdings nicht auf eigenes Risiko, sondern auf der Basis staatlicher Subventionen der Grundversicherung und staatlich garantierter Preise.

Die SP-Fraktion will in der bevorstehenden Debatte für ihre systemverändernden Vorschläge kämpfen, ob es nun die interkantonale Spitalplanung, eine sozialverträglichere Finanzierung, ein sozial abgestufter Selbstbehalt des Patienten oder die Umsetzung der Einschränkung des Vertragszwanges durch Ärztenetze mit Budgetverantwortung als Hürde für den Zugang zur Grundversicherung ist. Die SP-Fraktion wird kämpfen. Das heisst auch, dass wir für Eintreten sind. Wenn wir aber am Schluss dieser Debatte feststellen, dass diesem Rat nach wie vor der Wille zur Reform und zur Innovation fehlt, wird unsere Fraktion Nein zu dieser KVG-Revision sagen.

**Fasel** Hugo (G, FR): Die Krankenkassenprämien steigen ständig, in den letzten Jahren sogar teilweise sprunghaft. Für Leute mit kleinen Einkommen, vor allem dort, wo es um Familien mit Kindern geht, sind die Krankenkassenprämien fast nicht mehr bezahlbar. Die Belastung durch Krankenkassenprämien ist für Leute mit kleinen Einkommen weit bedeutsamer geworden als die Belastung durch Steuern. Die Kostensteigerungen fressen fast alle Lohnerhöhungen weg. Bei tiefen Einkommen müssen die Einzelnen sogar mit Einkommensreduktionen rechnen. Wer durchs Land geht und bei Sektionen über das KVG referiert, wie ich das in unseren Kreisen oft tun muss, wird erleben, dass ihm sehr viel Unzufriedenheit, Ärger, oft auch aggressive und gehässige Voten entgegenschallen. Daraus leitet sich für die grüne Fraktion ab, dass wir bei dieser Revision vor allem das Sozialziel ins Zentrum der Debatte stellen müssen. Nur wenn es uns gelingt, die Krankenkassenprämien mit dieser Revision erträglicher zu machen und auch kostendämpfende Massnahmen zu ergreifen, wird es möglich sein, dass die grüne Fraktion am Schluss der Übung auch zustimmen wird.

In einem Punkt bin ich mit Herrn Ruey, der vorhin hier geredet hat, einverstanden. Es lohnt sich, auch einen Blick über die Grenzen hinaus zu werfen, nämlich ins europäische Ausland. Wir stellen dann fest, dass wir mit unseren Problemen nicht alleine sind, sondern dass alle umliegenden Länder wie wir sich unglaublich schwer tun, mit dem Gesundheitswesen in der heutigen Zeit zurande zu kommen. Allerdings lohnt sich dann auch noch ein Blick über Europa hinaus, nämlich in die USA. Dort haben wir ein privates System, dort haben wir ein Konkurrenzsystem, und wir stellen fest, dass die USA im Gesundheitswesen weltweit mit Abstand die höchsten Kosten haben. Trotz des Wirtschaftsbooms der Neunzigerjahre in den USA können sich heute sage und schreibe 14 Prozent der US-Bürgerinnen und -Bürger keine Krankenversicherung mehr erlauben. Das geht zunehmend bis in die Mittelschicht hinein.

Deshalb bin ich natürlich in der Schlussfolgerung völlig anderer Auffassung als Herr Ruey, der glaubt, dass man eben Konkurrenz herstellen müsse. Wir wissen gerade anhand solcher Beispiele, dass bestimmte Konzerne wegen dieser Situation Geld verdienen und dass schliesslich das Gesundheitssystem damit nicht billiger, sondern wesentlich teurer wird.

Das sollten wir uns auch bei dieser Revision vor Augen halten, denn es gibt auch Beispiele im Ausland, die uns bei gewissen Revisionsschritten Zurückhaltung gebieten. Die grüne Fraktion wird, wenn sie auf diese Vorlage eintritt, auch betonen, was ihr wichtig scheint.

Ich habe als Erstes bereits gesagt, dass für uns das Sozialziel im Zentrum steht und dass wir den Entscheid, ob wir der Vorlage zustimmen, am Schluss auch davon abhängig machen werden, ob es erreicht wird. Wir können auch nicht verstehen, dass mit dieser Vorlage die Subventionierung auf Privatkliniken ausgedehnt wird. Das kann wirklich nicht der Sinn dieser Revision sein. Deshalb werden wir der Minderheit Rossini zustimmen. Wir wollen auch eine stärkere Planungskompetenz, weil die Planung gesamtschweizerisch verbessert werden muss. Das wird immer wieder hervorgehoben, aber es wird wenig gemacht. Auch die Kantone haben gesagt, dass sie auch eine stärkere Planungskompetenz haben wollen, wenn sie schon mehr Subventionen ausrichten müssen.

Die grüne Fraktion bedauert es auch, dass wir es nicht geschafft haben, über die Einheitskasse zu reden. Wenn wir dieses Modell vorschlagen, geht es, anders als Herr Ruey gesagt hat, nicht nur um administrative Kostensenkung – bei Weitem nicht. Die Einheitskasse ist der Versuch, Nachfragemacht zu bündeln und der «ü berragenden» Anbieterseite etwas Gleichwertiges gegenüberzustellen. Das ist der Sinn der Einheitskasse. Sinn der Einheitskasse ist es auch, Strukturen zu schaffen, die wesentlich mehr Transparenz bieten und auf diese Weise dann auch kostensenkend wirken. Die grüne Fraktion wird bei Artikel 61 klar und deutlich ein Modell unterstützen, das einkommens- und vermögensabhängige Prämien will. Die Kopfprämien von heute lehnen wir ab. Wenn wir schon nicht weiterkommen, dann wollen wir wenigstens Prämienverbilligungen, wie sie jetzt von der Kommission beantragt worden sind, nämlich Prämienverbilligungen, die nach Einkommenskategorien abgestuft sind. Der Antrag der Kommission ist besser als der Beschluss des Ständerates.

Was wir klar und deutlich ablehnen werden, ist eine Erhöhung der Franchisen. Wir werden auch gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs antreten, weil wir wissen, dass dessen Praktikabilität nicht gegeben ist. Wir wissen, dass verlässliche und akzeptierte Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer nicht zur Verfügung stehen. Unterstützen werden wir die freiwillige Hotellerieversicherung und – wieder einmal – einen verbesserten Zugang zu Generika bei den Medikamenten.

Dies ist eine kleine Vorschau darauf, wo die Grünen zustimmen und wo sie Zurückhaltung anmelden. Wir werden für Eintreten stimmen, aber erst am Schluss der Beratungen darüber entscheiden, ob wir diese Vorlage dann auch in der Gesamtabstimmung unterstützen werden.

**Waber** Christian (E, BE): Das grösste Problem bei der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sind weder die Politiker noch die Ärzte oder Spitäler; das Problem ist der

Mensch selber. Wenn es um die Gesundheit geht, muss alles möglich sein und werden die neusten Errungenschaften – Medikamente, Therapien usw. – gefordert. Wenn sich ein Arzt dem verschliesst, wird subito ein anderer gesucht und gefunden. Diese Tatsache sollte der Bevölkerung vermehrt vor Augen geführt werden; sie ist im Grundsatz selber schuld, dass die Kosten dermassen anwachsen.

Die vorliegende Teilrevision des KVG sucht nach Wegen, um die Kosten wenigstens teilweise in den Griff zu bekommen. Der Finanzierungsanteil der Kantone sank von 35 Prozent im Jahre 1991 auf etwa 29 Prozent im Jahre 1998. Damit sparten die Kantone etwa 1,4 Milliarden Franken. Die damit verbundene Umlagerung der Kosten trugen die Krankenversicherer, schlussendlich aber die Prämienzahler. Die Kantone zahlten immer weniger, nahmen aber einen grösseren Einfluss in der Spitalplanung wahr. Die Defizite wurden von der öffentlichen Hand subventioniert; wer sparte, war der Dumme. Die Kostendeckung führte zu einer Aufblähung von Angeboten, die nicht gebraucht wurden und heute unter sehr viel Geschrei auch wieder abgebaut werden müssen.

Die vorgeschlagene Finanzierung von Leistungen wird die Planung erleichtern; dem Vorschlag, die Kantone mit einer Übergangsfrist von vier Jahren wieder mit 50 Prozent zu beteiligen, stimmen wir zu. Die Kosten von einer Milliarde Franken bezahlt aber am Schluss doch der Steuerzahler. Die Erhöhung der Franchise auf 400 Franken berücksichtigt eine höhere Eigenverantwortung und trägt somit zum Kostenbewusstsein bei. Das Sozialziel, die Belastung der Versicherten auf 8 Prozent des Haushalteinkommens zu beschränken, unterstützt die evangelische und unabhängige Fraktion. Sie verweist dabei aber auf die Unmöglichkeit, alles zu haben, ohne zu bezahlen.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs führt unweigerlich dazu, dass der Billigste vermeintlich zugleich der Beste ist. Dies wird vergleichbar mit Bauleistungen: Der Billigste ist aber nicht zugleich der Günstigste. Nur geht es im Gesundheitswesen nicht um Beton, sondern um Menschen. Garantieleistungen sind mit Leid, Schmerzen und Kosten verbunden und können vielfach nicht mehr erbracht werden. Nicht die Aufhebung des Kontrahierungszwangs führt zu weniger Ärzten, sondern ein frühzeitiger Numerus clausus.

Die evangelische und unabhängige Fraktion ist für Eintreten; sie möchte aber dringend darauf hinweisen, dass wir endlich klare Voraussetzungen für die Zukunft schaffen müssen. Die geforderte monistische Finanzierung, von der heute niemand genau weiss, wie sie funktionieren soll, ist für uns keine Alternative. Die Kantone – zuständig für die Organisation der Spitäler – und die Versicherer sollten jetzt Vorgaben bekommen, die sie längerfristig umsetzen können und nicht in vier Jahren schon wieder ändern müssen.

**Dormann** Rosmarie (C, LU): Es ist unbestritten: Das schweizerische Gesundheitswesen hält einem Vergleich mit unseren Nachbarstaaten stand. Unsere Gesundheitsversorgung ist die beste. Das behaupte ich nicht ohne Stolz. In den letzten Jahren ist unser Gesundheitswesen im ambulanten und stationären Bereich kontinuierlich verbessert worden. Der ganze Spitex-Bereich und die teilstationären Leistungen wurden gezielt ausgebaut. Je länger, je besser wird auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen; auch ist der medizinisch-technische Fortschritt ungebrochen. Im Bereich Medikamentenabgabe sind wir dank der «Pharma Schweiz» an der Weltspitze. Was wollen wir noch mehr?

Leider hat diese Medaille eine Kehrseite, nämlich den Kosten- und Prämienanstieg. Jedes Jahr im Spätherbst geht wegen dem erneuten Anstieg der Krankenkassenprämien ein Raunen durch unser Volk. In der Tat ist die Volksmeinung zu unserem Gesundheitswesen zweigleisig. Man möchte in der Gesundheitsversorgung sicher keinen Leistungsabbau, aber ebenso sicher keinen Kostenanstieg mehr. Um diesen zwei Wünschen nachzukommen, wären wir auf ein «Wundermitteli» angewiesen, das es leider so nicht gibt.

So müssen wir uns immer wieder allen Ernstes die Frage stellen: Gibt es überhaupt ein Anrecht auf Gesundheit, und gibt es ein Anrecht auf eine maximale Versorgung? Die Spirale dreht sich munter weiter: je mehr Leistung, desto mehr Prämien; je mehr Prämien, desto grösser der Leistungsbezug.

Auch die CVP-Fraktion hat für diese Problematik keine Patentlösungen, jedenfalls keine schmerzfreien. Wir sind uns allerdings bewusst, dass alle einen Beitrag an eine Kosteneindämmung leisten müssen, die Leistungserbringer wie die Leistungsbezüger und -bezügerinnen. Jede und jeder muss vermehrt eigene Verantwortung übernehmen und nicht das Maximale fordern, wenn das Optimale genügen würde.

Was wir unter allen Umständen verhindern wollen und müssen, ist die Rationierung der Leistungen, vor allem am Pflegebett. Gegen ein Rationalisieren der Leistungsabläufe haben wir allerdings nichts, im Gegenteil: Eine Rationierung der Leistungen ist mit Rationalisierungsmassnahmen vermeidbar. Statt nach mehr Leistungen zu rufen, sollten wir uns alle selbst zu begrenzen versuchen.

Wir sind uns bewusst, dass wir gegen die Versicherten stimmen, wenn wir auf den Ausbau der Hotellerie in der Grundversicherung verzichten, was zwei Drittel unserer Fraktion tun werden. Die Befürchtung ist gross, dass die Kantone mit ihren öffentlich-rechtlichen Spitälern unter Druck kommen würden, da die nötigen Ein- und Zweibettzimmer gar nicht im notwendigen Ausmass vorhanden sind.

Umgekehrt wird unsere Fraktion für die Versicherten stimmen, wenn es um die Finanzhilfe an gemeinnützige Dachorganisationen geht, die sich um eine verbesserte Information, Beratung sowie Förderung der Selbsthilfe bemühen. Überzeugt kann sich die CVP-Fraktion hinter die Eliminierung der Grauzonen zwischen den verschiedenen Formen der medizinischen Leistungsabgaben stellen.

Durch die Streichung der Leistungen im so genannt halbstationären Bereich schaffen wir die dringend nötige Klarheit. Denn hinter diesem Wort versteckt sich mehr als nur eine halbstationäre Versorgung, z. B. bei einem Notfall, der eine Einweisung in ein Spital notwendig macht. Stossende Beispiele sind bekannt, bei denen Patientinnen und Patienten aus Kostengründen nach der notfallmässigen Grundversorgung wieder aus dem Spital entlassen wurden, nicht etwa aus Gründen von Bettenmangel, sondern wegen der Art und Weise der Finanzierung. Sie müssen wissen, dass die medizinischen Leistungen im stationären Bereich in etwa hälftig vom Kanton und hälftig von der Versicherung bezahlt werden. Die halbstationäre und die ambulante Leistung wird von der Versicherung allein bezahlt. Es ist verständlich, dass die Verantwortlichen in den kantonalen Spitälern darum bemüht sind, möglichst den ambulanten Bereich auszubauen. Das ist ihnen auch sehr gut gelungen. Sie können dabei die Leistungen voll zulasten der Versicherer erbringen und dabei sparen. In der Revision muss diese stossende Grauzone einer klaren Umschreibung weichen.

Nur eine kleine Minderheit der CVP-Fraktion wird die Verschreibung von Wirkstoffen statt Medikamenten unterstützen; dies obwohl diese Form von Medikamentenabgabe eine grosse Kosteneinsparung zur Folge hätte. Die Mehrheit hält am bisher zweifellos bewährten System fest, erhält doch die Patientenschaft in der Regel mengenmässig das Doppelte der notwendigen Anzahl an Pillen. Die Mehrheit möchte aber einerseits niemandem den Bezug von Generika aufzwingen, was unter Umständen eintreffen könnte, und andererseits will man den Forschungsplatz Schweiz im Pharmabereich nicht unnötig gefährden.

Die CVP-Fraktion ist aber erfreut, dass es in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit möglich wurde, ein Kernanliegen unserer Partei aufzunehmen, nämlich die Schaffung einer Versichertenkarte pro versicherte Person – vorläufig allerdings nur für die Rechnungstellung der Leistungen. Ich hatte die Gelegenheit, eine der grössten Krankenversicherungen in Luzern zu besuchen, die täglich rund 24 000 Rechnungen zur Weiterverarbeitung und zur Bezahlung erhält. Es hat mich schockiert, dass rund ein Viertel dieser Rechnungen, also rund 6000 Rechnungen pro Tag, die

von den Leistungserbringern, namentlich von den Ärzten, ausgestellt werden, nicht lesbar sind und nicht über die moderne PC-Technik erfasst werden können, sondern einzeln bearbeitet werden müssen. Durch eine einheitliche Rechnungstellung werden namhafte Kosten gespart und können auch in diesem Bereich kostentreibende Grauzonen eliminiert werden.

Geteilt ist die Meinung in unserer Fraktion, was die Erhöhung der Franchise betrifft. Rund die Hälfte der Fraktion stimmt zwecks Kosteneinsparung der Erhöhung der Franchise auf 400 Franken pro erwachsene Person und Jahr zu und nimmt in Kauf, dass dadurch nicht mehr der Bundesrat, sondern das Parlament diese Höhe via Gesetz jeweils anpassen muss. Eine stattliche Anzahl unserer Fraktionsmitglieder wartet auf die von Bundesrat und Verwaltung in Aussicht gestellte Gesamtschau im Bereich Franchise mit Selbstbehalt und zieht eher differenziertere Lösungen in Betracht.

Geschlossen aber sind wir gegen die Erhebung einer Franchise für Kinder. Ein Kernanliegen unserer Partei ist die Umstellung der Kostenträger in den Spitälern, und aus Gründen der Transparenz wünschen wir auch die Einführung des monistischen Systems, bei dem die Versicherer die alleinigen Kostenträger sind, die Kantone aber nicht aus ihrer Beitragspflicht an die Gesundheitsversorgung entlassen werden. Unsere Fraktion stellt sich geschlossen hinter die Lösung der Prämienverbilligung, wie sie die nationalrätliche Kommission erarbeitet hat. Dazu wird sich Herr Robbiani noch äussern.

Auch sind uns die interkantonale Spitalplanung sowie die Planung der Spitzenmedizin ein Anliegen, wozu sich Herr Zäch noch äussern wird. Frau Meier-Schatz wird ihren Minderheitsantrag im Bereich der gezielten Prämienverbilligungen für Kinder vertreten, was ein Kernanliegen der CVP ist. Den Antrag Leuthard betreffend einen Beitrag an die Pflegeleistungen in Pflegeheimen wird die CVP vollumfänglich unterstützen und damit sichern, was sich in den letzten Jahren bewährt hat.

Zur komplexen Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, welche auf eine Motion aus den Reihen der CVP zurück geht, werde ich mich in der Detailberatung äussern. Herr Widrig wird seinen Minderheitsantrag, der in unserer Fraktion eine Mehrheit gefunden hat, selbst vorstellen.

Sie ersehen daraus, dass man nicht darum herum kommt, bald für, bald gegen die Patientenschaft, bald für, bald gegen die Versicherer und bald für, bald gegen die Leistungserbringer zu entscheiden. Sind am Schluss dann alle zu gleichen Teilen zufrieden oder alle drei zu gleichen Teilen unzufrieden, hat sich die Revision bewährt. Darum lohnt sich das Eintreten auf diese Vorlage.

**Borer** Roland (V, SO): Wenn man schon eine gewisse Zeit in diesem Rat ist, dann fühlt man sich ab und zu um einige Jahre zurückversetzt; so geht es mir heute Abend. Die Tageszeit ist zwar nicht identisch, aber wenn ich mich an die erste Behandlung des KVG, an die damalige Eintretensdebatte erinnere und auch daran, wie es im Ratssaal ausgesehen hat, dann komme ich zum Schluss, dass die Zahl der Anwesenden wahrscheinlich etwa gleich gross war wie heute. Das ist eigentlich erstaunlich, wenn man bedenkt, dass in allen Umfragen, egal von wem und von welcher Seite sie gemacht werden, die Kosten im Gesundheitswesen und vor allem der Anstieg der Prämien zu einem der wichtigsten Probleme der schweizerischen Bevölkerung erkoren werden. Das nur zum Voraus.

Die Fraktion der SVP ist für Eintreten. Ob wir der Vorlage schlussendlich zustimmen werden, entscheiden wir nach der Detailberatung. Je nachdem, welcher Weg eingeschlagen wird, werden wir uns erlauben, der Vorlage die Zustimmung zu verweigern.

Wenn wir das KVG anschauen, sehen wir, dass es eine ellenlange Mängelliste hat. Die Liste der positiven Aspekte des KVG ist sicher um einiges kürzer. Es geht nicht darum, jetzt alle Mängel zu erklären und Ihnen diese Liste vorzulegen. Die Probleme im KVG werden zusätzlich mit falschen Anreizen kombiniert, sie werden kombiniert mit falschem Verhalten der Leistungserbringer, zum Teil auch der Versicherten und der Versicherungen. Zum Teil werden sie aber auch noch verstärkt durch Falschaussagen von Vertretern der Verwaltung.

Ich höre es immer wieder: Das Problem ist nicht eigentlich die Grundversicherung. Sparen Sie bei den Zusatzversicherungen, schliessen Sie doch keine Zusatzversicherungen mehr ab! Wenn ich aber gerade in unserem Kanton den kantonalen Gesundheitsdirektor höre, der der gleichen Partei angehört wie BSV-Direktor Piller, dann tönt es ganz anders. Dann sagt er: Hoffentlich haben wir noch lange möglichst viele Zusatzversicherungen, sonst läuft mir das Finanzierungskonzept meiner Spitäler total aus dem Ruder. Das sind Fakten, und mit diesen Problemen müssen wir uns hier und heute befassen.

Obwohl es heisst, es sei eine Teilrevision, ist es keine Teilrevision. Vor allem geht es auch nicht nur um die Spitalfinanzierung, wie es im Titel ebenfalls heisst. Es ist eine Totalrevision des KVG. Die hier vorgeschlagene Revision geht weit über diese Teilrevision hinaus.

Die Revision ersetzt unseres Erachtens aber nicht die Prämiensenkungs-Initiative, die wir trotzdem lancieren wollen. Wir werden im ersten Quartal des nächsten Jahres mit der Unterschriftensammlung beginnen.

Herr Zisyadis, Sie haben in einem Punkt Recht: Ein System, das Marktwirtschaft und Planwirtschaft miteinander vermischt, wo Staat, wo Regulierung und Wettbewerb einander diametral gegenüberstehen, kann nicht funktionieren! Diese Aussage habe ich schon vor Jahren gemacht. In diesem Bereich haben Sie Recht: Planwirtschaft verträgt keinen Markt, und Markt verträgt keine Planwirtschaft. Das ist ein Faktum, und darauf müssen wir auch in unseren Gesetzesrevisionen immer Rücksicht nehmen.

Grob gesagt wird die SVP-Fraktion auf der Linie des Ständerates fahren. Für uns ist die Lösung des Ständerates ein erster, winziger Schritt in die richtige Richtung, in Richtung von ein wenig mehr Markt und vielleicht ein bisschen weniger Regulierung. Wir werden alle Schritte bekämpfen, die in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens zielen. Wir werden alle Massnahmen bekämpfen, die Zwangsjacken für die Versicherer schaffen. Wir wollen keine zusätzlichen Schikanen für die Leistungserbringer, im Gegenteil: Wir wollen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Wir wollen keine zusätzlichen neuen Versicherungen wie die Hotellerieversicherung, die die Kosten in die Höhe treiben. Vor allem wollen wir aber eines nicht: keine Staatsmedizin!

Wir haben heute mehrfach vom Schreckgespenst des Gesundheitswesens in den USA gehört. Mich nimmt wunder, warum niemand vom Schreckgespenst der Staatsmedizin in England gesprochen hat, wo man auf eine Operation, die lebensrettend sein kann, monatelang warten muss! Das ist dann Staatsmedizin, im Gegensatz zu den Fehlern, die in den USA sicher – das gebe ich zu – im freiesten Wettbewerb passieren. Aber auch Staatsmedizin hat nicht jene Lösungen parat, die immer versprochen werden.

Wir fördern aber auch alle Schritte in Richtung Eigenverantwortung und Wettbewerb. Wir sind der Meinung, dass die Versicherten ihre Prämie mitgestalten sollen. Wir sind der Meinung, dass Versicherungen neue Modelle anbieten müssen, und wir sind auch der Meinung, dass Leistungserbringer keine Staatsgarantie für ein fixes Einkommen haben sollen.

Der Staat soll Rahmenbedingungen festlegen, er soll koordinieren, und er soll gezielt – nach Massgabe des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen – Bedürftige unterstützen. Das ist unseres Erachtens unsere Leistung für eine sozial tragbare Krankenversicherungsprämie. An alle, die hier und heute für die einkommensabhängige Prämie Stellung beziehen: Warum haben Sie nicht gesagt, wie hoch die Prämie gegenwärtig in Deutschland ist? Die Krankenversicherungsprämie beträgt 15,4 Lohnprozente. Ein Vierpersonenhaushalt mit zwei Erwachsenen, zwei Kindern und einem schweizerischen Durchschnittseinkommen – wenn zwei Erwachsene arbeiten und ein Einkommen von 7000 Franken

im Monat generieren – würde mehr als tausend Franken Krankenversicherungsprämie im Monat bezahlen. Das ist das deutsche, einkommensabhängige Krankenversicherungssystem. Wenn Sie das wollen, dann müssen Sie es sagen; aber sagen Sie dann nicht, das sei sozialer.
Wir werden uns zu den einzelnen Anträgen in der Detailberatung äussern; wir werden für Eintreten stimmen.

**Cavalli** Franco (S, TI): In unserer Volksinitiative sind 3 Prozent des Einkommens für die Finanzierung vorgesehen.
Herr Borer, Kanada hat eine Einheitskasse, dort herrscht also – in Ihrer Sprache gesprochen – eine «Staatsmedizin». Obwohl Kanada nur 8,5 Prozent des BIP für das Gesundheitswesen ausgibt, im Vergleich zu 10 Prozent bei uns oder 15 Prozent in den USA, sind die Schlussresultate genau gleich und sogar besser als in den USA. Ist Ihnen das bekannt?

**Borer** Roland (V, SO): Herr Cavalli, eine Gegenfrage: Ist Ihnen bekannt, dass man in Kanada problemlos 300 Meilen zurücklegt, um zum nächsten Zahnarzt oder zum nächsten Allgemeinmediziner zu gehen?

**Cavalli** Franco (S, TI): Kanada ist etwas grösser als die Schweiz. Da können die Kanadier wirklich nichts dafür!

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Brièvement, je dirai un mot à l'adresse de ceux qui s'opposent à l'entrée en matière ou qui ont quelques réticences.
M. Zisyadis nous propose de ne pas entrer en matière. A l'entendre, j'ai le sentiment qu'il dit: «Le malade est très malade. Il ne faut pas lui administrer de remèdes. Il faut attendre le remède qui viendra dans deux ans.» Le remède qui viendra dans deux ans, c'est l'assurance-maladie unique. Mais vous savez, Monsieur Zisyadis, qu'il y aura des réticences à l'assurance unique. Si l'on veut économiser sur l'administratif, il faudra centraliser et licencier. Et j'imagine que celles et ceux qui s'opposent à trois centres de tri pour la Poste seront aussi là pour s'opposer à la centralisation en matière d'assurance-maladie.
M. Cavalli dit, et il a en partie raison, qu'il y a un petit peu de gabegie avec 26 cantons. Mais il faut dire que le travail de la commission et du Parlement font que les idées avancent. On a 26 payeurs, et pas un système moniste. Je crois qu'on avance en direction du système moniste, mais vous savez que les résistances sont là.
Il y a eu une proposition en commission pour dire qu'il fallait une fois effacer complètement les frontières cantonales en matière de santé. Mais, tant qu'on n'a pas ce système qui fait que le canton ne financerait plus que son contribuable par une subvention sur ses primes d'assurances, on ne peut pas y arriver. Mais faisons un pas, on doit le faire.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je crois que d'ici peu vous allez entrer en matière sur ce projet de loi, puis nous discuterons point par point de cette révision. Nous aurons donc du grain à moudre après-demain. Après avoir écouté les différents intervenants qui se sont succédé, j'aimerais faire quelques remarques générales.
Première remarque: il faut entreprendre les réformes lorsqu'elles sont mûres. Nous avons une loi qui est en vigueur depuis bientôt sept ans. Il s'est révélé qu'elle avait des défauts. Certains défauts sont suffisamment évidents pour que l'on sache comment les corriger. J'ajouterai d'ailleurs que peut-être aucune loi n'a été accompagnée à ce point-là par un travail d'évaluation de ses effets. Nous savons donc ce que nous avons à faire.
Le Conseil des Etats et la commission vont au-delà du projet du Conseil fédéral, c'est-à-dire de ce qu'il avait identifié comme problèmes à résoudre immédiatement. C'est très bien! Nous allons pouvoir en discuter. Il y a différentes propositions en présence. Dans une loi aussi complexe, certains d'entre vous l'ont souligné, il faut réparer la machine là où on a l'impression qu'elle ne marche pas, surtout si celle-ci est encore en rodage. Le rodage a mis en évidence plusieurs problèmes, dont le plus important a indiscutablement trait au financement des hôpitaux qui pose toute une série de problèmes dont nous aurons l'occasion de reparler.
Je pense au traitement inéquitable des personnes qui ont en plus de l'assurance obligatoire des soins une assurance couvrant le séjour hospitalier en division privée ou semi-privée. A l'exception des mesures visées dans la loi urgente, ces personnes étaient privées des subventions que leurs compagnons de souffrances recevaient de la part des cantons dans le même hôpital. Nous devons mettre en place un système plus cohérent afin de permettre aux cantons de mieux assumer leurs rôles multiples, entre autres celui d'assurer l'offre hospitalière nécessaire. Les cantons ont un rôle de pourvoyeurs de soins dans un sens général, qui leur permet de se retirer de la gestion de l'aspect opérationnel de la couverture des déficits, tout en étant obligés de payer, comme les assureurs-maladie, pour les prestations fournies en milieu hospitalier.
En gros, on peut dire que sur ce plan-là, nous avons été largement suivis et que les propositions qui demandaient d'aller plus loin vers le système moniste sont repoussées à plus tard avec un mandat donné au Conseil fédéral de préparer dans ce domaine-là les prochaines étapes. Cela me paraît important; cela permettra également d'éviter certains transferts entre le stationnaire et l'ambulatoire dans les hôpitaux, qui sont peut-être dus à des raisons non médicales, sans pour autant intervenir là où effectivement ces transferts sont le fait de progrès médicaux et d'une amélioration de la prise en charge des patients.
Voilà quel était au fond le point de départ de cette réforme que le Conseil fédéral vous a proposée il y a plus de deux ans et qui aurait dû conduire très rapidement à la mise en place d'un système de financement plus cohérent.
Le Conseil des Etats et la commission ont développé, eux, d'autres ambitions et nous allons en discuter. Il y a d'un côté celles qui concernent le rapport entre les fournisseurs de soins et les caisses-maladie, tout ce qui est lié au système de régulation des relations entre assureurs et fournisseurs de soins dans le domaine ambulatoire, car pour le domaine hospitalier, cela est aussi repoussé à la révision qui devrait en principe aller vers un système moniste. Il y a d'un autre côté celles qui consistent à trouver un système plus équitable pour l'ensemble du pays en ce qui concerne les subventions pour alléger le poids des primes, en particulier pour les familles.
Alors, effectivement, ces ambitions ont retardé une révision qui était absolument mûre il y a déjà deux ans et qui, à mon avis, aurait dû pouvoir être adoptée immédiatement. Je vous dis la même chose aujourd'hui: «Réglons ce qui est mûr.»
Nous savons bien que nous avons là un chantier permanent. Nous ne sommes pas seuls: ici, on s'est lancé à la tête des exemples de différents pays comme les Etats-Unis; on a entendu quelqu'un crier dans les travées «les Pays-Bas»; il y a aussi la Belgique, le Danemark, la France avec ses soucis, or c'est plutôt l'Autriche qui a été citée, mais on aurait pu se référer aux récentes déclarations du nouveau ministre français de la santé, de la famille et des personnes handicapées, M. Jean-François Mattei. C'est un chantier permanent pour toute une série de raisons qui sont liées à l'évolution démographique, aux progrès de la médecine, à la difficulté de combiner dans ce domaine l'objectif d'équité et celui d'efficacité.
Il est évident que si l'on ne veut aucune surcapacité, si l'on veut à tout prix ajuster l'offre à la demande, il y aura des situations où les patients devront attendre pour être soignés. Il y aura des épidémies qui conduiront à des attentes dans les hôpitaux: c'est ce que nous ne voulons pas. Nous avons les moyens, dans ce pays, d'avoir un système d'assurance-maladie qui fonctionne, un système qui ne soit pas grippé parce que chacun des boulons en aura été resserré jusqu'à atteindre ce qu'on croit être l'efficacité maximale, et qui finalement débouche sur l'absence d'équité.
Donc, je vous invite, en décidant d'entrer en matière, à faire aujourd'hui les pas suggérés par les propositions qui sont mûres et qui peuvent rallier un large consensus, et à rejeter

les autres propositions. Il y en a plusieurs qui représenteront des complications pour les assurés, pour les contribuables, pour les habitants et les habitantes de ce pays, d'autres qui restreindront sévèrement les médecins et d'autres fournisseurs de soins dans leur activité professionnelle. Or, ces propositions ne sont de toute façon pas mûres intellectuellement et ne passeraient pas le cap du référendum. Faisons ce que nous avons à faire aujourd'hui.
Deuxième remarque: certains ont considéré comme une faiblesse du système le fait qu'il combine des éléments de marché et des éléments de planification, dans la mesure où l'Etat doit être le garant de cette offre hospitalière et dans la mesure où il doit pouvoir aussi fixer les prix ou en tout cas contrôler que les prix des prestations prises en charge par un système voulu au niveau global correspondent à ce qui est juste et équitable. Contrairement à certains qui ont considéré que l'on ne pouvait pas combiner ces deux éléments, contrairement à ceux qui croient que c'est le mariage de l'eau et du feu, je dirai que cela doit être un motif de fierté que la Suisse s'efforce de trouver un équilibre entre les éléments de liberté et les éléments de responsabilité collective qui impliquent toujours une certaine planification. Et d'ailleurs je me souviens bien qu'il y a deux ans, je crois, la Suisse avait reçu pour la LAMal le prix Bertelsmann exactement pour cela. J'ai en outre reçu la visite de je ne sais combien de ministres venus de toute l'Europe qui se sont déplacés en Suisse pour voir dans quelle mesure on peut effectivement trouver un meilleur équilibre entre le marché et la planification.
Et il ne peut pas en être autrement dans un système comme celui de la santé. La liberté est bien trop importante dans ce secteur pour que nous voulions faire autre chose que de créer des incitations pour orienter les choix et non les dicter depuis le pupitre d'un ministre. La liberté est essentielle, que ce soit la liberté du patient, la liberté thérapeutique, le libre choix du médecin et la responsabilité des patients et des médecins aussi en tant qu'êtres impliqués les uns dans la conservation de leur santé, les autres dans le rétablissement de celle des autres.
Pour ceux qui considèrent que je n'ai pas été suffisamment énergique dans la gestion de la LAMal, je dirai qu'on ne répare pas une horloge à coups de marteau, on la répare dans le respect de ses rouages, en faisant en sorte d'écarter les incitations qui font que ces rouages fonctionnent mal, en enlevant les grains de sable et en mettant de l'huile là où cela est nécessaire. Si vous ne voulez pas porter gravement atteinte à une chose à laquelle notre population est particulièrement attachée, la qualité des soins et l'accès de tout le monde à ces soins de qualité, alors évitez d'utiliser le marteau.
Nous ne sommes pas pour une médecine d'Etat, nous ne l'avons jamais été. Nous considérons, au contraire, que c'est justement dans le lien privilégié entre le fournisseur de soins et le patient que les incitations doivent jouer. Il est vrai que la concurrence entre les caisses est une concurrence réduite, mais j'ajouterai aussi que je suis persuadée qu'elles n'en ont pas du tout tiré tous les profits qu'elles auraient pu en tirer. Les caisses n'ont pas utilisé cette concurrence pour offrir de nouveaux produits et pour innover dans ce domaine, mais très souvent simplement pour essayer de s'attacher ceux que l'on appelle des bons risques, ceux qui paient des primes et qui ne coûtent pas cher, et pour se débarrasser des mauvais risques, ceux qui commencent à coûter.
Je suis effectivement sévère avec certains des partenaires. Je crois que ma tâche aura été, tout comme ce sera la tâche de la personne qui est appelée à me succéder, de trouver les bonnes incitations pour les différents acteurs de ce système. Et c'est de cela qu'il s'agit ici aussi: nous devons continuer à chercher cet équilibre entre le libéralisme et la responsabilité d'Etat dans ce domaine. Et quand je dis responsabilité d'Etat, j'entends aussi, dans notre Etat fédéraliste, responsabilité cantonale dans toute une série de domaines, le système de santé étant au premier chef de la responsabilité des cantons.
Je considère donc que les propositions dont nous avons à débattre doivent être orientées vers cet équilibre et que ceux qui croient que le marché peut réguler l'ensemble de ce système se trompent. Je crois qu'à cette tribune, personne n'a été jusque-là. J'aimerais quand même répéter ici que le marché suppose toujours la prise en considération du pouvoir d'achat. Le marché pour fonctionner, la demande pour pouvoir s'articuler, impliquent de pouvoir faire des choix; et ces choix se font en fonction du pouvoir d'achat. C'est bien pour ça que le marché n'est pas capable d'attribuer des biens essentiels; le marché prend en considération non pas les besoins mais la demande solvable; et ce mécanisme-là, nous n'en voulons pas dans le système de santé. Le pouvoir d'achat ne doit jouer aucun rôle – et j'insiste: aucun rôle – dans l'accès à des soins qui sont nécessaires. Cela met au tapis, si je puis dire, l'idée que le marché puisse servir de régulateur au système. Je suis persuadée que si on faisait le tour de chacun d'entre vous, personne ne voudrait aller à cet extrême. Cette constatation montre que nous devons chercher une voie entre libéralisme et responsabilité d'Etat. Mais nous devons voir où les mécanismes ne jouent pas, où les incitations manquent, où il y a des effets pervers. C'est ce que nous voulons faire avec cette révision.
Voilà pourquoi le Conseil fédéral est heureux qu'on le suive sur la question du financement hospitalier. J'aurai l'occasion après-demain d'entrer plus dans le détail des discussions.
Pourquoi le Conseil fédéral trouve-t-il qu'une assurance-hôtellerie ne doit pas être une offre obligatoire de ce système? Le Conseil fédéral est d'accord que l'on aille dans le sens d'une plus grande cohérence dans le système de subventionnement des primes, étant donné que ce système, par nature, est lourd à supporter pour les classes moyennes; c'est un système qui sacrifie les classes moyennes, et en particulier les familles, et nous devons arriver à corriger par le système de subventionnement, autant que faire se peut, les pires excès de ce système que je trouve détestable en lui-même. Cela est nécessaire.
J'aimerais quand même vous rappeler que lorsque l'on essaie de discréditer le système de l'arrosoir, on peut le faire, mais il faut alors être conscient – et je trouve que cette conscience manque dans les partis qui se disent en premier lieu les protecteurs des classes moyennes – que dans ce cas, il y a cette couche intermédiaire de la population, celle qui fait l'objet de tous les discours et de toutes les sollicitudes verbales, qui est sacrifiée: trop riche pour pouvoir demander une aide, pas assez cependant pour ne pas subir de plein fouet la charge d'un système comme celui de la prime par tête. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral pense qu'il vaut la peine, étant donné que deux ans ont été perdus, de faire ce pas d'amélioration du système de subventionnement maintenant.
Le Conseil fédéral se rallie sur ce point à la proposition de la commission, et non pas à la solution du Conseil des Etats, car il a la crainte que les cantons enlèvent alors aux plus pauvres pour redistribuer vers la classe moyenne des moyens dont les plus pauvres ont absolument besoin.
En ce qui concerne la relation entre fournisseurs de soins et assureurs, le Conseil fédéral se rallie là aussi à la proposition de la majorité de la commission. Il n'est même pas possible, comme le disait, je crois, M. Eggly, de se référer tout simplement au droit cartellaire. Il n'est pas possible de demander à un oligopole, celui des caisses-maladie, de gérer l'accès des différents fournisseurs de soins à l'offre sanitaire. Les caisses-maladie n'en ont pas les moyens. Elles ne nous ont pas fait une proposition sensée sur la façon d'appliquer cela. Elles ne sont pas d'accord sur la dimension que devrait prendre cet écrémage. Elles n'ont pas de critère.
Il s'agit donc de trouver un contrepoids de façon à ce que l'objectif numéro un, auquel tout le monde peut se rallier, soit atteint. Il faut que ceux qui profitent de ce système, ceux qui sont rémunérés pour des choses qui ne devraient pas être prescrites, soient soumis à un système de contrôle qui peut aller jusqu'à l'exclusion de ceux que l'on a appelés dans la discussion les moutons noirs du système. Ceci est indispensable et doit être fait. Mais n'introduisez pas, encore une

fois, entre le fournisseur de soins individuel et l'oligopole des caisses-maladie, un rapport aussi biaisé qui conduirait à l'interdiction professionnelle dans ce domaine.
Et n'oubliez pas, pour finir, cet avertissement. On parle beaucoup de la pléthore des fournisseurs de soins, en particulier de la pléthore des médecins. Il y a beaucoup de pays qui, bien avant la Suisse, ont cru qu'ils devaient lutter contre la pléthore des médecins par le numerus clausus, par toute une série de mesures visant à décourager les jeunes à entrer dans la carrière médicale. Eh bien, je peux vous dire que tous ces pays sont aujourd'hui confrontés à un manque de médecins. Soyez prudents dans ce domaine, de façon à garantir à tous les progrès de la LAMal, mais surtout à permettre au système de santé de garder la qualité qu'il a, voire de l'accroître.
Voilà la raison pour laquelle, vous l'avez senti, je me rallierai pour l'essentiel aux propositions de la commission; sur un certain nombre de points, je trouve qu'il s'agit de propositions peut-être de luxe auxquelles on peut renoncer; dans d'autres cas, je considère que ce sont des propositions qui pourraient mettre en danger l'accès aux soins. Et je considère que dans un pays où la participation des patients aux coûts est déjà, et de loin, la plus élevée d'Europe, il n'y a pas de raison de l'élever encore et d'inscrire dans la loi le niveau de la franchise. Voilà en gros les positions que je vais défendre.
Je vous remercie d'entrer en matière.

**Zisyadis** Josef (–, VD): Madame la Conseillère fédérale, lorsque vous receviez tous ces ministres de la santé qui s'extasiaient devant notre système de santé, il aurait été peut-être plus intéressant de prendre contact avec quelques-uns d'entre nous. Nous aurions pu, par exemple, les mettre en contact avec des familles modestes pour leur montrer à quel point, aujourd'hui, ce système de santé est une véritable faillite pour les personnes les plus pauvres de ce pays. Mais je voudrais vous poser une question: est-ce que vous pouvez nous expliquer comment, après tant d'années de lutte sur cette question-là, vous arrivez encore à croire à une concurrence entre les caisses-maladie au sujet de l'assurance de base? Comment est-ce possible d'y croire encore aujourd'hui?

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je répondrai, Monsieur Zisyadis, que pour moi, cela est une question secondaire par rapport aux autres questions qui se posent dans ce domaine. Je n'ai ni de sentiment ni d'état d'âme, ni face à la diversité des caisses, ni face au débat sur une caisse unique. Je crois qu'il y a des points plus importants. Je les ai évoqués maintenant: ce sont l'accès de tous à des soins, la qualité de ces soins, le système des primes par tête, que j'ai combattu dès le début et que je continuerai à combattre et, tant qu'il y aura une majorité qui voudra maintenir ce système, je m'efforcerai au moins d'en atténuer la rigueur. La question de la caisse unique elle-même est, à mon avis, secondaire.
En ce qui concerne maintenant les hôtes que j'ai reçus, j'ai toujours mis en évidence devant eux aussi bien les forces que les faiblesses de ce système. Je ne suis pas de ces patriotes qui ferment les yeux sur les faiblesses des systèmes auxquels ils adhèrent dans leur pays.
Mais le problème dont vous parlez n'est pas celui du système de santé, il est celui de la prime par tête, et vous savez ce que j'en pense.

**Polla** Barbara (L, GE): Madame la Conseillère fédérale, vous avez à juste titre évoqué le risque auquel plusieurs pays – et la Suisse aussi, notamment, d'après les données récentes – se trouvent exposés en termes de manque de médecins, particulièrement en ce qui concerne les pédiatres, probablement. Mais, Madame la Conseillère fédérale, il me semble me souvenir qu'il n'y a pas très longtemps, nous parlions ici même de la question du moratoire à l'installation des médecins qui en a découragé plus d'un, et je brandissais justement la menace de voir les étudiants définitivement découragés d'embrasser une profession médicale. Il me semble pourtant bien me souvenir que la proposition du moratoire venait de vous?

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je ne vois aucun lien entre un moratoire de trois ans, qui doit permettre au contraire de gérer le passage de l'hôpital au cabinet, et la question du manque de médecins. Vous êtes mieux placée que tout le monde pour savoir que dans les hôpitaux, nous n'arrivons pas à retenir les jeunes, nous avons des personnes surmenées – ce n'est pas pour rien qu'elles font la grève du crayon dans le canton de Vaud –, et que nous avons à améliorer ces conditions de travail. Un moratoire de trois ans permet de mieux gérer ce flux. A mon avis, il n'a aucun effet sur les choix professionnels. Et si quelqu'un hésite à faire de la médecine parce qu'il doit rester quelques années de plus à l'hôpital, alors sa vocation n'était pas si ardente que cela. Le métier de médecin est un métier qui demande une certaine vocation, qui demande certainement aussi, comme tout bon travail, une rémunération et des conditions de travail agréables. Mais vous m'avez entendue sur le numerus clausus, vous m'avez entendue souvent parler du risque de surestimer la pléthore, avec le risque concomitant de tomber dans la pénurie. Je ne vois aucun rapport avec le moratoire de trois ans.

**Präsident** (Binder Max, erster Vizepräsident): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag Zisyadis ab.

*Abstimmung – Vote*
Für Eintreten .... 123 Stimmen
Dagegen .... 2 Stimmen

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

*Schluss der Sitzung um 20.25 Uhr*
*La séance est levée à 20 h 25*

Punkt 3 ist wohl der wichtigste. Es ist klar, was noch nicht realisiert ist: z. B. der Monte-Ceneri-Tunnel, der Zimmerberg-Tunnel usw. Wichtig ist aber auch die Linie südlich von Bodio. Es ist wohl kaum möglich, alle Züge, die durch den neuen Gotthard fahren werden, von der alten Linie im Süden aufzunehmen. In der Botschaft gibt der Bundesrat auch zu, dass es keine zusätzlichen Kapazitäten gibt. Die Mehrheit der Kommission stimmte Punkt 3 mit 12 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung zu.
Wir bitten Sie, das Postulat zu überweisen.

**Polla** Barbara (L, GE), pour la commission: Je serai très brève, puisqu'il s'agit d'un postulat qui n'est pas combattu, donc implicitement transmis par le Conseil sur recommandation de la commission.
Ce postulat demande de poursuivre une politique intégrée des transports en Suisse, et plus spécifiquement de définir le programme des travaux et le financement de la nouvelle ligne Lugano-Milan et de compléter la NLFA au Saint-Gothard et au Lötschberg.
J'aimerais souligner le fait que la commission a accepté ce postulat, qui devient donc un postulat de commission. La transmission de ce postulat par notre Conseil souligne le fait que nous poursuivons une politique intégrée et complémentaire des transports, qui prend en compte aussi bien la route que le rail.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe radical-démocratique communique qu'il rejette le postulat.

*Abstimmung – Vote*
Für Überweisung des Postulates .... 75 Stimmen
Dagegen .... 60 Stimmen

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)

---

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

*Detailberatung – Examen de détail*

**Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Ingress**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Titre et préambule, ch. I introduction, préambule**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 1 Abs. 1**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Dieses Gesetz regelt die soziale Krankenversicherung. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung, eine freiwillige Taggeldversicherung und eine freiwillige Hotellerieversicherung.
*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Unverändert

**Art. 1 al. 1**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins, une assurance facultative d'indemnités journalières et une assurance facultative des frais hôteliers.
*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi,
Guisan, Hassler, Heberlein, Tr
Inchangé

**Art. 13 Abs. 2 Bst. d**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
d. auch die Einzeltaggeldversi
sicherung nach diesem Geset
*Minderheit I*
(Cavalli, Fasel, Goll, Gross
Basel, Robbiani, Rossini)
d. auch die Einzeltaggeldversi
sicherung nach diesem Geset
*Minderheit II*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi,
Guisan, Hassler, Heberlein, Tr
Streichen

**Art. 13 al. 2 let. d**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
d. pratiquer également l'assur
journalières et l'assurance des
à cette loi;
*Minorité I*
(Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini)
d. .... et l'assurance-hôtellerie conformément à la présente loi;
*Minorité II*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Bei diesem Artikel, zu dem es einen Antrag einer starken Minderheit gibt – ich betone das, wenn es auch eine Minderheit ist –, geht es um die wichtige Frage eines Zusatzmoduls in der Grundversicherung, nämlich um die Hotellerieversicherung. Sicher ist unbestritten, dass es sinnvoll sein kann, den Komfort eines Einzelzimmers beantragen oder beanspruchen zu können. Aber wir sind sehr klar der Meinung, dass dieses nicht in die Grundversicherung gehört, die ja solidarisch für alle finanziert ist, sondern der Zusatzversicherung vorbehalten sein muss.
Es bleibt zu erinnern, dass in der Grundversicherung auch dann ein Einzelzimmer bezahlt wird, wenn es medizinisch indiziert ist, wenn also medizinische, soziale Gründe dafür

sprechen, dass in einem schweren Fall ein Einzelzimmer sinnvoll ist. Wenn es aber ein Komfortwunsch ist, dann soll dieser separat finanziert werden können.
Die Mehrheit sieht vor, diese Hotellerieversicherung in der Grundversicherung einzuführen. Wohin würde das führen? Das würde dazu führen, dass wir eine extreme Risikoselektion hätten. Denn diejenigen Menschen würden diese Hotellerieversicherung wählen, die entweder schon krank wären oder das Gefühl hätten, beispielsweise demnächst eine elektive Operation über sich ergehen lassen zu müssen. Das würde dazu führen, dass diese Versicherungsart hohe Risiken hätte, dass damit sehr hohe Prämien zustande kämen und sie letztlich gar nicht genutzt würde, weil hohe Prämien bezahlt werden müssten.
Es ist also aus unserer Sicht sehr klar, dass man diesen Bereich der Zusatzversicherung zuhalten muss. Wir bitten Sie, diesem systemfremden Antrag der Mehrheit klar entgegenzutreten und die Minderheit zu unterstützen, die nicht darauf verzichten will – ich betone es noch einmal –, dass Komfort separat möglich sein soll, aber diese Zusatzelemente ganz klar der Zusatzversicherung vorbehalten will.
Bleiben Sie also bei der Minderheit, und lehnen Sie ein systemfremdes Wahlmodul in der Grundversicherung ab.

**Cavalli** Franco (S, TI): Für diejenigen, die die Materie nicht sehr gut kennen, ist es vielleicht nicht ganz klar, warum es hier zwei Minderheiten und eine Mehrheit gibt, die zum Teil mit meiner Minderheit I übereinstimmt. Ich möchte das deshalb noch einmal kurz auseinander halten.
Es ist sicher, dass viele Menschen in unserer Bevölkerung die Möglichkeit haben möchten, in einem Einer- oder Zweierzimmer zu liegen, wenn sie krank sind. Das ist aber für viele heute unmöglich, weil es mit den Zusatzversicherungen, die sie dafür bezahlen müssen, viel zu teuer ist. Um in einem Einer- oder Zweierzimmer liegen zu dürfen, müssen sie gleichzeitig auch den Chefarzt einkaufen. Das ist das Problem heute; deshalb sind diese Zusatzversicherungen viel zu teuer, und deswegen können sich das viele Leute nicht erlauben und können sich ihren grossen Wunsch – wenn sie einmal krank sind, allein oder höchstens zu zweit in einem Zimmer zu sein – nicht erfüllen.
Wir schlagen deshalb vor, dieses Problem mit einer Hotellerieversicherung zu lösen. Das heisst: Die Leute müssen die Möglichkeit haben, etwas Zusätzliches zu bezahlen, damit sie sich sicher ein Einer- oder Zweierzimmer leisten können, ohne gleichzeitig den Chefarzt einkaufen zu müssen. Das macht Sinn, sicher finanziell, manchmal auch, weil die Behandlung durch die Chefärzte nicht immer die beste ist.
Von der Verwaltung kam dann der Vorschlag, den die Mehrheit aufgenommen hat, dass wir diese neue Form der Versicherung in die Grundversicherung einführen. Das ist essenziell, denn in der Grundversicherung spielt die Solidarität, in der Zusatzversicherung nicht. Indem wir diese Hotellerieversicherung in der Grundversicherung haben, wird sie für alle gleich sein, ohne Unterschiede zwischen Mann und Frau und Jung und Alt.
Der Unterschied zwischen der Mehrheit und meiner Minderheit I ist, dass wir sagen: Wenn wir schon diese Versicherung einführen, dann müssen die Kantone auch die entsprechenden Zimmer und Betten bereitstellen. Wenn wir die Versicherung haben und dann die Leute hospitalisiert werden, kann man ihnen nicht sagen: Ja, das stimmt, Sie sind so versichert, aber es hat keine Zimmer zur Verfügung. Sonst ist das Makulatur, ein Scherz, und dann werden die Leute böse sein. Wir wollen nicht nur wie die Mehrheit der Kommission, dass diese Versicherung eingeführt wird, sondern wir wollen, dass auch die Kantone verpflichtet werden, die entsprechenden Kapazitäten bereitzustellen. Erst dann ist das eine seriöse Sache und kein Scherz, und wir dürfen uns im KVG keine Scherze mehr erlauben.

**Ruey** Claude (L, VD): Le groupe libéral vous invite à soutenir la minorité Gutzwiller, car si l'on peut comprendre l'intérêt à avoir un certain confort supplémentaire s'agissant des frais hôteliers, le système proposé aura des effets économiques pervers absolument désastreux. A partir du moment où on prévoit une assurance de frais hôteliers dans le cadre de l'assurance de base, et que, par conséquent, il n'y a pas de réserve quant au moment où on s'assure, qu'on peut s'assurer à n'importe quel moment, bien entendu, on ne s'assurera qu'à la dernière minute, soit au moment où le risque se réalise, ce qui est tout à fait contraire au principe de l'assurance qui repose sur la solidarité. L'assureur aura l'obligation d'accepter quelqu'un qui ne paiera une prime supplémentaire qu'au moment où il utilise la prestation. Ce n'est plus de l'assurance, c'est du gaspillage et ça entraîne des coûts inadmissibles.
Il faut donc renoncer à cette fausse bonne solution et en rester au système de l'assurance complémentaire selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance. Pourquoi? Parce que cette loi postule la responsabilité des gens qui s'assurent à l'avance, et non pas quand le risque se réalise, et qui acceptent de payer une surprime tout le temps où ils sont en bonne santé, et pas seulement au moment où ils doivent bénéficier des prestations d'assurance.
M. Cavalli vient de dire que l'assuré ne doit pas avoir l'obligation de se payer le médecin-chef de l'hôpital: je ne suis pas du tout persuadé que l'on ne puisse pas inventer, dans le cadre de la loi sur le contrat d'assurance, des possibilités d'assurances complémentaires qui n'incluent pas le médecin-chef en question et qui peuvent être des alternatives valables, compte tenu de la créativité qui peut s'exercer au titre de la liberté de contracter. J'ajoute que la minorité I (Cavalli), en imposant aux cantons de développer des capacités supplémentaires, va faire exploser encore plus les coûts de la santé, alors que le but que nous visons, dans cette assemblée, c'est bien entendu de maîtriser les coûts et non pas de les augmenter.
C'est la raison pour laquelle je vous invite, au nom du groupe libéral, et pour des motifs à la fois sociaux et économiques, à rejeter les propositions de la majorité et de la minorité I (Cavalli) et à soutenir celles de la minorité Gutzwiller.

**Fasel** Hugo (G, FR): Die Einführung der Hotellerieversicherung in der Grundversicherung entspricht einem weit verbreiteten Bedürfnis, und deshalb sollten wir sie nun auch wirklich realisieren. Es ist nicht einzusehen, dass wir etwas nicht tun, das einem breiten Bedürfnis in der Bevölkerung entspricht. Es möchten viele in diesem Land, wenn sie ins Spital gehen, sich in einem Einbett- oder Zweibettzimmer ausruhen, erholen bzw. pflegen lassen. Viele Frauen, die gebären gehen, möchten etwas mehr Ruhe haben und sind auch bereit, dafür zu bezahlen. Sie wollen damit aber nicht auch noch alles andere an Zusatzleistungen einkaufen und deshalb eine Zusatzversicherung bezahlen, die Leistungen versichert, die sie gar nicht wollen. Das ist auch der Grund, warum die Versicherungen die Hotellerieversicherung nicht wollen: Sie offerieren zwar die Möglichkeit, dass man sich in einem Ein- oder Zweibettzimmer erholen kann, wollen aber den Versicherten gleichzeitig noch vieles andere verkaufen. Deshalb sind die Krankenkassen dagegen, und ich verstehe nicht, weshalb wir nun nicht einen Schritt tun, der wirklich einem Bedürfnis entspricht.
Wenn Herr Ruey von «gaspillage» gesprochen hat, habe ich dazu natürlich auch etwas zu sagen. «Gaspillage» ist es dann, wenn man die Leute dazu zwingt, sich für etwas zu versichern, was sie nicht wollen. Mit der Hotellerieversicherung geben wir den Leuten die Möglichkeit, genau jene Teile zu versichern, die sie versichert haben wollen, ohne gleichzeitig noch Dinge bezahlen zu müssen, die sie als Leistung nicht wünschen.
Wir werden also einerseits den Antrag der Mehrheit und zudem die Minderheit Cavalli unterstützen, weil diese eigentlich nur jenen Gedanken zu Ende denkt, der hier am Anfang steht, nämlich dass wir die Hotellerieversicherung nicht nur einführen, sondern dass in den Kantonen die entsprechenden Zimmer bereitgestellt werden müssen.
Ich bitte Sie deshalb, zuerst dem Antrag der Minderheit Cavalli und dann der Mehrheit zuzustimmen.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Die Aufnahme der Hotellerieversicherung ins Gesetz ist systemfremd; der Sprecher der Minderheit hat darauf hingewiesen. Heute ist sie Teil der Zusatzversicherung, und dort sollte sie auch bleiben. Das Problem liegt darin, dass eine freiwillige, versicherbare Zusatzleistung, welche von den Versicherern angeboten werden muss, letztlich zu einem Teil des Obligatoriums wird.

Bei einer reinen Finanzleistung, wie sie die Taggeldversicherung darstellt – das ist ja auch ein freiwilliger Teil des KVG, welcher heute schon funktioniert –, liegt die Sache etwas anders, weil damit keine Verbindung zu der vom Leistungserbringer erbrachten Pflegeleistung besteht. Hier besteht ein Unterschied; man kann das nicht auf die gleiche Ebene stellen, denn eine solche Taggeldversicherung kann unabhängig vom übrigen Teil erbracht werden.

Die Hotellerieversicherung hingegen ist direkt mit den Leistungen in einer stationären Einrichtung verbunden. Das heisst, alle Pflegeeinrichtungen – die Spitäler, meines Erachtens auch Rehabilitationsstationen – müssten das Hotellerieangebot zwingend erbringen, weil es eine ergänzende Leistung zur obligatorischen Versicherung aufgrund des Gesetzes ist. Letztlich ist das eine Ausdehnung des Obligatoriums, welche mit der Zeit finanzielle Auswirkungen haben wird. Wir streben ja eine monistische Finanzierung der stationären Einrichtungen an. Dort wird es als Investition direkte Auswirkungen auf die Prämienlast haben. Ich möchte Sie bitten, das zu bedenken und darum auf eine Aufnahme zu verzichten, weil es letztlich eine Ausdehnung der Grundversicherung darstellt – auch mit Auswirkungen auf die Prämienlast der Bürgerinnen und Bürger.

Bei aller guten Absicht, die dahinter steckt, sollte man der Minderheit folgen und auf die Aufnahme dieser Hotellerieversicherung auch in freiwilliger Form in der sozialen Krankenversicherung verzichten. Viel eher sollte man die Kantone als Betreiber und Verantwortliche der öffentlichen Spitäler dazu auffordern, Angebote, die dem Anliegen der Hotellerie entgegenkommen – das ist ja an sich unbestritten –, in den Spitälern aufzunehmen, flexibel zu gestalten und auch so zu agieren.

In diesem Sinne bitte ich Sie namens der SVP-Fraktion, der Minderheit Gutzwiller zuzustimmen.

**Rechsteiner** Rudolf (S, BS): Ich finde es ganz erstaunlich, wie hier die Ärztelobby wieder Desinformation betreibt, wenn ich die Voten von Herrn Ruey und Herrn Bortoluzzi anhöre. Diese Hotellerieversicherung ist keine obligatorische Leistung, Herr Bortoluzzi! Sie soll die Konsumenten, die Spitalpatienten lediglich in die Lage versetzen, ein Einzelzimmer zu erhalten, ohne den Ärzten für freie Wahl und Zusatzleistungen zusätzliches Geld nachzuwerfen. Es ist eine normale Versicherung, die auch Drittklasspatienten offen stehen soll. Sie ist freiwillig und funktioniert nach dem Äquivalenzprinzip. Das heisst, dass die Kosten der Spitäler für Einzelzimmer auch den Patienten verrechnet werden dürfen, die diese Leistung nachfragen. Es geht gerade darum, dass man jenen Patienten, die ein Einzelzimmer wollen, dies offen halten will, ohne dass der ganze Krimskrams der zweiten und der ersten Klasse bezahlt werden muss. In diesem Sinne nützt es auch den Spitälern, wenn Mittel für die Finanzierung von Einzelzimmern bereitgestellt werden, für jene Personen, die dies beanspruchen.

Uns ist durchaus bewusst, dass heute noch nicht alle Spitäler über die nötige Infrastruktur verfügen. Aber es sollen ja eine grosse Anzahl Spitalbetten gestrichen werden; es gibt Umbauten und Neubauten, und in diesem Rahmen kann man dieses Angebot bereitstellen. Es ist auch nicht so, Herr Ruey, dass man eine Hotellerieversicherung kurz vor dem Spitaleintritt abschliessen können soll. Es ist Sache der Verordnung, dass man die Kostendeckung bei dieser Versicherung herbeiführt, und es ist auch nicht so, Herr Bortoluzzi, dass die Kosten der Einzelzimmer in Zukunft von allen Patienten im obligatorischen Bereich getragen werden müssen. Es ist konsumentenrechtlich ein Fortschritt, dass wir in der Grundversicherung eine Variante mit Hotellerieversicherung für Einzelzimmer erhalten. Wenn Sie in die Ferien fahren, können Sie bei jedem Reisebüro verlangen, dass Sie ein Einzelzimmer erhalten. Ein Spitalaufenthalt ist ja für viele Menschen ein existenziell schwieriger Moment, wo man doch mindestens den Komfort erhalten sollte, den man bei einem normalen Ferienaufenthalt im In- oder Ausland auch erhält.

Deshalb bitte ich Sie, diesem vernünftigen Antrag der Mehrheit zuzustimmen. Es bringt den Spitälern genau jene Geldmittel, die nötig sind, um dieses Angebot schliesslich bereitzustellen, damit auch in der Grundversicherung die Möglichkeit besteht, bei einem Spitalaufenthalt die Intimsphäre zu wahren. Ich meine, das gehört in den Bereich der existenziellen Menschenrechte, dass man in einer schwierigen Lage von diesem Recht Gebrauch machen kann: wenn man operiert wird, wenn man krank ist und sich gesundheitlich angeschlagen fühlt.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Sie haben es gehört: Die Kommissionsmehrheit hat mit 13 zu 11 Stimmen beschlossen, neu die Krankenversicherer zu verpflichten, analog zur freiwilligen Taggeldversicherung auch eine freiwillige Hotellerieversicherung anzubieten. Diese soll gemäss Artikel 77h nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert werden, wobei die Prämien nach Alter und Region abgestuft werden können. Auch soll ein Vorbehalt von fünf Jahren möglich sein.

Die Hotellerieversicherung wurde von einigen Kassen bereits als Zusatzversicherung angeboten, wurde jedoch kaum benutzt. Mit diesem Vorschlag soll, so wird geltend gemacht, den Patienten eine grössere Wahlfreiheit angeboten werden, ohne dass sie das volle und damit teure Angebot einer Zusatzversicherung in Anspruch nehmen müssen.

Die Anbieter, also auch die Kantone in ihren Planungen, würden gemäss dem Antrag Cavalli gezwungen, ein räumliches Angebot an Einer- oder Zweierzimmern bereitzustellen, ohne die Möglichkeit der Verrechnung der Einzelleistungen zu haben, wie dies bei den Zusatzversicherungen die Regel ist. Die Kommission unterstützte diesen Antrag Cavalli mit 11 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung. Wie Sie gesehen haben, gehört die Sprechende zur Minderheit. Falls dieser Artikel entsprechend dem Antrag der Mehrheit angenommen wird, werden die Artikel 13 Absatz 2 Litera d, der Gliederungstitel vor Artikel 77a (neu) sowie die Artikel 77a bis 77i (neu) entsprechend angepasst. Die Hotellerieversicherung soll in diesen Bestimmungen analog der Taggeldversicherung aufgebaut werden, und sie soll die zusätzliche Hotellerie abdecken bei einem medizinisch nicht indizierten Aufenthalt in einem Einerzimmer. Ich möchte noch einmal betonen, dass heute selbst in der Grundversicherung der Aufenthalt in einem Einerzimmer möglich ist, wenn es medizinisch indiziert ist.

Im Namen der Kommissionsmehrheit beantrage ich Ihnen, ihren Anträgen zuzustimmen. Persönlich werde ich mich der Minderheit anschliessen, wie Sie dies aus der Fahne ersehen können.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Comme il en a été fait mention parmi les arguments que nous avons entendus, la majorité de la commission vous propose d'ajouter une assurance facultative des frais hôteliers. Nous parlons de l'article 1er, cela concerne aussi l'article 13 alinéa 2 lettre d, ainsi que les articles 77a à 77i. On peut comprendre que la majorité veuille dissocier les frais hôteliers des frais de médecin-chef; il faut bien préciser que ce serait naturellement facultatif pour les assurés. A partir de là, la forte minorité considère qu'on entre dans le domaine des assurances complémentaires. Il faut relever aussi que les infrastructures au niveau des cantons devraient être d'une qualité bien supérieure.

La minorité Gutzwiller vous demande donc de renoncer à cette obligation, estimant qu'il appartient aux cantons de savoir s'ils veulent des infrastructures de qualité supérieure et aux assurances de faire preuve d'initiative en la matière.

Nous entrons ici effectivement dans le cas des assurances complémentaires comme indiqué et nous comptons sur le dynamisme et l'imagination des assurances pour offrir toutes les variantes possibles. L'idée de la majorité peut se justifier dans le cadre d'une caisse unique, mais pas dans le cadre de caisses qui se font concurrence.
Je dois donc formellement vous recommander, au nom de la faible majorité de la commission, de maintenir l'obligation pour les assurances d'offrir une assurance facultative des frais hôteliers, mais la liste des membres de la minorité Gutzwiller vous montre que, comme Mme Heberlein, j'en fais partie.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Le Conseil fédéral est de la même opinion que la minorité Gutzwiller. Il est toujours difficile de combiner une assurance obligatoire et une assurance facultative dans le cadre d'une assurance obligatoire. Nous avons cette difficulté déjà avec les indemnités journalières, et la situation pour ces indemnités s'est péjorée avec l'entrée en vigueur de la LAMal dans la mesure où de plus en plus d'éléments ont passé dans les assurances privées. Si la faculté de conclure une assurance-hôtellerie devait être introduite, il y aurait la possibilité d'offrir deux produits différents. L'un serait tellement coûteux qu'il n'aurait pas de succès. L'autre serait moins coûteux et destiné aux gens riches et en bonne santé, parce que c'est ça, la règle du système des assurances privées. Les gens pauvres et malades n'y auraient pas accès. Dans ce sens-là, la combinaison entre les deux produits est d'une très grande difficulté.
C'est la raison pour laquelle nous pensons qu'il faut vraiment laisser aux cantons et aux hôpitaux eux-mêmes, aux hôpitaux publics en particulier, d'un côté la possibilité de développer un système hospitalier où le confort des patients est assuré quel que soit leur statut – et je connais des cantons où il n'y a plus que des chambres à deux ou trois lits, même dans ce qu'on appelait la division commune –, et d'un autre côté la liberté d'offrir la possibilité de payer un supplément pour avoir une chambre individuelle ou une chambre à deux lits lorsqu'une telle offre n'existe pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Donc des possibilités existent déjà de répondre à ce besoin.
Etant donné la difficulté de faire vivre côte à côte une assurance obligatoire et une assurance facultative, nous pensons qu'il vaut mieux renoncer à cette proposition.

*Art. 13 Abs. 2 Bst. d – Art. 13 al. 2 let. d*

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 76 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 59 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Minderheit II .... 82 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 66 Stimmen

*Art. 1 Abs. 1 – Art. 1 al. 1*
*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 2 Abs. 1**
*Antrag der Kommission*
.... die eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder Pflegemassnahme zur Folge hat.

**Art. 2 al. 1**
*Proposition de la commission*
.... un traitement médical ou des soins ou provoquent ....

*Angenommen – Adopté*

**Art. 7a**
*Antrag der Kommission*
Streichen

**Art. 7a**
*Proposition de la commission*
Biffer

*Angenommen – Adopté*

**Art. 12a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Krankenversicherungsgruppen
*Abs. 1*
Eine Krankenversicherungsgruppe wird hinsichtlich der Prämien für die Versicherten in der sozialen Krankenversicherung und des Risikoausgleichs wie ein Versicherer behandelt.
*Abs. 2*
Als Krankenversicherungsgruppe gilt eine hauptsächlich im Krankenversicherungsbereich tätige Gruppe von Unternehmen, wenn die Unternehmen eine wirtschaftliche Einheit bilden oder auf dem Markt als Einheit auftreten.
*Abs. 3*
Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

*Minderheit*
(Borer, Gutzwiller, Hassler, Heberlein, Stahl, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 12a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Groupes d'assurance-maladie
*Al. 1*
Un groupe d'assurance-maladie est traité comme un assureur au regard des primes pour les assurés dans l'assurance-maladie sociale et de la compensation des risques.
*Al. 2*
Par groupe d'assurance-maladie, on entend un groupe d'entreprises formant une unité économique ou se présentant comme unité sur le marché, actif principalement dans le domaine de l'assurance-maladie.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

*Minorité*
(Borer, Gutzwiller, Hassler, Heberlein, Stahl, Triponez, Widrig)
Biffer

**Borer** Roland (V, SO): Ich möchte zuerst meine Interessen offen legen: Ich arbeite in verschiedenen Bereichen des Krankenversicherungsgesetzes und der Krankenversicherung mit Groupe Mutuel zusammen.
Aufgrund des Umstandes, dass verschiedene Krankenkassen in jüngster Zeit neue Krankenversicherungen mit preisgünstigeren Einstiegsprämien ins Leben rufen wollten, hat es einen Bundesgerichtsentscheid gegeben. Aufgrund dieses Bundesgerichtsentscheides ist unter anderem dieser Verwaltungsvorschlag in Artikel 12a des Krankenversicherungsgesetzes entstanden, ein Vorschlag, der meines Erachtens – und diese Ansicht teilt eine grosse Minderheit – nicht sehr durchdacht ist. Es gibt verschiedene Gründe; lassen Sie mich im Moment nur einmal die wichtigsten aufzählen:
1. Mit der Ergänzung von Artikel 12a will man einer breiten Öffentlichkeit und somit auch hier dem Rat weismachen, dass das Niveau der Krankenversicherungsprämie direkten Einfluss auf den Risikoausgleich hätte. Das ist mir eigentlich neu. Die Prämie ist kein Kriterium für den Risikoausgleich: Der Risikoausgleich entsteht, indem man einzelne Versicherte bezüglich Geschlecht und Alter mit denjenigen von anderen Versicherern vergleicht; dabei spielt das Prämien-

niveau keine Rolle. Ebenfalls spielt es keine Rolle, ob in einer Krankenversicherung 500, 1000, 10 000 oder 100 000 Versicherte sind, weil die Risikoausgleichszahlung schliesslich aufgrund der Zahlungen entsteht, die eben bezüglich Geschlecht und Alter geleistet werden müssen, also mathematisch gesehen reduziert auf jeden einzelnen Versicherten. So gesehen spielt es absolut keine Rolle, ob eine Versicherungsgruppe sich selber aufteilt oder nicht; die Prämie entsteht eigentlich nur aufgrund der tatsächlichen Kostenberechnung.
2. Mit dem Antrag der Verwaltung wird verlangt, dass innerhalb einer Versicherungsgruppe Versicherte, die jetzt – aus welchen Gründen auch immer – bei einer effizienteren Versicherung untergebracht sind, Quersubventionen zahlen müssen, indem ein Prämienniveau verlangt wird, das in jeder dieser Versicherungen gleich ist. Das ist ein zweiter wesentlicher Mangel.
3. Die Verwaltung des EDI und im Speziellen des BSV hat sich anscheinend nicht die Mühe genommen, das Kartellgesetz einmal nachzulesen. Genau solche Angleichungen, genau solche Absprachen sind eigentlich aufgrund des Kartellgesetzes grundsätzlich nicht zugelassen. Es kann doch nicht sein, dass wir auf Gesetzesebene jetzt selber wieder versuchen, Kartelle vorzuschreiben, indem verlangt wird, dass Prämienabsprachen stattfinden müssen.
Ich bitte Sie aus diesen und weiteren Gründen, diesen Artikel 12a abzulehnen und zu streichen und dem Antrag der starken Kommissionsminderheit zuzustimmen. Das soll nicht heissen, dass bezüglich Risikoausgleich keine Überlegungen gemacht werden müssen. Mit den Kommissionsmotionen respektive -postulaten haben wir das in der Kommission selber verlangt. Aber das auf dieser Basis hier zu machen wäre der falsche Weg.

**Robbiani** Meinrado (C, TI): La concurrence dans laquelle on place souvent beaucoup voire trop d'espoir en vue d'une maîtrise des coûts de la santé a jusqu'à maintenant plutôt été utilisée de manière inappropriée, c'est le moins que l'on puisse dire. L'exemple le plus significatif et le plus remarquable, c'est la tendance des caisses-maladie à s'arracher les unes aux autres les meilleurs risques ou bien à les gérer de manière programmée et instrumentale.
Comme ce sont surtout les caisses les plus récentes qui sont favorisées du fait qu'elles peuvent offrir des primes plus basses, quelques caisses ont cherché à éviter la fuite des bons risques en instituant une caisse «collatérale» pouvant offrir aux assurés des tarifs plus bas. D'autres caisses organisées en groupe peuvent de leur côté procéder à une sélection des risques en attribuant et en canalisant les assurés vers telle caisse, plutôt que vers telle autre en fonction du degré de risque. Cette orientation des assurés constitue évidemment une dérive du système. Par les choix mentionnés, les caisses introduisent un filtre sélectif défavorable aux assurés les plus exposés à la maladie.
Il n'est donc pas conforme à la nature et à la finalité de l'assurance sociale de constituer à l'intérieur d'une caisse ou d'un groupe de caisses différents cercles ou niveaux de solidarité. La lutte pourtant justifiée contre la chasse aux bons risques et contre la désolidarisation qui en découle doit être poursuivie au niveau du système en tant que tel, et non pas à l'intérieur d'une caisse ou d'un groupe de caisses. Il y a d'ailleurs déjà des instruments qui vont dans cette direction, tels que le mécanisme de compensation des risques qui vise à atténuer les effets d'une proportion supérieure à la moyenne de mauvais risques et aussi la possibilité de passer d'une caisse à l'autre, ce qui permet de mieux répartir les risques entre les différentes institutions.
Le groupe démocrate-chrétien, mais pas à l'unanimité, est d'avis que la proposition de la majorité de la commission est justifiée. Il vous invite donc à la soutenir.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich bitte Sie, Artikel 12a, den die Mehrheit neu einführen will, abzulehnen und der Minderheit zu folgen.
Ich glaube, dass es in der Tat ein Problem gibt, das künftig geregelt werden muss, nämlich das Problem so genannter Billigkassen, die unter Umständen auftreten könnten. Diese Erscheinung war der Vater oder die Mutter dieses Artikels, der in der Kommission im letzten Moment entwickelt worden ist. Aber er ist nicht die adäquate Lösung des Problems, das eigentlich hier zu Beginn dieses Artikels Pate gestanden hat. Denn der Artikel besagt in der jetzigen Formulierung, dass eine Holding-Struktur in einer Versicherung nicht mehr wirklich bestehen kann. Es heisst, dass eine Versicherung für sämtliche Gruppen von Versicherern eine einheitliche Prämie verlangen und dann eine einheitliche Abrechnung für den Risikoausgleich präsentieren muss. Das heisst beispielsweise auch, dass Fusionen, die ganz sicher weiter stattfinden werden, verhindert würden; ich erinnere Sie daran, dass wir noch vor zehn Jahren ungefähr tausend Krankenversicherer in diesem Land hatten, heute sind es vielleicht noch ungefähr hundert Versicherer, und weitere Fusionen werden stattfinden. Dieser Artikel verhindert solche Fusionen, weil die übernehmende Kasse neue Kassen sofort gleich behandeln müsste. Es wäre nicht mehr möglich, hier noch Prämienunterschiede beizubehalten. Wir würden damit das Interesse an Fusionen stark reduzieren.
Im Weiteren glauben wir, dass eine Holding durchaus existieren kann, wie etwa die erwähnte Groupe Mutuel, die verschiedene Kassen mit verschiedenen Kulturen und verschiedenen Prämienstrukturen führen kann. Wir nehmen aber hiermit eine Vereinheitlichung vor, die nicht gerechtfertigt ist und vor allem das eigentlich anvisierte Problem nicht löst.
In diesem Sinne möchte ich darum bitten – auch wegen der von Herrn Kollege Borer schon angeführten Probleme im Bereich des Kartellgesetzes und unter dem Aspekt der Veränderung der Kassenlandschaft –, im Bereich der Rechnungstellung den Risikoausgleich gemäss Mehrheit abzulehnen und der Minderheit zuzustimmen. Dieser Artikel hilft uns nicht weiter; er schafft neue Probleme und löst das eigentliche Problem, das er anvisieren wollte, klar nicht.
Ich bitte Sie, der Minderheit zum Durchbruch zu verhelfen.

**Ruey** Claude (L, VD): J'entonne le même hymne que M. Gutzwiller, au nom du groupe libéral. Nous ne comprenons pas le sens de cette disposition. Nous avons voulu, dans la LAMal, organiser la concurrence entre les caisses-maladie. Nous avons voulu que cette concurrence soit créative et, par conséquent, que les caisses puissent s'organiser comme elles le veulent, qu'il y ait une différenciation dans leur manière de gérer les problèmes, et tout à coup, là, on s'y oppose, et cela arbitrairement et inutilement.
S'agissant du niveau des primes, celui-ci n'a rien à voir avec la sélection des risques. Un assureur-maladie établit ses primes en fonction de ses besoins financiers. La prime est donc la résultante du niveau moyen du coût du groupe d'assurés. Si les assureurs ont des niveaux de primes différents, c'est que leurs besoins financiers et donc les coûts moyens de leurs assurés sont différents. Cela ne change rien par rapport à la sélection des risques. Précisément, que signifie la sélection des risques? Cela signifie que tout assureur recherche bien sûr à avoir des clients en bonne santé qui coûtent moins cher. Que la prime de cet assureur soit basse ou haute ne change rien à ce principe. Ce n'est pas en instituant une prime identique pour un groupe d'assureurs que l'on va permettre de lutter contre la sélection des risques. D'autre part, cet article «insinue» que seuls les assureurs liés à un groupe pratiqueraient la sélection des risques alors que les autres assureurs ne seraient théoriquement pas intéressés par des assurés à coûts faibles, c'est tout simplement angélique et contraire à la réalité.
Concernant la compensation des risques prévue par la loi, celle-ci est liée à l'âge et au sexe de l'assuré. Alors que l'on calcule ceci à l'intérieur d'un groupe pour chacune des assurances ou pour le groupe, là aussi, cela ne change strictement rien à la répartition financière ni à la compensation des risques. L'article 12a est inutile. Cela dit, on ne voit pas pour-

quoi le législateur exigerait que les assurés d'une caisse-maladie dont les coûts sont inférieurs à la moyenne paient une prime identique à des assurés d'une caisse-maladie dont les coûts sont supérieurs. Cette disposition est précisément contraire à ce que nous avons voulu aux articles 60 et 61 LAMal, c'est-à-dire l'autonomie des caisses-maladie.
D'autre part, en voulant fixer de l'extérieur des règles à un groupe de sociétés, on bute là aussi contre le droit des sociétés défini par le Code des obligations. En effet, une personne morale qui dispose de la personnalité juridique ne peut pas être soumise à des règles économiques dictées par une autre personne morale. Quelle serait alors la responsabilité du conseil de fondation ou du conseil d'administration d'un assureur pour lequel le groupe aurait imposé des primes manifestement trop basses pour répondre aux besoins de financement de cette assurance? Le conseil d'administration se trouverait dans une situation d'irresponsabilité responsable – si vous me passez cette expression – parce qu'on lui imputerait tout de même la faute, bien qu'on lui impose de l'extérieur et en violation de son autonomie des règles antiéconomiques.
Qui plus est, cet article est contraire à la loi sur les cartels. Il équivaut en fait à créer une entente cartellaire au sein d'un groupe d'assureurs.
Finalement, on a voulu bien faire, mais on se trompe complètement. On agit contrairement à la liberté de contracter, sans effet sur les coûts ni sur les assurés. Par conséquent, on ne résout pas les problèmes de l'assurance-maladie et de la santé en prenant des dispositions arbitraires de la sorte.

**Goll** Christine (S, ZH): Jung, männlich, sportlich, aber nicht etwa risikosportlich, gesund, kerngesund und keine Kosten verursachend, in Zukunft vielleicht sogar möglichst mit genetisch garantierter Fitness ausgestattet – das ist das «Risiko Mensch», das sich so manche Krankenkasse heute erträumt.
Die Jagd auf die so genannten guten Risiken ist nicht neu, aber sie wurde wieder neu eröffnet bzw. bekräftigt, und zwar spätestens seit dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) vom 26. Juli dieses Jahres. Es leben Sansan, Avanex und Prima oder wie sie alle heissen mögen, die neuen so genannten Billigkassen. Das sind wohlverstanden nicht einfach neue Unternehmen, sondern Töchter von Helsana und Swica – und vielleicht gibt es in Kürze schon solche von anderen bestehenden Krankenkassenunternehmen. Die beiden neuen Billigkassen, die nämlich dieses EVG-Urteil bewirkt haben, heissen Sansan und Avanex; sie sind Töchter der Helsana.
Das heisst: Gute Risiken werden gejagt, werden in neuen Billigkassen zusammengefasst und werden vor allem mit tiefen Prämien angelockt. Das heisst auf der anderen Seite konkret: Auf der Strecke bleiben Alte, Kranke, vor allem auch Chronischkranke und selbstverständlich auch Frauen, die ja gemeinhin als die schlechteren Risiken gelten. Diese Personengruppen sollen weiterhin hohe Krankenkassenprämien bezahlen müssen.
Dass dies noch vermehrt möglich werden soll, hat mit diesem EVG-Urteil zu tun, das nicht nur ärgerlich, sondern gefährlich ist. Ich möchte betonen, dass das Departement des Innern die Zulassung dieser so genannten neuen Billigkassen abgebremst hat, verbieten wollte, dass aber das EVG entschieden hat, diese Billigkassen trotzdem zuzulassen. Ich lese Ihnen den entscheidenden Satz aus der Begründung dieses EVG-Urteils vor. Es heisst hier nämlich: «Wann ein Versicherer unzulässige Risikoselektion betreibt, hat das Gesetz zu sagen.» Das heisst auch, dass der Wille des Gesetzgebers – der bisher immer klar war, auch im Rahmen der 1. KVG-Revision, die bereits einige Jahre zurückliegt –, dass unser Wille damit ausgeschaltet wird.
Konkret heisst das, dass diese Billigkassen die missbräuchlichen Auswirkungen des Wettbewerbs unter den Krankenkassen knallhart aufzeigen. Wir haben jetzt die Gelegenheit, mit dieser zweiten Teilrevision des KVG hier nachzubessern. Ich möchte Ihnen sagen, dass die Mehrheit der Kommission eine Klarstellung auf Gesetzesebene nach wie vor will und dass deshalb auch neu dieser Artikel 12a eingeführt worden ist. Im Klartext: Die SGK und auch das Parlament wollten nie eine missbräuchliche Risikoselektion, und die SGK hat entschieden, dass sie das nach wie vor nicht will. Wir waren uns in der Kommission über die Parteigrenzen hinweg darüber einig, dass wir im Rahmen dieser Revision auf Gesetzesebene Klarheit schaffen müssen.
Ich habe mit Freude festgestellt, dass selbst die Antragsteller der Minderheit wie Herr Borer und Herr Gutzwiller nicht bestritten haben, dass wir mit den Billigkassen Probleme haben und dass wir diese Billigkassen nicht wollen. Unserer Meinung nach ist Artikel 12a der richtige Weg dazu, die Billigkassen und die missbräuchliche Risikoselektion in Zukunft nicht zuzulassen.
Ich bitte Sie deshalb, hier klar dem Willen des Gesetzgebers Ausdruck zu verschaffen, diesem neuen Artikel 12a zuzustimmen, vor allem auch angesichts der Tatsache, dass das Problem unbestritten war.
Herr Borer, wenn Sie tatsächlich finden, diese Formulierung sei nicht das Ei des Kolumbus, dann haben Sie immer noch die Möglichkeit, bei den Beratungen im Ständerat, der ja dann auch wieder darüber zu befinden hat, Änderungen zu beantragen. Aber ich möchte Sie bitten, hier und heute zum Ausdruck zu bringen, dass Sie keine missbräuchliche Risikoselektion und in diesem Sinne keine Billigkassen wollen.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Die SVP-Fraktion beantragt Ihnen, die Minderheit Borer zu unterstützen. Dieser Artikel 12a ist unausgereift, er ist nicht nötig, und er führt zu Willkür. Wenn wir uns darüber im Klaren sind, wen wir in den Mittelpunkt dieser Gesetzgebung stellen – für mich ist das klar: in erster Priorität sind es die Versicherten –, dann muss ich feststellen, dass mit Artikel 12a weder eine Verbesserung für die Versicherten erreicht noch in irgendeiner Art und Weise ein Beitrag an die Kostenstabilisierung geleistet werden kann. Die SVP-Fraktion wehrt sich gegen eine weitere Einschränkung des Wettbewerbs und gegen eine erneute staatliche Intervention in einem Bereich, in dem dies nicht nötig ist. Artikel 12a, der hier vorgeschlagen wird, löst die Problematik der Billigkassen nicht. Richtigerweise stellt sich auch die Frage, ob sich dieser Artikel überhaupt in Übereinstimmung mit dem Kartellrecht befindet.
Wenn Sie den Beteiligten der Krankenversicherung nicht noch eine zusätzliche Fessel anlegen wollen, dann stimmen Sie hier der Minderheit Borer zu.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Kommissionsmehrheit will – Sie haben es gehört – mit diesem Artikel verhindern, dass unter Umgehung der Absichten des Krankenversicherungsgesetzes Billigkassen im Rahmen der Grundversicherung Risikoselektion betreiben. Indem sie als Gruppen innerhalb einer Versicherung behandelt werden, können sie beim Risikoausgleich und beim Festsetzen der Prämienhöhe ihre Versicherten nicht unterschiedlich behandeln.
Die Kommission hat diese Frage – auch das haben Sie gehört – aufgrund eines Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes intensiv diskutiert und möchte mit dieser neuen Formulierung verhindern, dass diese Risiken, beispielsweise auch bei Zusammenschlüssen von Kassen zu einer wirtschaftlichen Einheit im Rahmen von Gruppen, selektioniert werden können und dass so mit unterschiedlichen Prämien der Risikoausgleich verfälscht wird. Der Begriff «wirtschaftliche Einheit» – dies wurde in der Kommission auch zugegeben – ist nirgends klar definiert und müsste zuerst in einer Verordnung umschrieben werden.
Die Kommission stimmte diesem neuen, von der Verwaltung kurzfristig formulierten Artikel mit 11 zu 8 Stimmen bei 2 Enthaltungen zu. Über die Konsequenzen muss sich der Ständerat wohl nochmals unterhalten, wenn dem Antrag der Mehrheit zugestimmt wird.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Cette proposition, contrairement à ce qu'a dit M. Borer, ne vient pas de l'administration, mais a été déposée en commission à la suite de discussions, également entre les caisses-maladie elles-mêmes, et de la décision du Tribunal fédéral des assurances. L'administration, comme toujours, s'est mise au service de la commission pour proposer la formulation la plus adéquate possible. Donc, Monsieur Borer, vos accusations envers l'OFAS ne sont pas justifiées.
La question de savoir si cela contredit ou non la loi sur les cartels n'est pas pertinente. Par définition, nous avons ici un secteur réglementé: contrôle des prix; contrôle des primes; obligation de fournir exactement les mêmes prestations, la qualité seule devant faire la différence; système de péréquation partielle des charges, donc des risques, entre les différentes caisses-maladie. Il n'y a donc pas, de ce côté non plus, de doute à avoir. Nous sommes dans un cas très particulier où, au fond, un type de réglementation qui donne un cadre très strict aux différentes caisses-maladie, fait que cette question n'est pas pertinente ici.
Il convient de relever que ce problème a été soulevé par des caisses-maladie elles-mêmes qui considéraient qu'il y avait concurrence déloyale de certaines d'entre elles. Ce sont ces caisses qui ont posé à ce moment-là la question suivante – et je suis contente que M. Borer s'avance à la tribune pour un petit échange: est-ce qu'il est possible de procéder à une chasse aux bons risques ou à une sélection des risques en jouant sur différentes caisses-maladie qui appartiennent au même conglomérat? Vous avez nié cela tout à l'heure dans votre intervention. Or, il est évident que cela peut se faire. On peut créer une communauté de destin à l'intérieur d'un groupement de caisses et l'on peut inciter des gens à aller vers celle-ci plutôt que vers celle-là. J'ai eu dans ma correspondance des cas de personnes qui s'étaient adressées au conglomérat et qui ont été ensuite orientées vers l'une ou l'autre caisse-maladie de ce conglomérat. Le soupçon que l'on procède ainsi à une sélection des risques est tout à fait réel.
Nous sommes donc face à un problème. Est-ce que cette proposition est la solution optimale? Je n'en sais rien. La majorité de la commission a voulu résoudre ce problème et nous lui en sommes reconnaissants.
Encore une fois, le problème s'est posé en raison de la décision du Tribunal fédéral des assurances. De la même manière, vous aviez vous-mêmes aussi soulevé des problèmes dans l'assurance-invalidité sur la base d'une décision de ce même tribunal en disant: «Peut-être qu'il faut régler cela au niveau de la loi.»
Je vous incite à adopter la proposition d'article 12a de la majorité de la commission et de voir ensuite, dans le dialogue avec le Conseil des Etats, si la solution proposée est effectivement la meilleure.
Certaines choses peuvent être réglées par la compensation des risques. Vous savez que nous y travaillons, nous avons institué un groupe de travail qui a pour tâche d'affiner ce système. Mais la question qui se pose est de savoir si, dans un conglomérat, on utilise la présence de différentes caisses-maladie pour créer des communautés de risques qui permettent aux personnes jeunes, riches et en bonne santé plutôt qu'aux personnes âgées, pauvres et malades, de se retrouver dans une caisse bon marché.
C'est la raison pour laquelle, sans être sûre que ce soit la meilleure solution, je vous invite à créer une divergence avec le Conseil des Etats et à poursuivre le débat sur ce problème.

**Borer** Roland (V, SO): Frau Bundesrätin, ich danke Ihnen für Ihre sehr präzise Antwort. Gestatten Sie mir zwei Nachfragen:
1. Trifft es zu, dass nicht nur die Jungen, Gesunden und sehr Reichen sich irgendeine Krankenversicherung aussuchen können, die infolge guter Risikostrukturen günstige Prämien hat? Ist es nicht so, dass sich auch die Alten, Kranken und Armen – um Ihre Interpretation aufzunehmen – die genau gleiche Krankenversicherung aussuchen und dort versichert werden können?
2. Ist es nicht zutreffend, dass der Gesetzgeber bei der Schaffung des KVG wollte, dass die Leistung auf höchstem Niveau zu unterschiedlichen Prämien, also zu Wettbewerbsprämien, angeboten werden muss, damit sie eben ein Kostendämpfungselement hat?

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je vous remercie pour vos questions très précises, Monsieur Borer.
Je réponds à la première question. L'opposition entre les expressions «jeunes, riches et en bonne santé» et «pauvres, vieux et malades» n'est pas justifiée, Dieu merci ou plutôt merci la LAMal à cause des termes «riches» et «pauvres». Elle ne devrait pas être vraie non plus à cause des termes «en bonne santé» et «malades». Dans la pratique, l'opposition entre les deux derniers termes existe à cause de la sélection des risques. Si vous avez raison d'affirmer qu'en principe chacun est dans la même mesure libre de choisir sa caisse-maladie, nous avons de bonnes raisons de penser – je serai prudente parce que ce sont des choses qui se passent surtout au niveau de l'administration et pas de la cheffe du département – que des personnes qui s'adressent au conglomérat et non pas à une caisse précise sont ensuite orientées par celui-ci vers telle ou telle caisse en faisant partie.
Si, d'une part, quelqu'un s'adresse à un groupe de caisses qui a un secrétariat unique et que celui-ci se dit: «Voilà une demande intéressante, mettons cette personne dans notre caisse 'Lockvogel' qui offre les primes les plus basses, car cette personne ne poussera pas les primes vers le haut parce qu'elle en bonne santé, jeune et que c'est un homme», et si, d'autre part, le secrétariat précité oriente les autres personnes vers des caisses déjà chères en se disant: «Si c'est trop cher pour elles, elles peuvent aller dans une autre caisse», il y a une sélection des risques.
Ce mécanisme est effectivement contraire à l'esprit de la loi. Nous avons même pensé à un moment donné qu'il pouvait être contraire à la lettre de la loi. Le Tribunal fédéral n'a pas suivi cette interprétation. C'est pourquoi nous réfléchissions aussi à la lettre de la loi.
En ce qui concerne votre deuxième question: oui, nous voulons que les mêmes services soient offerts pas des caisses nombreuses, en concurrence entre elles sur le plan de la qualité des services, etc., du fait de leurs efforts pour freiner l'augmentation des coûts. Mais nous considérons qu'il n'est pas sain que cela se passe au sein d'une même unité, composée de sous-unités dont les primes sont différentes non pas en raison des services fournis ou de l'effort qui est fait pour réduire les coûts, mais du fait de communautés de destins créées artificiellement à partir d'une structure centrale.
Vous connaissez suffisamment bien le système des assurances sociales, Monsieur Borer, pour savoir que j'ai raison, quant au danger de sélection des risques à ce niveau-là. Et moi je vous donne raison en disant que si ce n'est pas encore la bonne formule, nous la trouverons au cours des prochains mois.
Mais posez au moins le problème et soumettez-le au Conseil des Etats en adoptant, à l'article 12a, la proposition de la majorité de la commission.

**Ruey** Claude (L, VD): Madame la Conseillère fédérale, je dois dire que j'ai de la peine à vous suivre.
1. J'ai participé à une Journée des professionnels de la santé à l'Université de Genève. Les responsables économiques, les professeurs d'économétrie et autres de Genève expliquaient que précisément, le rôle de l'assureur et son métier, c'est de procéder à la sélection des risques, quitte à ce qu'on compense ensuite les risques, parce que c'est de là que naît une meilleure concurrence et une meilleure efficience.
Alors, étant donné qu'il y a des courtiers en assurance qui vous orientent vers les meilleures assurances, je ne comprends pas quelle est la différence à vos yeux, par rapport à

l'existence d'un groupe, entre le fait d'orienter un futur assuré dans le cadre d'un groupe ou de l'orienter hors cadre d'un groupe. En quoi le système d'information de l'assuré dans le cadre d'un groupe est plus dommageable que de se renseigner soi-même dans le cadre du marché en général? C'est ce qu'on a voulu dans le cadre de la concurrence entre les assurances, précisément pour exercer une pression à la base. Je ne vois pas quelle est la différence.
2. Même s'il y avait une différence, en quoi le fait de sélectionner les risques – ce qui, encore une fois, a des effets bénéfiques à terme – pose-t-il un problème dès lors qu'il y a la compensation des risques? En quoi la compensation des risques est-elle différente si je suis orienté par un groupe vers tel type d'assurance, si je me suis orienté tout seul vers le même type d'assurance ou si je suis orienté par un courtier en assurance? Je ne vois pas la différence. Si je suis assuré auprès de telle ou telle caisse où il y a plus de jeunes que de personnes âgées, cette caisse-maladie devra en effet payer la compensation des risques. Par conséquent, il n'y a là pas de distorsion.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Merci, Monsieur Ruey, pour vos questions.
Premièrement, vous savez comme moi que la compensation des risques, d'après les études qui ont été faites, compense à peu près 70 pour cent des différences de risques, parce qu'elle ne compense en fait que ceux qui sont liés à l'âge et au sexe et justement pas ceux qui sont liés à l'état de santé, c'est-à-dire notamment à l'anamnèse. Il est extrêmement difficile de trouver des critères qui ne soient pas bureaucratiques ou qui n'impliquent pas une intrusion intolérable dans la vie privée pour compenser cet autre type de risques.
Deuxièmement, je trouve que vous avez de drôles de fréquentations. En effet, affirmer que l'aspect positif est la sélection des risques est surprenant. Je suis un peu étonnée que mes anciens collègues du Département d'économétrie de l'Université de Genève en soient arrivés à de telles conclusions! Je serais très heureuse que vous me disiez qui développe cette étrange théorie. L'avantage de la concurrence entre les caisses-maladie n'est pas la sélection des risques, mais l'effet modérateur sur les prix des prestations et la qualité du service qui est donné aux assurés.
La troisième chose que je voulais dire, et je m'étonne de devoir le dire à vous, Monsieur Ruey, c'est que la différence entre être orienté, souvent sans le savoir, vers une caisse coûteuse par rapport au choix que l'on fait soi-même d'une caisse s'appelle la liberté. Et la loi doit garantir le libre choix de l'assuré! Lorsque quelqu'un s'adresse à un groupement de caisses, attiré par des informations sur les caisses les meilleur marché dudit groupe, et se voit répondre: «Nous vous avons mis dans la caisse la plus chère», on ne peut plus parler de liberté. Or, je croyais précisément que votre parti défendait la liberté des assurés!
La liberté suppose un consommateur éclairé. Ce que justement refusent de faire certains de ces conglomérats, c'est d'éclairer les assurés sur l'étendue de leur choix.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 80 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 73 Stimmen

**Art. 13 Abs. 2 Bst. f**
*Antrag der Kommission*
f. .... beinhalten, namentlich solche, in denen mit Leistungserbringern eine Versichertenpauschale vereinbart wird. Der Bundesrat kann Ausnahmen bestimmen.

*Antrag Gutzwiller*
f. alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anbieten, die im Sinne von Artikel 41 Absatz 4 und Artikel 62 Absatz 2 eine eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers beinhalten und in welchen die Leistungserbringer eine mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung übernehmen. Der Bundesrat kann Ausnahmen bestimmen.

**Art. 13 al. 2 let. f**
*Proposition de la commission*
f. .... alinéa 1er, notamment celles dans lesquelles un forfait par assuré est convenu avec des fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions.

*Proposition Gutzwiller*
f. offrir seuls ou en collaboration avec un ou plusieurs autres assureurs une ou plusieurs formes particulières d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations au sens des articles 41 alinéa 4, et 62 alinéa 2, et dans laquelle le fournisseur de prestations assume la responsabilité financière convenue avec les assureurs. Le Conseil fédéral peut définir des exceptions.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich entschuldige mich zunächst, dass ich Ihnen hier einen Einzelantrag unterbreite. Es ist nicht ganz der letzte, aber aufgrund der Dynamik der Vorlage haben sich noch zwei, drei Dinge ergeben, die wie bei anderen Kolleginnen und Kollegen noch zu Einzelanträgen geführt haben.
Mein Antrag zu Artikel 13 Absatz 2 hat einen Zusammenhang mit den Hausarztmodellen und dem Einzelantrag Sommaruga zu Artikel 64, den wir später behandeln. Hier geht es jedoch aus unserer Sicht um eine Verbesserung des Antrages der Mehrheit. Wie Sie gesehen haben, wird die Umschreibung der Managed-Care- bzw. Hausarztmodelle, die wir ja alle fördern möchten, im Begriff der Versichertenpauschale erwähnt. Es heisst dann aber «namentlich», schreibt das also nicht zwingend vor. Die Versichertenpauschale ist unseres Erachtens auch als Begriff nicht sehr klar, denn es könnten damit auch Teilpauschalen für ambulante Behandlungen oder nur Teile der Vergütungen für ambulante Behandlung nach Versichertenpauschalen gemeint sein. Wir hätten hier gerne eine sehr klare Definition, wonach hier von den Betreibern dieser Netzwerke Budgetverantwortung zu übernehmen ist. Mein Antrag sieht deshalb explizit vor, dass «die Leistungserbringer eine mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung übernehmen». Die Neufassung von Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f würde klarer präzisieren, dass es uns wirklich darum geht, dass in der Grundversicherung Hausarzt- und Managed-Care-Modelle künftig eine zentrale Rolle spielen sollten, und dass sie ganz klar das Merkmal der Budgetverantwortung aufweisen müssen, die natürlich mit den Versicherern abgesprochen sein muss. Damit umschreiben wir das Merkmal der Managed-Care-Modelle besser als mit der Fassung der Mehrheit.
Ich möchte als Zweites anführen, dass dieser Antrag nicht nur besser formuliert ist, sondern aus meiner Optik damit auch eine gewisse Gegenposition zu den Anträgen der Minderheit Gross Jost bei den Artikeln 35 und 35a markiert, auf die wir später zurückkommen. Dort wird nämlich gesagt, der Bund müsse dieses Budget jährlich festlegen. Unseres Erachtens ist ganz klar: Wir wollen Hausarzt- und Managed-Care-Modelle, aber wir wollen eine Budgetverantwortung, die zwischen den Versicherern und Leistungserbringern festgelegt wird, nicht eine Budgetverantwortung, die der Bund übernimmt – sonst werden diese Modelle nur noch ausführende Organe einer Bundesinstanz. Das wollen wir nicht; deshalb ist die Umschreibung in Artikel 13 nun klarer.
Ich muss Ihnen schliesslich nicht mehr sagen, weshalb diese Managed-Care-Modelle so wichtig sind. Sie wissen, dass es in der Schweiz Hunderttausende von Patienten gibt, die solchen Modellen angeschlossen sind, und dass mit dem Hausarztmodell z. B. in Zürich nachweislich Einsparungen in der Grössenordnung von 20 bis 30 Prozent erzielt wurden. Wir möchten deshalb, dass das bei gleich bleibender Qualität ein prädominantes Modell in der Grundversicherung wird.
Damit möchte ich Sie bitten, dieser aus unserer Optik verbesserten Auflage von Artikel 13 zuzustimmen. Sie macht

klarer, dass wir diese Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung wollen, und zwar paritätisch zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgesprochen und nicht einfach vom Bund verordnet. Zudem werden wir das Thema später bei Artikel 64 in Zusammenhang mit dem Antrag Sommaruga wieder aufnehmen, der dort dafür sorgt, dass solche Hausarztmodelle auch einen entsprechenden Anreiz für die Versicherten bieten.
Unseres Erachtens handelt es sich also unter dem Strich um eine Verbesserung der Formulierung, um eine klarere Positionierung der Hausarztmodelle, so wie wir sie sehen.
Ich würde Ihnen deshalb beliebt machen, diesem Antrag zuzustimmen.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Formulierung ist kurzfristig eingereicht worden, und die Konsequenzen sind nicht für alle genau überschaubar. Im Prinzip geht es darum, dass man, wie Herr Gutzwiller gesagt hat, die Modelle einbauen kann. Es handelt sich aber – es ist erwähnt worden – im Sinne von Artikel 41 und 62 Absatz 2 um eine Frage der Versichertenpauschale, die im Tarifvertrag enthalten sein müsste und dort einen anderen Ansatz hat.
Der Artikel, so wie er jetzt ergänzt worden ist, müsste in seinen Konsequenzen sicher im Ständerat nochmals diskutiert werden. Man kann aber unabhängig davon, ob man nachher in Artikel 35ff. der Mehrheit oder der Minderheit Cavalli zustimmt, diesen Artikel aufnehmen. Von daher gesehen kann ich Ihnen nicht im Namen der Kommission, aber in meinem Namen beantragen zuzustimmen.
Nur: Die Konsequenzen, also die Frage, ob die Formulierung so korrekt ist, müssen nochmals überprüft werden, denn es handelt sich um eine kumulative Voraussetzung. Das ist doch eine rechte Einengung gegenüber den Möglichkeiten, die heute bestehen.

**Le président** (Christen Yves, président): Die SVP-Fraktion unterstützt den Antrag Gutzwiller.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: A l'article 13 alinéa 2 lettre f, le Conseil fédéral et le Conseil des Etats vous proposent d'ajouter une disposition qui oblige les assureurs-maladie à offrir une ou plusieurs formes d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations au sens des articles 41 et 62 LAMal.
En fait, il s'agit d'un pas en direction des formules HMO et apparentées. La formule HMO n'a pas eu le succès escompté. Elle s'est surtout développée dans les villes. On peut probablement faire le reproche aux assureurs de n'avoir pas été assez dynamiques en la matière, mais il faut aussi compter avec la résistance des autres acteurs. Pourtant, c'est bien le moyen de diminuer les coûts qui est le préalable à la diminution des primes.
La commission vous invite à ajouter une possibilité qui est le forfait par assuré convenu avec le fournisseur de prestations. On arrive au stade où les fournisseurs auraient directement intérêt à ce que leurs assurés soient en bonne santé.
Il convient de prévoir des exceptions, en particulier pour les petites caisses-maladie qui fonctionnent déjà de manière très solidaire et qui n'ont pas forcément la masse critique nécessaire pour offrir toutes les variantes. Nous tenons là vraiment une source d'amélioration de notre assurance-maladie.
La commission a donc ajouté la notion de forfait par assuré convenu avec les fournisseurs. Elle est là dans une cohérence rédactionnelle avec d'autres articles de la loi.
La proposition Gutzwiller parle plus largement de responsabilité des partenaires.
Nous vous proposons de suivre plutôt la commission.
A l'attention des francophones présents dans l'hémicycle, il faut bien dire que les expériences concluantes en matière de HMO en particulier ont été réalisées en Suisse alémaniques. La partie francophone de notre pays, là où les primes sont les plus élevées, serait bien inspirée de voir ce qui se fait outre-Sarine.

**Le président** (Christen Yves, président): Die CVP-Fraktion unterstützt den Antrag Gutzwiller.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Au début, j'étais aussi tentée de soutenir la proposition Gutzwiller qui me paraissait être surtout une amélioration rédactionnelle, mais il y a le fait que ses exigences se cumulent. Il faut qu'il y ait un nombre limité de fournisseurs de prestations et il faut que ces derniers assument la responsabilité financière. C'est donc un budget global obligatoire que chaque caisse-maladie devrait mettre en place, et je considère que cela est difficile à entreprendre.
Je crois que l'on doit faire des expériences avec des systèmes du genre «managed care» qui permettent effectivement de garder le budget global, mais ma vision du budget global, Monsieur Gutzwiller, ne consiste pas à en accorder un à chaque fournisseur de soins. Je ne suis pas sûre que ce soit la bonne formule. Je pense que le budget global devrait s'appliquer tout le long de la chaîne thérapeutique. Ainsi, un médecin de famille, par exemple, orienterait les gens vers des spécialistes avec qui il est en contact et qu'ils rémunèrent ou, si cela s'avère nécessaire, vers des hôpitaux dont idéalement il prendrait la facture en charge et aurait, de ce fait, un contrôle global sur les coûts liés à l'évolution d'une maladie.
Je pensais, Monsieur Gutzwiller, que c'était aussi dans ce sens-là que vous pensiez qu'il était nécessaire d'aller dans le temps. Ici, vous créez une obligation qui ne donne aucune garantie dans ce sens-là, puisque le budget global est accordé à chaque fournisseur de soins. Vous créez ainsi des petites entités, côte à côte, ou tout simplement vous plafonnez les dépenses annuelles. Je croyais que c'était un système que vous aviez condamné par rapport à d'autres expériences européennes qui ont déjà eu lieu. Par exemple, en Allemagne, on raconte des histoires invraisemblables: un médecin, tout d'un coup, à partir du mois de novembre, ne reçoit plus de patients parce que son budget global individuel est épuisé.
Pour ma part, je ne crois pas à ces histoires, forcément, mais c'est un domaine dans lequel, à mon avis, on doit faire des expériences. En obligeant les caisses-maladie à faire des offres qui visent à responsabiliser plus les fournisseurs de prestations en termes financiers, on les oblige à réfléchir à des solutions, et c'est le but poursuivi par la commission. Vous, vous les poussez dans une direction particulière qui, à mon avis, n'est pas forcément la bonne.
C'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir la proposition de la commission.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Gutzwiller .... 124 Stimmen
Für den Antrag der Kommission .... 14 Stimmen

**Art. 21 Abs. 4**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 21 al. 4**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 23a**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Information und Beratung der Versicherten
*Abs. 1*
Der Bund kann gemeinnützige Dachorganisationen, die in der ganzen Schweiz tätig sind, mit der Erfüllung von Aufgaben im Bereich der Information, Beratung sowie Förderung der Selbsthilfe der Versicherten betrauen. Zu diesem Zweck bewilligt er ihnen Finanzhilfen nach dem Subventionsgesetz.

*Abs. 2*
Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen für die Gewährung dieser Finanzhilfen.

*Antrag Theiler*
Streichen

**Art. 23a**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Information et conseil aux assurés
*Al. 1*
La Confédération peut confier à des organisations faîtières d'utilité publique actives dans toute la Suisse des tâches en matière d'information, de conseil et d'encouragement à l'entraide des assurés. Elle accorde à cet effet des aides financières conformément aux dispositions de la loi sur les subventions.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral définit les conditions permettant d'accorder ces aides.

*Proposition Theiler*
Biffer

**Hassler** Hansjörg (V, GR): Zuerst möchte ich hier meine Interessenbindungen offen legen: Ich bin Mitglied des Stiftungsrates der Schweizerischen Patientenorganisation.
Der Antrag für einen neuen Artikel 23a wurde von mir in der Kommission eingebracht. Die Kommission hat dem Antrag ohne Gegenstimme zugestimmt. Der Antrag ist meiner Meinung nach absolut berechtigt, da die vielen Neuerungen im Gesundheitswesen für die Versicherten sehr komplex sind. Rat suchende Versicherte wenden sich vielfach an Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen. Bei den Beratungen dieser Organisationen geht es vielfach auch um Rechtsfragen, die von Fachleuten abgeklärt werden müssen und sehr zeitaufwendig sein können. Die Patientenorganisationen leisten insbesondere Beistand, wenn eine Krankheit oder ein Unfall unerwartet Probleme für den Patienten oder die Patientin verursacht. Diese Organisationen informieren die Versicherten beim Auftreten von Schwierigkeiten auch über ihre Rechte gegenüber den Leistungserbringern und den Krankenversicherern.
Es ist auch festzuhalten, dass vom Angebot dieser Organisationen immer mehr Gebrauch gemacht wird. Dies lässt sich mit Zahlen eindeutig belegen. Diese Organisationen fördern auch die Eigenverantwortung der Versicherten im Umgang mit einer Krankheit. Die Informationen führen unter anderem zu einem besseren und bewussteren Umgang mit Medikamenten. Die Tätigkeit dieser Non-Profit-Organisationen hat also auch einen positiven Einfluss auf die Kostenentwicklung. Für mich ist unbestritten, dass diese Patienten- und Selbsthilfeorganisationen einen wichtigen Beitrag in unserem Gesundheitswesen leisten.
Das grosse Problem dieser Organisationen ist deren Finanzierung. Sie finanzieren ihre Tätigkeiten vor allem aus Mitgliederbeiträgen, aus Beiträgen einzelner Kantone und aus Sponsoring. Zum Teil mussten sie wegen fehlender finanzieller Mittel ihre Tätigkeiten einschränken. Es scheint mir daher angebracht zu sein, dass diese Organisationen einen angemessenen Bundesbeitrag für ihre Tätigkeit erhalten. Gemäss Antrag der Kommission kommen nur Organisationen in den Genuss von Beiträgen, die landesweit tätig sind und erwiesenermassen einen Beitrag dazu leisten, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens zu fördern. Der Bundesrat kann Organisationen mit Aufgaben im Bereich der Information und Beratung betrauen, und zu diesem Zweck kann er Finanzhilfen nach dem Subventionsgesetz bewilligen. Neben der Information und Beratung ist auch die Förderung der Selbsthilfe unterstützungswürdig. Die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen leisten gute Arbeit; das Anliegen dieser Organisationen ist sehr berechtigt. Es handelt sich hier um eine Kann-Formulierung: Der Bundesrat muss Organisationen nicht mit Aufgaben betrauen, er kann es.
Ich bitte Sie darum, den Einzelantrag Theiler abzulehnen.

**Theiler** Georges (R, LU): Ich erkläre hier, dass ich in dieser Sache eine Interessenbindung habe: Ich bin Verwaltungsrat der Wincare. Für jene, die es nicht wissen sollten: Das steht in meinen Interessenbindungen schon lange drin.
Die von der Kommission des Nationalrates nun beantragte neue Bestimmung betreffend die Information und Beratung der Versicherten ist meiner Meinung nach überflüssig. Sie führt zu Rechtsunsicherheit und auch zu zusätzlichem administrativem Aufwand und Mehrkosten. Gerade zusätzlichen Aufwand und Mehrkosten sollten wir eigentlich im Gesundheitswesen vermeiden. Es ist absolut nicht klar, was mit der beantragten Bestimmung eigentlich überhaupt erreicht werden soll. Sie ist eindeutig zu wenig durchdacht und wirft zahlreiche Fragen auf. Ich komme auf diese Fragen:
Was für Dachorganisationen sind denn konkret gemeint? Was für Aufgaben sollen diese gemeinnützigen Dachorganisationen übernehmen? Das steht auch nirgends. Was ist mit der Förderung der Selbsthilfe gemeint? Sollen diese gemeinnützigen Dachorganisationen in Konkurrenz zu den Krankenversicherern stehen, oder sollen sie eventuell gar die Krankenversicherer von der Pflicht zur Information und Beratung entbinden? Auch das ist nicht gelöst. Soll den Versicherten ein Rechtsanspruch auf Information und Beratung durch diese gemeinnützigen Dachorganisationen eingeräumt werden? Will die Kommission des Nationalrates wirklich die Information und Beratung der Versicherten oder eventuell nur diejenigen der Patienten regeln? Wie werden diese gemeinnützigen Dachorganisationen im Hinblick auf die von ihnen zu erfüllenden Aufgaben beaufsichtigt? Und wer haftet letztendlich bei falscher Information und Beratung? Auch das ist nicht gelöst.
Die Frage der Information und Beratung der Versicherten wurde schon mehrmals diskutiert. Bereits das geltende Gesetz enthält eine Bestimmung, wonach die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und zu beraten sind. Diese in Artikel 16 verankerte Pflicht reicht von der allgemeinen Information bis zur persönlichen Beratung, beispielsweise über die Versicherungspflicht und über Ansprüche im Versicherungsfall. Auf den 1. Januar 2003 wird diese Bestimmung von einer umfassenden Bestimmung über die Aufklärung und Beratung im neuen Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes abgelöst. Schliesslich stellt sich mit Blick auf die Gesetzessystematik die Frage, weshalb eine Bestimmung über die Information und Beratung der Versicherten im Abschnitt «Aufsicht und Statistik» verankert werden soll. Besteht etwa gar die Absicht, den so genannten gemeinnützigen Dachorganisationen eine Art aufsichtsrechtliche Funktion zuzugestehen?
Es stellt sich aber auch generell die Frage, ob wir hier einen neuen Subventionstatbestand kreieren wollen. Bis jetzt haben diese Organisationen keine Unterstützung gekriegt, und neu sollen sie sie jetzt kriegen. Wenn die Informationen, die diese Organisationen liefern, tatsächlich wichtig und wertvoll sind, dann müsste es eigentlich einem Patienten, einem Versicherten meiner Meinung nach ja auch zumutbar sein, für diese Informationen etwas zu bezahlen. In der Regel ist das, was auch etwas kostet, nicht einfach nur so schnell abrufbar, sondern hat dann auch ein gewisses Gewicht. Ich meine, dass wir hier keinen neuen Subventionstatbestand kreieren sollten.
Ich bitte Sie, diesen neuen Artikel 23a zu streichen.

**Gross** Jost (S, TG): Herr Theiler, die Kommission hat oppositionslos mit Stimmen aus allen Fraktionen diesem Förderungsartikel zugestimmt. Sie stellen hier Fragen, die Sie sich, wenn Sie in der Kommissionsberatung dabei gewesen wären, leicht hätten beantworten lassen können. Ich frage Sie deshalb: Ist es nicht ein Affront gegen die Patienten und die Patientenorganisationen, wenn Sie jetzt in Unkenntnis

dieser Diskussion die Streichung verlangen? Ist es nicht auch merkwürdig, wenn Sie, der Sie immer für mehr Selbstverantwortung – und hier geht es um Selbstverantwortung für Patientinnen und Patienten – eintreten, diesen Affront hier begehen und einfach in Unkenntnis der Diskussion eine Streichung verlangen?

**Theiler** Georges (R, LU): Ich weiss nicht, ob das jetzt eine Frage war. Sie werfen mir vor, dass ich nicht in der Kommission war. Dafür kann ich mich höchstens in aller Form entschuldigen, aber ich habe keine Möglichkeit, die Information von dort direkt zu holen und das einzubringen. Ich glaube, es steht mir doch das Recht zu, hier einen Einzelantrag zu stellen und zu vertreten. Und ich glaube, dass die aufgeworfenen Fragen absolut berechtigt sind. Ich habe auch mit keinem Wort gesagt, dass diese Organisationen etwa nicht berechtigt wären oder ihre Aufgabe nicht erfüllen würden. Ich sagte nur, dass es nicht notwendig ist, dass man hier noch eine Subvention spricht; nur das habe ich gesagt.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich stelle als Präsident der Schweizerischen Krebsliga Herrn Theiler eine Frage: Wir übernehmen heute die Information und Beratung der Bevölkerung, weil das der Staat nicht macht. Wir übernehmen heutzutage die Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen, weil der Staat das nicht macht. Aber in einer modernen Gesellschaft werden diese Aufgaben immer grösser. Wenn wir schon fast alle Aufgaben des Staates übernehmen, wir das in der modernen Gesellschaft aber nicht mehr ganz schaffen, finden Sie dann nicht auch, dass es notwendig ist, dass uns der Staat mindestens ein bisschen hilft? Und wenn Sie das nicht finden: Warum nicht?

**Theiler** Georges (R, LU): Ja, Herr Cavalli, ich schätze die Arbeit, welche Sie dort leisten, doch sehr, und ich unterstütze sie auch. Das ist, finde ich, auch der richtige Weg; das ist die Eigenverantwortung, die man dort, wie ich meine, eben wahrnehmen muss. Sie erfüllen die Aufgabe ja bestens. Warum brauchen Sie dann noch zusätzliche Unterstützung?

**Goll** Christine (S, ZH): Sie haben es gehört: Herr Hassler ist der Vater dieser neuen gesetzlichen Bestimmung, die wir in der Kommission oppositionslos übernommen haben. Im Namen der SP-Fraktion möchte ich Ihnen beantragen, den Einzelantrag Theiler auf Streichung der Bestimmung abzulehnen.
Herr Theiler, Sie haben drei Begründungen aufgeführt, um darzulegen, weshalb Sie diese Kann-Formulierung im Gesetz, die in diesem Sinn die Information und Beratung der Versicherten gewährleisten soll, streichen wollen. Sie haben erstens gesagt, diese neue gesetzliche Bestimmung sei überflüssig. Ich muss Ihnen hier widersprechen, und ich widerspreche Ihnen hier vor allem auch als einem der Verantwortlichen. Sie haben sich hier als Lobbyist geoutet, indem Sie Ihre Interessenbindung aufgedeckt und gesagt haben, Sie seien im Verwaltungsrat eines grösseren Versicherers. Ich muss Ihnen sagen, dass die Krankenkassen ihre Informationspflicht eben gerade nicht wahrnehmen. In diesem Sinne kann überhaupt nicht davon gesprochen werden, dass Information und Beratung der Versicherten überflüssig seien, auch deshalb nicht, weil ich immer wieder die Erfahrung mache – nicht nur ich, sondern wir alle –, dass vor allem auch hier im Parlament heftigst lobbyiert wird. Es wird lobbyiert von Ihrer Seite, von den Krankenversicherern, von den Ärzten und Ärztinnen, von der Pharmalobby usw. Es gibt aber eine Gruppe, und zwar die hauptbetroffene Gruppe, die eben keine Lobby hat, und das sind die Versicherten. In diesem Sinne ist der Anspruch auf Information und Beratung gerechtfertigt.
Sie haben als Zweites gesagt, dass dieser neue Gesetzesartikel Rechtsunsicherheiten schaffe. Ich muss Ihnen sagen, Herr Theiler, dass ich nicht verstehe, was Sie meinen. Was wir heute in weiten Teilen der Bevölkerung haben, ist eine Unsicherheit, weil viele Leute zu wenig informiert sind. Ich stelle das immer wieder fest, z. B. erst kürzlich bei der Beratung meines Bekannten- und Familienkreises über einen Krankenkassenwechsel. Da herrscht bei vielen Leuten immer noch die Meinung vor, dass sie bei einem Krankenkassenwechsel nicht dieselben Leistungen in der Grundversicherung erhalten würden; insofern tut Information und Beratung also Not.
Zum dritten Argument, das Sie hier aufgeführt haben: Sie haben gesagt, die neue Bestimmung bedeute nur zusätzlichen Aufwand und Mehrkosten. Ich mache Sie darauf aufmerksam, Herr Theiler, dass dieser neue Gesetzesartikel eine Kann-Formulierung enthält, dass es ganz klar ist, dass der Bundesrat auch die Voraussetzungen für Finanzhilfen gewähren muss, und dass nur Dachorganisationen, die in der ganzen Schweiz aktiv sind, unterstützt werden sollen.
Ich bitte Sie deshalb, dieser nicht bestrittenen neuen Gesetzesbestimmung aus der SGK zuzustimmen.

**Le président** (Christen Yves, président): Die CVP-Fraktion lässt mitteilen, dass sie die Kommission unterstützt.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Je ne peux que vous rappeler que la commission a accepté cette proposition à l'unanimité, qu'elle précise que «le Conseil fédéral peut», et qu'elle répond aux gens qui ont été déçus du résultat du vote sur la proposition de minorité Borer à l'article 12a concernant la sélection des risques. Là, je crois qu'en mettant en place un Monsieur ou une Madame Assurance-maladie, en faisant plus d'information, on peut faire jouer mieux la concurrence.
C'est la raison pour laquelle les gens situés à droite de l'éventail politique ont accepté cela. Si on veut que le système fonctionne avec une réelle concurrence, il faut que les gens soient informés. Il s'agit de mettre l'huile dans les rouages, ce dont parlait Madame la Conseillère fédérale lors de l'entrée en matière.
Je vous propose de suivre l'unanimité de la commission et d'adopter cette proposition.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: J'avais l'intention de renoncer à prendre la parole, car cette proposition d'article 23a a été adoptée à l'unanimité par la commission. D'un côté, il est clair que l'attention que nous portons aux finances publiques nous inciterait plutôt à vous inviter à la rejeter. D'un autre côté, il s'agit au fond d'aider des organisations chargées de conseiller les assurés et les patients et de les assister. Il est vrai que les assurés se trouvent un peu face à une jungle et que ce type de conseil et d'assistance peut être tout à fait utile. C'était ça, je crois, la préoccupation qui a conduit la commission à prendre cette décision.
Comme je l'ai déjà dit, je n'avais pas l'intention d'ajouter mon grain de sel. Mais, M. Hess m'a demandé quel était le lien et éventuellement les synergies possibles existant avec la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Vous savez que cette fondation est également issue des travaux du Parlement; le principe de cette fondation a été adopté lors de la délibération finale sur la LAMal. Sa tâche englobe une partie de la prévention et, surtout, l'aspect très positif de la promotion de la santé, à savoir d'adopter des comportements qui, en eux-mêmes, promeuvent la bonne santé. Cette fondation, qui s'appelait à l'époque Fondation 19 en raison de l'article de la LAMal qui l'institue, joue donc un tout autre rôle que les organisations dont on parle à l'article 23a. Sa tâche n'est pas de conseiller directement les individus, mais de veiller à la diffusion de messages de santé publique et, en particulier, à la concrétisation de projets de santé publique – par exemple, de communes. Je ne vois donc pas là de synergies possibles, ni de concurrence entre les organisations de conseil et la fondation.
Puisque j'ai la parole, je peux dire qu'il y a une autre institution extrêmement utile qui a été créée par les assurances: c'est l'ombudsman des assurances-maladie, qui rend des services éminents en répondant à des questions, mais qui

## Zwölfte Sitzung – Douzième séance

**Mittwoch, 11. Dezember 2002**
**Mercredi, 11 décembre 2002**

*15.00 h*

---

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)

---

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 25 Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
*Bst. a*
*Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Hassler, Meyer Thérèse, Stahl, Triponez, Zäch)
....
3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;

*Bst. b*
*Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Minderheit*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fasel, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
b. .... verordneten Analysen und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;

*Bst. bbis*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit
*Minderheit*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fasel, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
bbis. die von Apothekern und Apothekerinnen abgegebenen Arzneimittel, welche die Wirkstoffe enthalten, die von Ärztinnen oder Ärzten oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren verordnet wurden; bei gleicher Eignung sind die preisgünstigsten Arzneimittel mit den verordneten Wirkstoffen abzugeben;

*Bst. e*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Bst. f*
f. den Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus (Art. 29);

*Bst. h*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit
*Minderheit*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fasel, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
h. die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von Arzneimitteln mit den nach Buchstabe bbis verordneten Wirkstoffen.

*Antrag Leuthard*
*Bst. a*
a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Spital durchgeführt werden von:
....
*Bst. abis*
abis. einen Beitrag an die Pflegeleistungen im Pflegeheim;

**Art. 25 al. 2**
*Proposition de la commission*
*Let. a*
*Majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Hassler, Meyer Thérèse, Stahl, Triponez, Zäch)
....
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou, dans les conditions définies par le Conseil fédéral, d'un chiropraticien;

*Let. b*
*Majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Minorité*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fasel, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
b. les analyses et les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits ....

*Let. bbis*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité
*Minorité*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fasel, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
bbis. les médicaments délivrés par un pharmacien et contenant les principes actifs qui ont été prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien; à effet et principe actif identiques, le pharmacien délivre le médicament le moins onéreux;

*Let. e*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Let. f*
f. le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);

*Let. h*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité

*Minorité*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fasel, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
h. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments contenant les principes actifs prescrits conformément à la lettre bbis.

*Proposition Leuthard*
*Let. a*
a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier par:
....
*Let. abis*
abis. une contribution aux soins dispensés en établissement médico-social;

*Bst. a, abis – Let. a, abis*

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Es geht bei Artikel 25 sicher nicht um das allergewichtigste Problem dieser KVG-Revision, aber gleichwohl um ein für die Patienten nicht unwichtiges Detail. Es geht nämlich um die Frage – dazu äussere ich mich ausschliesslich –, ob Chiropraktoren selbstständig Physiotherapie verordnen sollen oder nicht.
Ich darf kurz zurückblenden: Sie wissen, dass Chiropraktoren als einzige Berufsgruppe mit den Medizinern und Medizinerinnen als Erstversorger und selbstständige Medizinalpersonen auf gleicher Stufe sind. Sie können entsprechend eine Diagnose stellen und entsprechende Therapien verordnen. Patienten benötigen für eine chiropraktische Konsultation auch keine Überweisung. Seit 1965 ist die Chiropraktik Pflichtleistung in der Grundversicherung.
Vor der Revision des Gesetzes im Jahre 1994 war es auch so, dass die Chiropraktoren Physiotherapie in der Tat direkt verordnen konnten, die Patienten dann also direkt zum Physiotherapeuten gehen konnten. Im neuen KVG hat man dies geändert, aus eigentlich nicht ganz nachvollziehbaren Gründen, und hat den Chiropraktoren diese Möglichkeit genommen. Nach dem neuen KVG können sie also nicht mehr direkt Physiotherapie verordnen.
Was heisst das? Wenn Sie bei einem Chiropraktoren als Patient oder Patientin eine solche Verordnung bekommen, dann müssen Sie noch zu einem Arzt gehen, der diese bestätigt, bevor Sie zum Physiotherapeuten in die Behandlung gehen können. Das heisst, es gibt Mehrfachkonsultationen für die zusätzlichen Leistungen.
Es ist heute unstrittig, dass Chiropraktoren in diesem Bereich, im Bereich des Bewegungsapparates, die Qualifikationen für Diagnose und Behandlung haben. Deshalb sollten wir dieses Detail ändern und wieder auf die vor der letzten Revision gemachten Vorschläge und herrschende Praxis zurückkommen.
Ich möchte etwas ganz deutlich betonen. Wir werden sicher nachher hören, das sei ein Präjudiz. Ich möchte klar betonen, dass es kein Präjudiz ist, da die Chiropraktoren die einzige Berufsgruppe sind, die eine Diagnose stellen darf. In diesem Sinne ist es kein Präjudiz für eine andere Berufsgruppe. Es ist damit auch keine Ausweitung. Sie werden nachher hören, es werde damit einer Ausweitung das Wort geredet. Wir wollen keine Ausweitungen im Leistungsbereich. Das ist klar; das soll hier auch nicht geschehen. Weder das Argument des Präjudizes noch das der Ausweitung kann angeführt werden, im Gegenteil: Ich glaube, es ist einsichtig – ohne auf Details von Kostenschätzungen eingehen zu wollen –, dass der direkte Weg über eine kompetente Verordnung vermutlich zumindest nicht teuerer wird. Er ist sicher kostenneutral. Ich möchte sogar annehmen, er ist etwas günstiger, weil es keine Zweitkonsultationen beim Arzt gibt – ganz abgesehen von der Erleichterung für die Patienten.
Ich möchte auch zuhanden der Departementschefin nochmals betonen – weil wir dies in der Kommission so intensiv diskutiert haben –, dass es den Vertretern und Vertreterinnen der Minderheit nur um die Physiotherapie geht. Wir wollen keine Ausweitung auf andere Leistungsbereiche. Es geht nur um die Frage – das können wir nicht ins Gesetz schreiben, aber später in die Verordnung –, ob die Chiropraktoren die Physiotherapie verschreiben und direkt umsetzen können sollen. Wir glauben, dass dieser Weg für die Patienten adäquater ist und dass diese Berufsgruppe auch entsprechend ausgebildet ist, um Physiotherapie richtig zu indizieren. Da letztlich Kostenargumente und Konvenienz der Patienten dafür sprechen, diese Situation zu korrigieren, bitten wir Sie, der Minderheit zuzustimmen. Ich betone noch einmal: Wenn der Antrag der Minderheit durchkommt, sind wir klar der Meinung, dass dieser so zu interpretieren ist, dass es hier um die direkte Verschreibung der Physiotherapie und um keine weitere Leistungsausweitung geht.

**Leuthard** Doris (C, AG): Ich möchte zuerst meine Interessenbindungen offen legen, wie das üblich ist: Ich bin im Mitgliederrat – nicht zu verwechseln mit dem Verwaltungsrat! – der CSS-Versicherungen und vertrete dort die Prämienzahlenden des Kantons Aargau. Ich bin im Vorstand eines Pflegeheims und eines Spitals.
Mit dem neuen KVG 1996 haben wir eingeführt, dass auch Leistungen in den Pflegeheimen und die Pflege zu Hause zu den zahlungspflichtigen Leistungen gehören. Bis dahin wurden Pflegeleistungen zu einem grossen Teil privat organisiert und auch finanziert. Das KVG hat uns mit der Ausdehnung der Versicherungsdeckung auf die Pflegeleistungen einen Kostenschub in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschert, aber die Lösung ist systematisch richtig. Heute werden rund 60 Prozent der Pflegekosten in den Pflegeheimen von den Krankenkassen bezahlt, und daran will ich nichts ändern.
Nun hat aber der Bundesrat auf dem Verordnungsweg diese Lösung abgeändert, indem neu sämtliche Pflegekosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen sollen. Damit fallen gemäss Santésuisse Kosten von jährlich rund 1,2 Milliarden Franken zulasten der Krankenkassen an, und das würde dazu führen, dass die Prämien damit um 10 Prozent zu erhöhen wären. Ich bin erstaunt, dass man dies einfach so hinnimmt und damit der Bevölkerung schon vorprogrammiert einen weiteren Prämienschub im nächsten Jahr zumutet.
Die Kommission hat offenbar den Bereich der Pflege andiskutiert und richtigerweise auch festgestellt, dass man dies grundsätzlich mit einer vertieften Analyse neu regeln muss. Leider fehlt uns das bis anhin, und es geht jetzt um die Frage, was in der Zwischenzeit, bis eine neue, klare und umfassende Lösung für den Pflegebereich gefunden wird, geschieht. Tatsache ist, dass die Kosten in der Pflege steigen und dass sich die Situation aufgrund der demographischen Entwicklung sicher noch verschärfen wird. Es ist eine Tatsache, dass Pflegebedürftigkeit an sich keine Krankheit ist, sondern eine Einschränkung der Funktionalität des Körpers oder des Geistes, etwas, das nicht nur betagte Menschen trifft, sondern auch Behinderte, Aidskranke, Drogensüchtige usw. Für all diese Pflegekosten die Krankenversicherung einzuspannen ist meines Erachtens unsozial und gefährdet den Generationenvertrag.
Ich bitte Sie deshalb, Folgendes zu berücksichtigen: Pflegebedürftig ist man auch, wenn man sich nicht mehr selbstständig anziehen oder das Essen nicht mehr ohne Hilfe einnehmen kann. Genau das sind aber Kosten, die nicht krankheitsbedingt sind und deshalb eigentlich nicht zulasten der Krankenkassen anfallen dürfen. Viele Pflegeheime sind mit dem heutigen Taxsystem zufrieden. Im Pflegeheim, in welchem ich tätig bin, schreiben wir schwarze Zahlen.
Zu bedenken ist auch, dass es ältere Menschen gibt, die finanziell abgesichert sind bzw. einen Teil der anfallenden Kosten durchaus selber tragen können. So hat etwa die Studie Leu belegt, dass die Altersklasse der über 79-Jährigen über weit mehr Vermögen verfügt als etwa die Altersklasse der 40- bis 49-Jährigen. Eine «Giesskanne» wäre somit ungerecht; sie würde diejenigen bereichern, die es gar nicht

nötig haben, und der Erbmasse dienen. Das kann ja kaum das Ziel unserer Sozialversicherungen sein.
Zu 10 Prämienprozenten mehr zulasten unserer Bevölkerung kann ich nicht Ja sagen. Das bisherige System, wonach die Krankenkassen einen Beitrag an die Pflegeheime zu bezahlen haben, hat sich bewährt, und es besteht kein Grund, dieses System ohne vertiefte Analyse jetzt zu ändern.
Ich beabsichtige mit meinem Antrag auf gar keine Weise die Aufhebung des Tarifschutzes und auch auf gar keine Weise eine Verringerung der bisherigen Beiträge. Dazu stehe ich, und dazu steht sicher auch meine Fraktion. Wenn wir aber eine Differenz schaffen, kann der Ständerat den ganzen Bereich der Pflege nochmals vertieft angehen und feststellen, was in der Zwischenzeit passiert, bis wir eine neue Lösung haben. Es liegt in unserer Verantwortung, langfristige Lösungen zu suchen und nicht jetzt diesen Prämienzuschlag von 10 Prozent in Kauf zu nehmen. Wie erklären Sie das nächstes Jahr den Wählerinnen und Wählern?
Ich bitte Sie daher, meinem Antrag zuzustimmen und diese Differenz zum Ständerat zu schaffen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): On a l'impression, dans votre intervention, Madame Leuthard, que vous mélangez les prestations de l'assurance-maladie, celles qui relèvent du prix de pension payé par les personnes et les coûts sociaux hôteliers tels qu'ils vont être définis de manière très rigoureuse dans une ordonnance qui accompagne la loi fédérale sur l'assurance-maladie et qui entrera en vigueur au 1er janvier 2003.
Ne craignez-vous pas, avec une proposition telle que la vôtre, et sans parler de la confusion des genres qui est faite, à mon avis, en tout cas dans votre argumentation, que nous risquons un rationnement des soins dans certains EMS? Ce sont des situations qui ont été dénoncées dans plusieurs cantons par des associations de résidents.

**Leuthard** Doris (C, AG): Wenn Ihre Argumentation stimmen würde, dann wäre es heute so. Es ist eine Tatsache, dass wir im Bereich der Pflege unterschiedliche Finanzierungssysteme haben: Wir haben die Ergänzungsleistungen, die IV, die Hilflosenentschädigungen sowie die Beteiligungen der Krankenkassen und der öffentlichen Hand. Es ist ein sehr komplexes System, das aber die Leistungen für die bedürftigen Menschen abdeckt. Daran will ich nichts ändern. Wir werden langfristig aber ein neues Konzept auf die Beine stellen müssen; das braucht eine vertiefte Analyse. Ich will, dass wir bei den heutigen Leistungen bleiben, beim heutigen Tarifschutz, mit Beiträgen, bis dieses neue Konzept vorliegt. Ich will aber nicht, dass die Krankenkassen in der Zwischenzeit sämtliche Pflegeleistungen bezahlen müssen. Dieser Prämienschub wäre nicht zu verkraften.

**Guisan** Yves (R, VD): Madame Leuthard, j'ai une observation analogue à celle de M. Rossini. Le coût de ces soins ne devrait pas du tout être à la charge des caisses-maladie. Probablement qu'il faudrait trouver une autre modalité de financement pour ce type de prise en charge. Seuls les traitements médicaux en bonne et due forme devraient être pris en charge par l'assurance-maladie.
En créant une divergence à ce sujet avec le Conseil des Etats, avec un délai de trois mois seulement pour traiter une question aussi trapue, on ne va pas être en mesure de régler le problème, qui devrait faire l'objet d'une évaluation plus en détail et figurer à l'ordre du jour de la troisième révision.

**Leuthard** Doris (C, AG): Ich rechne nicht damit, dass der Ständerat bereits mit der jetzigen Revision ein fixfertiges Konzept für den Pflegebereich ausfertigen und einbauen kann; da bin ich mit Ihnen einig. Aber es geht ja dann um die Frage: Was passiert in der Zwischenzeit? Bleiben wir betreffend Pflege beim heutigen System, oder riskieren wir jetzt, in der ganzen Zeit, bis ein neues Pflegekonzept da ist, die Leistungen hundertprozentig auf die Krankenkassen zu überwälzen? Mein Anliegen ist: Bleiben Sie beim jetzigen Tarifsystem; das ist bewährt, es hat sich auch betreffend die medizinischen Leistungen bewährt. Wir haben die Aufteilung auf medizinische Leistungen und Betreuungsleistungen; die Pflegeheime kommen damit gut zurecht. Zu einer langfristigen Lösung kommen wir dann, wenn mit der 3. KVG-Revision ein neues Konzept vorliegt, das sich dann umfassend mit dieser Frage beschäftigen kann.

**Le président** (Christen Yves, président): Je demanderai à tous les orateurs qui s'expriment sur la loi sur l'assurance-maladie d'être concis, y compris ceux qui posent des questions, car, vous êtes tous d'accord, nous voulons encore venir à bout de ce projet de loi pendant cette session.

**Zäch** Guido (C, AG): Eine Minderheit der Kommission will Chiropraktoren erlauben, unter vom Bundesrat festgesetzten Rahmenbedingungen selber Therapien zu verschreiben. Was wie eine Ausweitung der zugelassenen Leistungserbringer tönt, ist in Tat und Wahrheit eine Kosten sparende Rationalisierungsmassnahme. Konkret geht es – wie das bereits Herr Gutzwiller betont hat – um die Physiotherapie, die im Zusammenhang mit der Chiropraktik am häufigsten gleichzeitig angewandte Therapieform. Der Chiropraktor kann bereits heute nach Artikel 4 der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz Arzneimittel, Analysen und bildgebende Verfahren verordnen. Wenn er aber eine Physiotherapie verschreiben will, muss er den Patienten noch einmal zu einem Arzt schicken. Das ist ein kostentreibender Umweg. Es ist unsere Aufgabe, das KVG von solchen zu Leerläufen führenden Bestimmungen zu befreien.
Die Minderheit will Chiropraktoren mit ihrer Diagnosestellung ernst nehmen und ihnen auch die Kompetenz geben, Massnahmen zur notwendigen Therapie anzuordnen, ohne dass der Gang zu einem zusätzlichen Arzt nötig wird. Der Antrag ist im Ständerat nur knapp gescheitert, und auch die Versicherer anerkennen, dass es sich bei dieser Änderung nicht um eine versteckte Kostensteigerung handelt. Eine Minderheit der CVP-Fraktion will an der geltenden Regelung festhalten; allenfalls könne der Bundesrat die Physiotherapie in der Verordnung zulassen.
Zusammen mit der Mehrheit unserer Fraktion empfehle ich Ihnen, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen und den kostentreibenden Leerlauf zu beenden.

**Gross** Jost (S, TG): Sie haben es gemerkt: Wir sprechen jetzt eigentlich von zwei Problemen, nämlich von den Chiropraktoren und ihren Kompetenzen sowie von der zukünftigen Abgeltung der Pflege in der Grundversicherung. Ich äussere mich nur zum Antrag Leuthard, der die Pflegeabgeltung betrifft.
Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, diesen Antrag abzulehnen.
Die Frage, ob das KVG eine Vollkostendeckung der Pflege gewährleistet oder nicht, ist seit der Entstehung, seit dem Inkrafttreten des KVG eine Streitfrage. Es ist, Frau Leuthard, auch nicht so einfach. Sie sagen einfach, Pflegebedürftigkeit sei keine Krankheit, man müsste hier präzis zwischen der Grundpflege und der Behandlungspflege differenzieren. Es ist viel komplizierter, und die Kommission hat auch realisiert, dass die Fragestellung kompliziert ist.
Der Bundesrat hat ja nicht nichts gemacht: Er hat Maximalbeträge für die verschiedenen Pflegebedarfsstufen im Pflegeheim festgelegt. Das ist eine Kostenbegrenzung nach oben. Er hat das Gleiche in Bezug auf die Stundentarife der Spitex auch für die ambulante Pflege gemacht. Nun liegt eine Verordnung des Bundesrates über ein einheitliches, ein verbindliches Modell der Rechnungslegung vor, und hier befürchten die Versicherer aus gewissen Gründen eine wesentliche Kostensteigerung. Die Kommission nimmt dieses Problem sehr ernst. Sie hat deshalb unter anderem das Postulat «Bericht zu einem dual-fixen Modell» (02.3645) eingereicht, zur Prüfung der Frage einer dual-fixen Finanzierung der Pflege. Der Bundesrat hat uns zugesichert, dass wir die-

sen Problembereich schon sehr schnell anhand konkreter Vorschläge des Departementes regeln können. Schliesslich muss ich Frau Leuthard sagen, dass wir uns in der Kommission aufgrund von Anträgen von Frau Dormann mit sehr klarer Mehrheit dafür entschieden haben, diese Vorschläge des Bundesrates abzuwarten.

Wir haben und ich selber habe den Versicherern immer wieder gesagt: Wenn ihr nicht das Problem der Kostenträgerschaft und damit zusammenhängend das Problem des Tarifschutzes regelt, wenn ihr nur sagt, es werde seitens der Grundversicherer ein Pflegebeitrag zugesichert, aber nicht sagt, wer die andere Hälfte der Pflegekosten bezahlen muss – und hier hätten die Kantone in die Pflicht genommen werden müssen –, hängt die andere Hälfte und damit die ganze Finanzierung der Pflege völlig in der Luft.

Wir müssen den Versicherern auch sagen: Wir glauben, dass ein Kostenschub kommen wird, aber wir glauben nicht daran, dass dieser Schub von mehr als 1 Milliarde Franken schon im Jahr 2003 kommen wird. Es müssen alle Tarife angepasst werden, und es bestehen auch nach wie vor die bundesrätlichen Verordnungsbestimmungen mit den Maximaltarifen; diese sind nicht aufgehoben. Das wird sich verzögern, und deshalb warne ich namens der SP-Fraktion davor, hier einen Schnellschuss zu machen.

Ich muss Ihnen einfach sagen: Wenn Sie nur den Pflegebeitrag im Gesetz festlegen, gefährden Sie die Finanzierung der Pflegeaufenthalte zahlreicher Betagter, und Sie gefährden auch das finanzielle Überleben von sehr vielen Pflegeeinrichtungen. Denn heute ist es doch so, dass Sie aufgrund der geltenden Pflegetarife in den Heimen – alles zusammengerechnet – Kostenansätze von 5000 bis 8000 Franken pro Monat haben. Das gibt selbst für Leute aus dem Mittelstand eine ganz erhebliche Differenz von ungedeckten Pflegekosten, auch wenn Sie die Hilflosenentschädigungen und Ergänzungsleistungen einbeziehen. Wir sollten das den betagten Menschen in unserem Land nicht antun, in einem Schnellschuss etwas zu beschliessen, nur um eine Differenz zum Ständerat zu schaffen. Vielmehr sollten wir wirklich seriöse Vorschläge des Bundesrates bzw. des Departementes auf dem Tisch haben. Wir zählen darauf, dass diese sehr schnell vorliegen werden.

Ich möchte noch darauf hinweisen, dass sich der Spitex-Verband Schweiz und der Heimverband Schweiz sehr klar gegen diesen Antrag ausgesprochen haben. Ich glaube, wir sollten uns hier nicht unnötig eine Referendumsdrohung gegen diese Gesetzesrevision einhandeln.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Ich empfehle Ihnen zunächst, den Antrag der Minderheit Gutzwiller abzulehnen. Es ist selbstverständlich: Auch wir anerkennen die Arbeit der Chiropraktoren; sie ist eine wichtige Ergänzung zum medizinischen Angebot der Ärzte. Es kann auch durchaus sein, Herr Gutzwiller, dass sie durch die Anerkennung als selbstständige Leistungserbringer mit der Möglichkeit des Verschreibens aller Medikamente, mit Therapien oder radiologischen Abklärungen in gewissen Fällen einen zusätzlichen Arztbesuch ersparen können.

Aber es ist einfach so: Wir erweitern hier das Angebot. Es ist medizinisch nicht gerechtfertigt. Chiropraktor werden kann man ausschliesslich in den USA. Sie erlernen die Fähigkeit für Manipulationen an der Wirbelsäule; sie haben aber keine umfassende pharmazeutische Ausbildung, keine umfassende Ausbildung auf dem Gebiet der Diagnostik, auch nicht auf dem Gebiet der Analyse, welche über ihr eigenes Tätigkeitsfeld hinausreicht. Auf ihrem Gebiet sind sie vollständig anerkannt und geschätzt, und so soll es auch bleiben. Es würde ein Präjudiz für andere Berufsgruppen schaffen; wir können sie nicht den Ärzten gleichstellen. Genauso gerechtfertigt wäre es eigentlich, die Osteopathen oder die nichtmedizinischen Psychotherapeuten den Chiropraktoren im KVG gleichzustellen. Aber man will ja hier bewusst eine Ausweitung vermeiden. Wenn wir nicht nur Schlagworte in die Welt setzen wollen, sondern die Kosten durch das KVG auch wirklich bremsen wollen, dann können wir uns solche Erweiterungen des Angebotes einfach nicht leisten. Ich bitte Sie, hier konsequent zu sein, der Mehrheit zuzustimmen und den Antrag der Minderheit Gutzwiller abzulehnen.

Nun zum Antrag Leuthard: Hier kann ich nur im persönlichen Rahmen sprechen. Wir hatten zwar einen Antrag der Santésuisse, der noch etwas weiter ging; sie wollte nämlich die Solidarität mit der Spitex auch noch herausbrechen. Wir haben das abgelehnt.

Ich spreche aber hier als Zentralpräsidentin des Heimverbandes. Das ist ein sehr heikles Gebiet, diese Pflegeleistungen. Wir haben im Rahmen der Krankenversicherung die chronisch kranken Leute ganz bewusst mit einbezogen. Hätten wir das damals nicht gemacht – das sage ich Ihnen –, wäre diese Krankenversicherung nicht durchgekommen. Wir wussten, dass das nicht gratis ist und dass weiterhin nur Leistungen, die ärztlich verordnet sind, mit einbezogen werden. Es geht nicht um eine Hotellerieversicherung, aber wir müssen den Menschen diese Leistungen garantieren. Diese ärztlichen Leistungen müssen unabhängig davon, wo sie erbracht werden – im Spital, zuhause oder in den Heimen –, bezahlt werden. Sie werden in den Heimen in verschiedenen Erfassungssystemen erfasst, nach vier verschiedenen Pflegebedürfnissen angepackt.

Um Ihnen eine kleine Übersicht zu geben: Es handelt sich um einen kleinen Teil unserer Bevölkerung; wir haben 4 Prozent der über 65-Jährigen, die in den Heimen sind. Es sind bei den über 85-Jährigen nur 25 Prozent unserer Bevölkerung. Heute geht man erst dann in ein Heim, wenn man wirklich zuhause den Alltag überhaupt nicht mehr mit den angebotenen Diensten der Spitex, z. B. des Mahlzeitendienstes, organisieren kann.

Ein Heim kostet im Durchschnitt 8000 Franken, und das ist kein teures. Die Krankenversicherung bezahlt nicht einmal die Hälfte. Es ist nicht so, dass wir in den Schwerstpflegeheimen die reichen Alten haben, wie das Frau Leuthard angetönt hat. Wir haben in über der Hälfte der Fälle Leute mit Ergänzungsleistungen. Es ist ein Problem; das stimmt. Aber wir müssen die Diskussion breiter führen. Wir müssen die Diskussion führen, wieweit die Pflege gerechtfertigt ist und wer bezahlt, wenn die Krankenversicherung aussteigt. Heute haben Leute, die im Alter noch unnötige Operationen haben, ihre Leistungen garantiert. Aber wenn jemand im Heim gepflegt werden muss, dann nicht.

Ich bitte Sie, den Antrag Leuthard abzulehnen. Diese Probleme kann man nicht im Rahmen eines Differenzbereinigungsverfahrens lösen.

**Hassler** Hansjörg (V, GR): Ich spreche zur Minderheit Gutzwiller; Kollege Bortoluzzi wird sich noch zum Antrag Leuthard äussern.

Die SVP-Fraktion unterstützt mehrheitlich den Antrag der Minderheit Gutzwiller. Chiropraktoren sind spezialisiert auf Beschwerden des Bewegungsapparates, besonders der Wirbelsäule. Sie diagnostizieren und praktizieren aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation als Erstversorger und als selbstständige Medizinalpersonen. Patienten benötigen für eine chiropraktische Konsultation keine Überweisung durch einen Arzt. Wir sind klar der Meinung, dass die Chiropraktoren das Fachwissen und die Qualifikation haben, physiotherapeutische Leistungen zu verschreiben, ohne dass zusätzlich ein Arzt konsultiert werden muss, der die vom Chiropraktor verschriebene Physiotherapie bestätigen und formell verordnen muss.

Wir sind auch klar der Auffassung, dass der Minderheitsantrag nicht eine Mengenausweitung zur Folge hat; das Gegenteil wird der Fall sein. Teure Zusatzkonsultationen und längere Arbeitsunfähigkeiten und Absenzen am Arbeitsplatz fallen weg. Die Chiropraktoren erzielen bei einer Zustimmung zur Minderheit auch keinen finanziellen Vorteil. Eine qualitativ hochwertige Betreuung der Patientinnen und Patienten ist auch mit dem Antrag der Minderheit gewährleistet; wir sind aber überzeugt, dass gleichzeitig unnötige Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können. Der An-

trag der Minderheit ermöglicht einfache und vernünftige Abläufe in der Verordnung von Physiotherapien.
Stimmen Sie aus diesen Gründen der Minderheit Gutzwiller zu.

**Fasel** Hugo (G, FR): M. le président nous a demandé d'être concis, précis et surtout courts et brefs, je vais essayer de l'être.
Ein Teil der grünen Fraktion wird der Minderheit Gutzwiller zustimmen, weil sie ebenfalls findet, dass der Umweg über die Ärzte nicht unbedingt notwendig ist, um eine Physiotherapie zu verschreiben.
Was den Einzelantrag Leuthard betrifft, kann ich mich ebenfalls kurz halten. Ich fahre dort weiter, wo Frau Egerszegi aufgehört hat. Sie hat gesagt, dass heute die älteren Personen erst dann ins Pflegeheim gehen, wenn es zuhause wirklich nicht mehr geht. Aus den Erfahrungen aus meinem Umfeld kann ich das nur bestätigen. Wir müssen uns deshalb vor diesem Hintergrund auch die Frage stellen, ob damit auch nur ein Franken gespart ist, wenn die Krankenkassen sich hier zurückziehen. Denn was geschieht, wenn diese Leute dann nicht in Pflegeheime gehen, weil es für sie zu kostenintensiv wird? Sie werden praktisch alle in Spitälern landen. Dann kommen sie in eine Maschinerie von Anbietern und Leistungserbringern hinein. Ich kenne solche Leistungserbringer, die nur darauf warten, dass es so wird. Dann haben wir bestimmt vielfach höhere Kosten, als wenn wir es hier wie jetzt vorgesehen machen.
Es wurde gesagt, dass die Krankenkassen, die früher 60 Prozent übernahmen, aufgrund einer Verordnungsänderung künftig 100 Prozent übernehmen sollten. Da wäre ich froh, wenn Frau Bundesrätin das noch einmal klären würde; ich bin mir da nicht so ganz sicher, ob die Ausführungen von Frau Leuthard richtig waren. Aber ich denke, wir müssen auch klar und deutlich gegen diesen Antrag entscheiden, weil dies nur zu einer Fehlallokation führen würde. Die Leute würden noch weit mehr in die Spitäler verschoben, und das wäre dann auf keinen Fall kostengünstiger.
Ich bitte Sie daher namens der grünen Fraktion, diesen Antrag abzulehnen.

**Ruey** Claude (L, VD): Tout d'abord la minorité concernant les chiropraticiens à l'article 25 alinéa 2 lettre a chiffre 3. Le groupe libéral vous invite à soutenir la proposition de minorité Gutzwiller dans la mesure où ça simplifie les choses; il est clair qu'un chiropraticien peut ordonner de la physiothérapie, et par conséquent il faut éviter le double travail de passer par un médecin. Cela dit, Mme Egerszegi a craint que cela augmente le volume des prestations. Je ne le crois pas, puisque la minorité prévoit des conditions déterminées par le Conseil fédéral dans une ordonnance. Par conséquent, je vois mal le Conseil fédéral vouloir donner aux chiropraticiens la possibilité d'utiliser toute la pharmacopée sans limites, alors qu'il s'agit de cibler la compétence des chiropraticiens dans leur domaine. Mais si on veut précisément baisser les coûts, et avec les limites que je viens d'indiquer, je pense que d'éviter le passage par un médecin, c'est une économie.
Par conséquent, nous vous invitons à suivre la minorité Gutzwiller.
S'agissant de la proposition Leuthard à la lettre abis, Dieu sait si je comprends le problème qu'elle soulève et celui des coûts que représentent les soins en EMS. Mais précisément, ce n'est pas lié aux EMS, c'est lié à la pyramide des âges dans ce pays. Lors du débat d'entrée en matière, je faisais allusion à la «Tiroler Tageszeitung» qui parlait des personnes âgées en Autriche. C'est un problème des sociétés occidentales. Ce n'est pas en adoptant une mesure dont on ne connaît pas exactement la conséquence – on parle de «contribution»: quelle contribution, jusqu'à quel point et comment? – que l'on va régler le problème.
Au moment où l'on a adopté la LAMal, je rappelle qu'il y eut à l'époque, dans les débats qui ont eu lieu dans cette Assemblée, un «deal» qui consistait à dire: les assurances paient un peu moins pour les hôpitaux – hélas, on a vu ce que cela a donné –, les cantons interviennent plus dans les hôpitaux, et en revanche la prise en charge des soins dans les EMS est assurée par l'assurance-maladie de base.
Normalement et selon la loi, il devait y avoir une ordonnance réglementant la comptabilité analytique dans ce domaine. Malheureusement les choses ont traîné, n'ont pas pu être adaptées. Cela a conduit dans certains cantons – j'en ai été témoin et acteur dans le canton de Vaud – à ce que l'on ne puisse pas déterminer exactement ce qui est la part de soins de ce qui est la part de socio-hôtelier. Cela a donné lieu à des décisions discutables et discutées quant à la répartition des coûts.
Le résultat, c'est que, l'assureur-maladie n'ayant pas toujours pris en charge les soins à proprement parler, on a reporté la part des frais qui en partie étaient médicaux sur le socio-hôtelier, sur le patient et le client. Et qui est victime de cette situation? Les classes moyennes de la population. Parce que les gens les plus pauvres de la société et la classe moyenne inférieure sont de toute manière entièrement pris en charge par l'aide cantonale. En revanche, les classes moyennes doivent, elles, payer beaucoup plus fortement les choses, et ça ne conduit pas à de bons résultats.
Tout en comprenant l'intention de Mme Leuthard, il me paraît que ce n'est pas par sa proposition que l'on résoudra le problème. Il convient d'en rester pour l'instant au texte actuel, tout en recherchant des solutions par les voies de la comptabilité analytique dont je parlais et par le meilleur contrôle quant à la nécessité des soins, dont parlait Mme Egerszegi. A défaut de cela, on touchera de manière frontale les classes moyennes de la population, ce que nous ne voulons pas, parce que ce sont déjà elles qui sont touchées de manière frontale par les hausses de prime.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Ich möchte mich nur kurz zum Einzelantrag Leuthard äussern, weil er in dieser Form in der Kommission nicht zur Diskussion stand. Es geht um die Langzeitpflege. Dieser ganze Komplex hat ja seit Inkraftsetzung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 eine Verschiebung gegenüber den früheren Jahren erfahren. Es hat eine finanzielle Entlastung der Kantone und Gemeinden stattgefunden, und die Prämien wurden durch diese Verschiebung in Milliardenhöhe neu belastet. Das ist tatsächlich ein Problem. Der Bundesrat ist an sich aufzufordern, mit seinen Verordnungskorrekturen nicht noch dafür besorgt zu sein, dass durch solche Verschiebungen in Zukunft weitere Prämienbelastungen stattfinden.
Frau Leuthard will nun die Anerkennung dieser Pflegeleistung als allgemeine Leistung der Versicherung schmälern. Das Problem ist, dass Sie mit Ihrem Antrag eine Lücke hinterlassen, eine Lükke, die Sie nicht schliessen, sondern Sie belassen diese Lücke. Das scheint mir sozialpolitisch problematisch und in dieser Form nicht haltbar zu sein, denn es betrifft einen für die Bevölkerung sehr sensiblen Bereich. Eine so wichtige Frage wäre fast eine Revision für sich allein wert. Es ist übrigens eine der ganz grossen Herausforderungen für die Zukunft, diese Langzeitpflegeprobleme zu lösen, und es ist nötig, diesen Komplex mit einem neuen Konzept anzugehen. Ich stelle fest, dass hier eigentlich Einigkeit darüber besteht, dass das geschehen muss. Der Bundesrat hat diese Arbeit mit der Einsetzung einer Arbeitsgruppe ja aufgenommen, und es ist zu hoffen, dass das Ganze schnell zu Ende gebracht wird, damit dann das Problem in einer separaten Revision bearbeitet werden kann.
Man kann, um eine Differenz zu schaffen, dem Antrag Leuthard zustimmen, aber ich denke, es wäre auch sinnvoll, wenn wir diese Gesetzesrevision möglichst schnell zu Ende führen könnten, denn sie hat Elemente, die darauf abzielen, die Prämienentwicklung zu stoppen. Es wäre also wichtig, dafür besorgt zu sein, dass diese Revision möglichst schnell beendet werden kann.
In diesem Sinne bitte ich Sie, den Antrag Leuthard abzulehnen.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Ich möchte mich nicht mehr zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a äussern. Ich teile Ihnen lediglich mit, dass die Kommission den Minderheitsantrag Gutzwiller mit 11 zu 6 Stimmen bei 4 Enthaltungen abgelehnt hat.
Kurz zum Antrag Leuthard: Frau Leuthard, der Antrag bewirkt eine völlige Umkehr des Systems, auch wenn Sie das nicht wollen. Er bewirkt eben gerade eine Aufhebung des Tarifschutzes; das wollen und dürfen wir aus sozialpolitischen Gründen nicht machen. Wir haben uns nicht einfach darüber hinweggesetzt. Es wurde erwähnt: Der Antrag Dormann bestand darin, dass man, weil man sich der Probleme im Bereich der Pflege, der Kostenentwicklung und der stärkeren Belastung der Prämien bewusst ist, rasch eine Lösung suchen wollte. Raschheit heisst aber nicht, dass man ein Problem einfach über das Knie brechen und einen Beschluss fassen kann, der gerade etwas bewirkt, das man nicht will.
Es muss eine Regelung getroffen werden. Der Bundesrat ist daran, eine Lösung zu suchen. Wie gesagt: Die Auswirkungen der Leistungsverordnung werden sich nicht in diesem Jahr voll entfalten; das hoffen wir zumindest. Wir müssen im nächsten Jahr eine Regelung für diese Kostenübernahme finden. Es darf aber nicht einfach ein Tarifschutz aufgehoben werden, ohne dass gesagt wird, wer diese offenen Kosten letztendlich übernehmen muss, seien es die Gemeinden, die Kantone oder die einzelnen Pflegepatienten in den Heimen. Das ist völlig offen. Dazu kommt noch, dass im Rahmen des Finanz- und Lastenausgleiches eine Regelung getroffen werden soll, bei der Kompetenzen und Bezahlung wieder unter einen Hut gebracht werden sollen.
Ich beantrage Ihnen daher, den Antrag Leuthard abzulehnen. Die Kommission hat zwar keinen entsprechenden Beschluss gefasst; wir haben aber einstimmig beschlossen, dass wir den Pflegebereich nicht mehr in diese Revision aufnehmen können, weil die Grundlagen nicht gegeben sind.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: La position du Conseil fédéral en ce qui concerne la proposition de minorité Gutzwiller est la suivante: il l'a combattue en commission sans passion. Ce n'est pas quelque chose qui va changer la face du monde, mais le Conseil fédéral considère, comme l'a fort bien dit Mme Egerszegi, qu'il faudrait garder le rôle central du médecin dans les décisions déléguées. Le Conseil fédéral pense donc que la majorité a raison.
Il est très difficile de dire si en pratique une telle proposition entraînera une économie ou occasionnera un coût supplémentaire. Je suis reconnaissante de toute façon à M. Gutzwiller d'avoir bien précisé qu'il ne s'agissait, pour lui – ça serait important au cas où vous le suivriez – que des prestations de physiothérapie, et de rien d'autre. Cela devrait aussi inspirer le Conseil fédéral au cas où il aurait à réglementer cette matière. Mais je crois qu'il vaut mieux s'en tenir à l'idée que le médecin, qui a une formation beaucoup plus générale, est l'élément central du système.
En ce qui concerne la proposition Leuthard, là aussi, tout a été dit. C'est une rupture avec le principe de base de la LAMal que l'on appelle la protection tarifaire, qui veut que tous les actes médicalement nécessaires, quelle que soit la situation de la personne, soient pris en charge par la LAMal. Une telle rupture pour régler un problème qui ne se pose pas dans l'immédiat, mais qui pourrait se poser à l'avenir avec la clarification des coûts réels et de la transparence des coûts, aussi dans les EMS, est extrêmement imprudente. C'est le début de la destruction d'un édifice si l'on ne s'en tient pas au principe selon lequel ce qui est médicalement nécessaire doit être pris en charge.
Mme Leuthard part aussi d'un certain nombre de présupposés qui m'apparaissent faux.
1. Les estimations qu'elle fait de l'augmentation des coûts ne sont pas fondées. Nous n'avons pas d'éléments qui confirment cette position, et c'est justement maintenant que nous allons peu à peu pouvoir éclairer la «black box» que sont également les EMS en matière de coûts. Cela nous permettra d'aller de l'avant.
2. Nous avons une ordonnance sur l'assurance-maladie. Si besoin est – nous y travaillons actuellement –, nous pouvons, dans cette ordonnance, préciser davantage le catalogue des soins médicaux. C'est une possibilité que le Conseil fédéral examine actuellement. Pour une modification législative d'une telle portée, il faut que nous ayons les informations dont je viens de parler, et que nous puissions alors prendre des décisions en toute connaissance de cause.
3. Vous ne voulez pas maintenir le système tel qu'il est. Le système actuel couvre, pour toute une série de prises en charge, l'ensemble des coûts des soins. Il ne s'agit pas seulement d'une contribution. La question se pose, pour les cas les plus lourds, de savoir si le tarif que nous avons fixé couvre uniquement cette prise en charge médicale, ou médicalement induite, et non pas l'hôtellerie et les prestations «sociales» offertes par l'EMS.
La question se pose de savoir comment on peut couvrir ces soins, et surtout les mettre en évidence. Il est faux de dire que nous couvrons tant ou tant de pour cent. Pour certaines catégories, l'assurance obligatoire des soins couvre le 100 pour cent; pour d'autres, on peut douter, en l'état, qu'elle couvre le 100 pour cent. Mais nous devons connaître le 100 pour cent avant de porter un jugement à cet égard.
La proposition Leuthard fait partie des réflexions que nous poursuivons en prévision de la troisième révision de la LAMal; mais elle paraît aujourd'hui totalement prématurée, cela a été dit à cette tribune. Prématurée parce qu'il s'agit de savoir comment répartir les dépenses. Alors, si les coûts ne sont pas pris en charge en application de la LAMal, qui donc les prendra en charge? Le canton? la personne? les prestations complémentaires? On n'en sait rien!
N'ouvrons pas une brèche dans ce domaine car, comme l'a dit M. Ruey, toutes nos sociétés contemporaines sont confrontées à ce phénomène; ne déchirons pas un filet qui actuellement retient tout avant de savoir exactement comment définir ces soins, si le besoin s'en fait sentir, et comment répartir les charges, si celles-ci ne doivent pas toutes être prises en charge par la LAMal. Il faut voir les choses dans l'optique de la nouvelle péréquation financière, des charges que cela représente pour les cantons. Il faut tenir compte du fait que si quelqu'un ne peut pas être placé dans un EMS pour des questions financières, il risque d'être placé dans un hôpital, ce qui coûtera beaucoup plus cher; ou il sera maintenu à son domicile avec une prise en charge beaucoup plus lourde et plus coûteuse que celle qui lui serait garantie dans l'EMS.
La somme de problèmes décrits montre que cette proposition est pour le moins prématurée; il serait donc très imprudent de voter en faveur de la proposition Leuthard.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3190)
Für den Antrag der Mehrheit .... 106 Stimmen
Für den Antrag Leuthard .... 45 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 125 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 13 Stimmen

*Bst. b, bbis, h – Let. b, bbis, h*

**Goll** Christine (S, ZH): Wir sind zwar immer noch bei Artikel 25; unser Minderheitsantrag betrifft aber ein ganz anderes Thema, und zwar das Thema Medikamentenpreise. Es ist für Sie alle kein Geheimnis, dass wir im Bereich der Medikamente in der sozialen Grundversicherung in den letzten Jahren das höchste Ausgabenwachstum hatten. Von daher ist es klar, dass im Bereich der Medikamentenpreise ein grosses Sparpotenzial vorhanden ist. Ich habe in der Eintretensdebatte von allen Seiten gehört, dass wir uns auch um die Kostenlenkung im Gesundheitswesen kümmern müssen. Es ist klar, dass wir mit einer Lösung, wie wir sie bei Artikel 25 vorschlagen, grosse Einsparungen erreichen könnten bzw. dass wir verhindern könnten, dass die Ausgaben im

Ref. 3190

**NATIONALRAT** — **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll — Namentliche Abstimmung / Vote nominatif — Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 25 al. 2 let a bis

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 15:51:35

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | + | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | * | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | * | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | = | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | = | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | * | G | LU |
| Bührer | o | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | = | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | * | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | = | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | = | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | = | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | * | R | NW |
| Estermann | = | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | + | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | + | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | * | V | ZH |
| Fehr Mario | + | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Föhn | = | V | SZ |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | o | V | GR |
| Galli | * | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | = | V | AG |
| Glasson | o | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | = | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | * | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Imfeld | = | C | OW |
| Imhof | = | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | + | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | = | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | = | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | = | C | AG |
| Loepfe | = | C | AI |
| Lustenberger | = | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | = | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | = | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | * | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | = | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | = | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | = | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | = | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | = | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | * | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | = | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | = | V | AG |
| Steinegger | + | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | * | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | * | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | = | C | SG |
| Walter Hansjörg | * | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | = | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | = | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 106 |
| nein / non / no | 45 |
| enth. / abst. / ast. | 3 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 45 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 10 | 8 | 6 | 25 | 44 | 4 | 8 | 1 |
| nein / non / no | 18 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 25 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 7 | 2 | 0 | 12 | 8 | 1 | 11 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la commission
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition Leuthard

Bereich der Medikamente weiterhin so anwachsen wie in den letzten Jahren.
Sie wissen vielleicht auch, dass die Schweiz im europäischen Vergleich den geringsten Anteil von Generika auf dem Medikamentenmarkt aufweist. So beträgt z. B. am Zürcher Universitätsspital der Generikaanteil weniger als 1 Prozent. Gesamthaft liegt der Marktanteil der Generika in der Schweiz bei rund 3 Prozent.
Was beantragen wir nun bei Artikel 25? In diesem Artikel wird definiert, für welche Leistungen die Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden sollen. In Absatz 2, um den es hier geht, werden diese Leistungen aufgezählt. In unserem Minderheitsantrag haben wir in Buchstabe b die Arzneimittel gestrichen; dafür haben wir die neuen Buchstaben bbis und h formuliert. Damit wollen wir zwei Dinge erreichen: In Zukunft soll von Ärzten und Ärztinnen nur noch die Substanz verschrieben werden; das ist in Buchstabe bbis formuliert, wo es klar heisst, dass die Kosten von Arzneimitteln übernommen werden, welche Apotheken abgeben, und zwar bezogen auf die Wirkstoffe, die von Ärzten oder Ärztinnen unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen verschrieben werden. Zusätzlich formulieren wir in diesem Buchstaben, dass bei gleicher Eignung – das ist der wichtige Zusatz – das kostengünstigste Arzneimittel abgegeben werden muss.
Wir erreichen mit diesem Antrag also zwei Dinge: Erstens sollen in Zukunft nur noch die Wirkstoffe verschrieben werden, und zweitens soll auf alle Fälle bei gleicher Eignung das preisgünstigste Medikament abgegeben und natürlich auch bezahlt werden. Wir erreichen damit, dass Ärzte und Ärztinnen weniger in Abhängigkeit geraten, das heisst sich weniger dem Diktat der Pharmalobby beugen müssen. Wir erreichen auch, dass Patientinnen und Patienten weiterhin das für sie geeignetste Medikament verschrieben erhalten, ohne Qualitätseinbussen, ohne Kostenfolgen für die Patientinnen und Patienten und ohne Einschränkung bei der Therapie durch Medikamente.
Unbestritten ist sicher bei uns allen, dass im Bereich der Arzneimitteltherapie hohe Wirtschaftlichkeitsreserven liegen, und ich möchte betonen, dass mit diesem Antrag die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte in keiner Weise beeinträchtigt wird. Das hat sicher auch dazu geführt, dass die Santésuisse mittlerweile unseren Minderheitsantrag unterstützt. Sie haben alle zu Beginn dieser Woche die Vorschläge von Santésuisse erhalten. Santésuisse empfiehlt Ihnen, diesem Antrag zuzustimmen, und begründet das folgendermassen: «Der Vorschlag der Minderheit ist geeignet, den Einfluss der Pharmaindustrie auf die Verschreibung der Ärzte zu mindern und die Generikaabgabe zu fördern.»
Ich möchte zum Schluss betonen, dass wir in der Schweiz mit einer solchen Praxis nicht alleine dastehen würden. Sämtliche europäischen Länder kennen bereits diese Praxis. Eine Gesetzesänderung hat z. B. kürzlich in Deutschland dazu geführt, dass durch ein solches Begrenzungsgesetz im Bereich der Arzneimittel Einsparungen von 1,3 Milliarden Euro erreicht werden konnten.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Auch hier empfehle ich Ihnen namens der FDP-Fraktion, die Mehrheit zu unterstützen.
Sie haben es gehört: Der Antrag der Minderheit Goll enthält zwei Komponenten. Einerseits fordert er, dass zwingend das preisgünstigste Medikament abgegeben wird; andererseits fordert er, dass nicht das geeignete Medikament, sondern der geeignete Wirkstoff verordnet wird. Die Forderung, dass das preisgünstigste Medikament abgegeben werden müsse, haben wir in letzter Zeit ausgiebig diskutiert. Sie erinnern sich: Die Denner-Initiative hatte das zum Thema. Die Bevölkerung hat mit einer satten Zweidrittelsmehrheit Nein dazu gesagt. Dass der Arzt die Substanz verschreibt, kommt zwar in andern Ländern vor, aber die pharmakologische Ausbildung in der Schweiz wäre hierfür noch nicht gerüstet. Es wäre ein Systemwechsel, den man breit diskutieren müsste. Der Arzt hat heute die Therapiefreiheit. Um Kosten zu sparen, haben wir den Apothekern das Recht gegeben, Generika zu verkaufen, und wir haben dies auch im Heilmittelgesetz verankert.
Ich bitte Sie aus diesen beiden Gründen, den Antrag der Minderheit Goll abzulehnen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich mache mich schon wieder unbeliebt bei meinen Kollegen – wie heute Morgen, als ich mit der Hotellerie die Chefärzte ausschliessen wollte –, indem ich sage, dass eine der positiven Wirkungen des Minderheitsantrages Goll wäre, dass die Universitäten den Ärzten etwas mehr über Pharmakologie und etwas mehr über die Wirkung von Arzneimitteln beibringen müssten. Leider ist es heute so, dass viele meiner Kollegen zwar den Namen von Medikamenten im Kopf haben, so wie man im Kopf den Namen von Zigaretten und Autos hat – das bekommt man von der Pharmalobby –, aber sie wissen häufig recht wenig über die Pharmakologie und über die Wirksamkeit der Medikamente.
Es stimmt, dass das Volk die Denner-Initiative verworfen hat, aber die Denner-Initiative war ganz anders. Dort hiess es nur, man müsse das preisgünstigste Medikament geben. Hier wird etwas ganz anderes verlangt. Man verordnet den Wirkstoff, und bei gleicher Eignung soll man das preisgünstigste Medikament nehmen. Was heisst «gleiche Eignung»? Das heisst gleiche pharmakologische Eigenschaften. Das heisst gleiche klinische Wirkungen. Das heisst gleiche therapeutische Resultate. Wenn wir also zehn Präparate haben, die den gleichen Wirkstoff haben und gleich geeignet sind, warum sollen wir dann nicht sagen, man müsse das preisgünstigste geben? Wenn wir das nicht tun, dann sollten wir aufhören, vom Sparen zu sprechen. Hier sind wirklich alle Bedingungen gegeben: Die Medikamente sind gleich; sie haben wissenschaftlich gesehen genau die gleiche Wirkung. Sie haben in klinischen Studien genau die gleichen therapeutischen Resultate erzielt. Der Apotheker soll aber das preisgünstigste geben. Ich finde, vernünftiger kann man nicht sein.
Deswegen rate ich Ihnen, den Antrag der Minderheit Goll anzunehmen.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Die SVP-Fraktion unterstützt die Mehrheit. Der Antrag der Minderheit Goll ist ein trügerischer Antrag und führt eindeutig zu einer Qualitätsminderung im Bereich der optimal wirtschaftlichen Therapieform. Zum wiederholten Mal – Frau Egerszegi hat es schon gesagt – versucht die Ratslinke diesen Vorschlag in die gesundheitspolitische Diskussion zu bringen: erfolglos. Denn es gibt eben immer noch die Einsicht, dass nicht das billigste Arzneimittel das beste ist, sondern dass es sich bei der Abgabe von Medikamenten und beim Verschreiben von Therapien um einen Prozess des Abwägens mit verschiedenen Faktoren handelt. Dabei ist der Faktor «billigst» nicht der einzige Faktor, sondern es sind die optimale Eignung für die betroffenen Patienten und die wirtschaftliche Leistung, die die optimale Verschreibungsqualität und Abgabequalität bestimmen. Ich muss ja nicht wiederholen, dass der generikafähige Markt, der immer wieder zitiert wird, nicht dem gesamten Medikamentenmarkt entspricht. Die Bemühungen, dort, wo es Sinn macht, ein Generikum abzugeben, sind stark gewachsen, und die neuesten Zahlen des letzten Quartals zeigen deutlich, dass diese Tendenz weiter zunimmt und noch zunehmen wird.
Erlauben Sie mir noch eine Bemerkung zum Vorschlag, dass in Zukunft Wirkstoffe anstelle von Produkten verordnet werden sollen. Diese Idee unterstützt die SVP-Fraktion im Grundsatz, fordert aber im gleichen Atemzug, dass diese Systemänderung besser und im Gesamtzusammenhang geplant wird. Die SVP-Fraktion wird dazu sicher Hand bieten. Wir bitten Sie jetzt aber, der Mehrheit zu folgen: Leider wurde es in der Endphase dieser Bereinigung verpasst, einen Antrag einzureichen, der eine massvolle Lösung gebracht hätte.
Aus diesem Grund muss ich Sie bitten, der Mehrheit zu folgen und den Antrag der Minderheit Goll abzulehnen.

**Fasel** Hugo (G, FR): Frau Egerszegi sagt, es fehle die pharmakologische Ausbildung. Das ist doch gerade ein Argument dafür, diesen Schritt zu machen, weil diese Verbesserung sonst ohnehin nie möglich wird. Es scheint, dass es nötig ist, über das Gesetz die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass wir das, was wir wollen, auch erreichen, nämlich eine genügende pharmakologische Ausbildung.
Zum Zweiten, zu Herrn Stahl. Herr Stahl hat gesagt, wir würden zum x-ten Mal das Anliegen, Generika zu verschreiben, einbringen. Das heisst noch lange nicht, dass wir in der Sache nicht Recht haben, Herr Stahl. Das zeigt beim Gesundheitswesen höchstens, dass wir gegen eine gewaltige Lobby ankämpfen, die mit Gesundheitspolitik nichts zu tun hat. Sie haben wahrscheinlich auch viele Zuschriften erhalten, wie wir alle. Die Chemie kämpft natürlich bis zum bitteren Ende gegen jede Möglichkeit, den Patientinnen und Patienten Generika, günstigere Produkte, abgeben zu können. Das ist der Hintergrund. Wenn wir es immer wieder versuchen, dann gerade deshalb, weil wir meinen, gegen das Abgeben von Generika könne man vom medizinischen Standpunkt her nicht antreten. Es gibt höchstens ökonomische Gründe, und die reibt uns die Chemie immer wieder unter die Nase. Sie will natürlich lieber die grosszügigen Preise der Standardprodukte einkassieren.
Herrn Stahl hätte ich auch noch gerne gesagt, als Drogist, aber auch für die Apotheker: Der Antrag wäre auch eine Berufsaufwertung. Das müsste man auch noch positiv ins Feld führen, dass der Beruf der Apothekerinnen und Apotheker durch diesen Antrag etwas aufgewertet würde.
Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit Goll zuzustimmen.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Kommissionsmehrheit ist der Meinung, dass der Antrag der Minderheit Goll mit einer verpflichtenden Formulierung, die preisgünstigsten Arzneimittel mit den verordneten Wirkstoffen abzugeben, einer Wiederaufnahme der Denner-Initiative und verschiedener vom Parlament abgelehnter Vorstösse gleichkommt. Dasselbe gilt bezüglich der Apotheken gemäss Litera h dieses Artikels. Diese haben heute bekanntlich die Möglichkeit, gemäss Artikel 52a Originalpräparate durch Generika zu ersetzen. Nur kann man sie nicht dazu verpflichten, auch nicht bei gleicher Eignung von Originalpräparat und Generikum, denn auch bei gleicher Eignung haben Originalpräparate und Generika bei den Patienten nicht immer dieselbe Wirkung; die Wirkungen sind individuell sehr unterschiedlich. Wir haben diese Diskussion bereits mehrmals geführt, vor kurzem auch im Rahmen des Vorstosses Sommaruga, der vom Parlament ebenfalls abgelehnt wurde.
Die Kommission beantragt Ihnen mit 13 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung, der Mehrheit zuzustimmen.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: La proposition de la minorité Goll, à l'article 25 alinéa lettre bbis, oblige le pharmacien à délivrer des médicaments génériques chaque fois que c'est possible. Je crois que c'est une piste intéressante à suivre pour faire des économies. Il s'agirait de prescrire des substances actives avec mandat pour le pharmacien de choisir le médicament le meilleur marché. Mais la majorité de la commission estime qu'ici, on touche à la liberté du patient d'accepter ou non un générique. On constate que dans la population, beaucoup de gens ne sont pas prêts à faire ce pas. On peut se demander aussi si on ne renonce pas à stimuler la recherche.
Je répète que le peuple s'est déjà prononcé négativement, le 4 mars 2001, sur l'initiative Denner («pour des médicaments à moindre prix»), qui n'était pas si différente que ce dont nous discutons. Et puis, il y a tout le problème de la formation. Je crois que cette idée a un temps d'avance. On peut dire qu'un jour peut-être ....
Mais, pour l'instant, la majorité vous prie de vous en tenir à la décision du Conseil des Etats et de rejeter la proposition de la minorité.
Il est envisageable naturellement que les assurances, dans le cadre de leurs contrats, tiennent compte de ce genre de variante. Ce serait une expérience intéressante.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Le Conseil fédéral se rallie à la proposition de la majorité à l'article 25 alinéa 2 lettres b, bbis et h, mais là aussi sans passion, car ce n'est pas une proposition qui est en mesure, je crois, de révolutionner le système.
Au fond, nous venons d'introduire un nouveau rôle du pharmacien. Avec la 1ère révision de la LAMal, nous l'avons véritablement reconnu comme prestataire de soins. Avec le nouveau tarif, nous avons enlevé les incitations à vendre de sa propre initiative ou sans discussion les médicaments les plus chers. Cela commence à porter ses fruits, je dirai qu'il n'y a pas de raison de passer la vitesse supérieure. C'est quelque chose qui peut être réservé pour une discussion approfondie dans le cadre de la 3e révision de la LAMal, comme l'ont dit aussi les rapporteurs.
Je trouve qu'il est plus important que les pharmaciens assument vraiment leur rôle en fonction de leurs connaissances et de leur formation, rôle qui consiste à modifier éventuellement la prescription du médecin en faveur d'un médicament équivalent et moins cher. Il faut aussi que les médecins renoncent impérativement à indiquer sur l'ordonnance à l'adresse du pharmacien qu'il n'y a pas de changement possible du médicament prescrit tout simplement parce qu'eux, peut-être, pourraient trouver un certain avantage dans la prescription d'un médicament plus cher. Laissons peut-être jouer ce système avant, comme je l'ai dit, de passer la vitesse supérieure. Mais nous allons certainement dans une direction qui consiste à vouloir encourager l'utilisation de génériques. Celle-ci est actuellement insuffisante dans notre pays.

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3156)
Für den Antrag der Minderheit .... 75 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 73 Stimmen

*Bst. e – Let. e*

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Im Namen der Kommission möchte ich nur zu Artikel 25 Absatz 2 Litera e Stellung nehmen; wir wurden aufgefordert, dies zu tun.
Wir führen hier den neuen Begriff des so genannten Basis-Service ein. In der Kommission entspann sich eine lange Diskussion um diesen vom Ständerat neu eingeführten Begriff, der jenen der allgemeinen Abteilung ersetzt. Die Änderung erfolgt aufgrund des Wechsels von der Institutsfinanzierung zur Leistungsfinanzierung und beinhaltet – dies möchten wir klar festhalten – keine materielle Änderung gegenüber dem heutigen Leistungsumfang. Es handelt sich per se um dieselben Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung, wie sie heute in der allgemeinen Abteilung eines Spitals erbracht werden. Hier können Sie den Bericht zur Hand nehmen, welcher der Kommission ausgeteilt wurde. Die Bezeichnung «Aufenthalt im Spital mit Basis-Service» umfasst alle von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgedeckten Leistungen bei einem Spitalaufenthalt: Hier regeln wir nur den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung und nicht den Bereich der Zusatzversicherung; die Abrechnung im Bereich der Zusatzversicherung kann weiterhin nach demselben System erfolgen, wie dies heute der Fall ist.
Noch ein Wort zu Artikel 25 Absatz 2 Litera f: Analog zum Ständerat verzichtet der Nationalrat auf die unklare Abgrenzung des Begriffes «teilstationär», die in der Praxis immer wieder zu zahlreichen Schwierigkeiten führte. Die Tarifierung erfolgte in den Betrieben und Kantonen sehr unterschiedlich. Aus diesem Grund kann auch nicht in Zahlen ausgedrückt werden, ob die Streichung des Begriffes «teilstationär» für die Kantone und Steuerzahler zu Mehrkosten führen wird.
Neu aufgenommen wurde die Leistungspflicht für Leistungen in einem Geburtshaus. Vielleicht ist auf der deutschsprachigen Fahne der Eindruck entstanden, es handle sich um einen Minderheits- oder Mehrheitsantrag, der bestritten

Ref. 3156

**NATIONALRAT** — **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll — Namentliche Abstimmung / Vote nominatif — Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 25 al. 2 let. b, b bis et h

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 16:13:40

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | * | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | * | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | * | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | * | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | = | C | GR |
| Donzé | = | E | BE |
| Dormann Rosemarie | = | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | o | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | = | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | * | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | * | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | = | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | * | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | = | C | BL |
| Janiak | * | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | * | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | * | C | FR |
| Leu | = | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | * | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | = | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | * | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | = | L | GE |
| Raggenbass | = | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | = | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | = | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | * | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | * | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | + | R | UR |
| Steiner | o | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | = | C | SG |
| Walter Hansjörg | * | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / sì | 73 |
| nein / non / no | 75 |
| enth. / abst. / ast. | 2 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 49 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 10 | 0 | 3 | 27 | 0 | 0 | 33 | 0 |
| nein / non / no | 13 | 9 | 2 | 1 | 44 | 5 | 0 | 1 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 12 | 1 | 0 | 12 | 8 | 0 | 12 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Goll

sei. Dem ist aber nicht so; die Leistungspflicht, welche die Aufnahme auch der Geburtskliniken in die Planung der Kantone bedingt, ist bei allen Mehrheits- und Minderheitsanträgen unbestritten. Entsprechend ist auch Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b anzupassen.

*Angenommen – Adopté*

*Bst. f – Let. f*
*Angenommen – Adopté*

**Art. 29 Abs. 2 Bst. b**
*Antrag der Kommission*
b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie ....

**Art. 29 al. 2 let. b**
*Proposition de la commission*
b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que ....

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35 Abs. 1, 1bis–1quinquies**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Abs. 1*
....
b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, die Bedingungen nach Artikel 43 Absatz 2 Buchstabe d erfüllen.
*Abs. 1bis–1quinquies*
Streichen

*Minderheit I*
(Widrig, Bortoluzzi, Gutzwiller, Stahl, Triponez)
*Abs. 1bis, 1ter*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 1quater*
.... Die Versorgungssicherheit muss nach den demographischen Verhältnissen, der Erreichbarkeit der Leistungserbringer sowie dem überkantonalen Angebot beurteilt werden.
*Abs. 1quinquies*
Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren in ihren Verträgen Mindeststandards bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätskontrolle im Sinne von Absatz 1bis Buchstabe b.

*Minderheit II*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 1*
....
b. im ambulanten Bereich der Allgemeinmedizin tätig sind;
c. wenn sie im spezialärztlichen und ambulanten Bereich tätig sind, einen Zulassungsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben; oder
d. einem anerkannten Hausarztmodell mit Budgetverantwortung gemäss Artikel 35a angeschlossen sind.
Der Bundesrat kann auf dem Verordnungsweg spezialärztliche Leistungen im Bereich der Allgemeinversorgung in den Geltungsbereich von Buchstabe b vorstehend aufnehmen.
*Abs. 1bis*
.... sind in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:
a. die medizinische Versorgung nach den bundesrechtlichen Bedarfskriterien für die allgemeine und spezialärztliche Medizin gemäss Verordnungsrecht (KVV) gewahrt ist;
b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58); der Bundesrat bestimmt die Mindestanforderungen durch Verordnungsrecht (KVV);
c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden.
*Abs. 1ter*
Macht ein Leistungserbringer ausserhalb eines Hausarztmodells geltend, dass die Versorgung im ambulanten Bereich ohne seine Zulassung unzureichend wäre, so kann er bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen.
*Abs. 1quater*
Der Bundesrat kann bei überdurchschnittlicher Mengen- und Kostenentwicklung bestimmte Diagnose- und Behandlungsmassnahmen oder bestimmte Arzneimittel nur für die Abgeltung im Rahmen anerkannter Hausarztmodelle (Art. 35a) freigeben.

*Antrag Meier-Schatz*
*Abs. 1*
Zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer bis zum 65. Altersjahr zugelassen, welche:
....

*Antrag Dunant*
*Abs. 1quinquies*
Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren in ihren Verträgen Mindeststandards bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätskontrolle im Sinne von Absatz 1bis Buchstabe b. Wird einem Leistungserbringer ein Vertragsabschluss verweigert, kann der Beschluss einer Kommission, zusammengesetzt aus je zwei Personen der Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons, zum abschliessenden Entscheid unterbreitet werden. Der Kommissionsvorsitz obliegt der Kantonsvertretung.

*Antrag Beck*
*Abs. 1bis*
....
a. die medizinische Versorgung gewahrt ist, insbesondere dadurch, dass die Versicherer vertragliche Beziehungen mit 90 Prozent der Leistungserbringer pflegen, die zudem geographisch und in Bezug auf die fachliche Spezialisierung gleichmässig verteilt sind;
....
*Abs. 1ter*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 1quater*
Die Kantone können Massnahmen festlegen, damit die Versorgung und die Wahlfreiheit im Vertragsverhältnis sichergestellt sind. Die Versorgungssicherheit .... (Fortsetzung gemäss Antrag der Minderheit I)
*Abs. 1quinquies*
Gemäss Antrag der Minderheit I

**Art. 35 al. 1, 1bis–1quinquies**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Al. 1*
....
b. pour autant qu'ils soient actifs dans le secteur ambulatoire, remplissent les conditions de l'article 43 alinéa 2 lettre d.
*Al. 1bis–1quinquies*
Biffer

*Minorité I*
(Widrig, Bortoluzzi, Gutzwiller, Stahl, Triponez)
*Al. 1bis, 1ter*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 1quater*
.... d'assurance. La garantie des soins doit être évaluée en fonction des conditions démographiques, des facilités d'accès des fournisseurs de soins et de l'offre supracantonale.
*Al. 1quinquies*
Les fournisseurs de soins et les assureurs conviennent, dans leurs contrats, de normes minimales relatives à la rentabilité et au contrôle de qualité concernant les dispositions de l'alinéa 1bis lettre b.

*Minorité II*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 1*
....
b. exercent en qualité de généraliste dans le secteur ambulatoire;
c. exercent en qualité de spécialiste dans le secteur ambulatoire et ont conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs;
d. sont affiliés à un modèle de médecin de famille agréé et se conforment à la discipline budgétaire définie à l'article 35a.
Le Conseil fédéral peut décider, par voie d'ordonnance, d'inclure dans le champ d'application de la lettre b des prestations de médecine spécialisée relevant du domaine de la couverture générale.
*Al. 1bis*
.... contractuels, à condition que:
a. la couverture en soins médicaux soit garantie conformément à l'ordonnance pertinente (OAMal) et selon les critères prévus par le droit fédéral pour les besoins de médecine générale et de spécialités;
b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58); le Conseil fédéral définit les exigences minimales par voie d'ordonnance (OAMal);
c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées.
*Al. 1ter*
Si un fournisseur de prestations fait valoir, en dehors d'un modèle de médecin de famille, que, sans son admission, la couverture dans le secteur ambulatoire serait insuffisante, il peut exiger auprès du gouvernement cantonal son admission au sens de l'article 35 alinéa 1er.
*Al. 1quater*
En cas de croissance des coûts ou des quantités supérieure à la moyenne, des mesures ayant trait au diagnostic et au traitement ainsi que certains médicaments peuvent être autorisées par le Conseil fédéral pour autant qu'il s'agisse de l'indemnisation dans le cadre des modèles de médecin de famille agréés (art. 35a).

*Proposition Meier-Schatz*
*Al. 1*
Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations n'ayant pas encore 65 ans révolus et qui:
....

*Proposition Dunant*
*Al. 1quinquies*
Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent dans leurs contrats de standards minimaux concernant le caractère économique et la garantie de la qualité visés à l'alinéa 1bis lettre b. Si un fournisseur de prestations se voit refuser la conclusion d'un contrat, il peut soumettre ce refus à une commission composée de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations et d'un représentant du canton concerné. Cette commission est présidée par le représentant du canton.

*Proposition Beck*
*Al. 1bis*
....
a. la couverture en soins médicaux soit garantie, en particulier par l'établissement de relations contactuelles des assureurs avec 90 pour cent des prestataires, équitablement répartis géographiquement et selon leurs spécialisations;
....
*Al. 1ter*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 1quater*
Les cantons peuvent déterminer les mesures correctives pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. La garantie .... (suite selon la proposition de la minorité I)
*Al. 1quinquies*
Selon la proposition de la minorité I

**Art. 42b**
*Antrag Guisan*
Die Leistungserbringer ergreifen die erforderlichen Massnahmen, damit medizinisch-technische Untersuchungen nicht unnötigerweise wiederholt werden. Praktische Untersuchungen, die ohne medizinische Indikation oder ohne eine Rechtfertigung durch besondere Umstände durchgeführt werden, dürfen nicht verrechnet werden. Der Bundesrat legt im Einvernehmen mit den Berufsorganisationen die Bedingungen fest.

**Art. 42b**
*Proposition Guisan*
Les fournisseurs de prestations prennent les mesures nécessaires pour éviter de répéter inutilement des examens médico-techniques. Les examens pratiqués sans qu'une indication médicale ou des circonstances particulières ne le justifient ne peuvent être facturés. Le Conseil fédéral fixe les conditions d'entente avec les organisations professionnelles.

**Art. 58 Abs. 1a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit
*Minderheit*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Gross Jost, Hollenstein, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Der Bund ist für die Verankerung und Durchsetzung von Qualitätsmodellen im Bereich grundversicherter Leistungen zuständig. Er setzt eine Fachkommission ein, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer, Ärztenetze, Versicherer, Patientenorganisationen und der Wissenschaft zusammensetzt. Die Fachkommission stellt beim zuständigen Departement Antrag auf Genehmigung solcher Qualitätsmodelle. Diese sind in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Die Zulassung zur Abgeltung grundversicherter Leistungen, auch im Rahmen von Hausarztmodellen (Art. 35a), wird von der Einhaltung solcher Qualitätsmodelle abhängig gemacht.

**Art. 58 al. 1a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité
*Minorité*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Gross Jost, Hollenstein, Rechsteiner-Basel, Rossini)
La Confédération est responsable de la mise en place et de la mise en oeuvre de modèles de qualité dans le domaine des prestations relevant de l'assurance de base. Elle nomme une commission spécialisée qui se compose de représentants des fournisseurs de prestations, de réseaux de médecins, d'assureurs, d'organisations de patients et du monde scientifique. La commission propose au département compétent l'approbation de ces modèles, qui sont à publier de manière appropriée. L'admission au remboursement de prestations couvertes par l'assurance de base, y compris dans le cadre des modèles relevant des médecins de famille (art. 35a), dépend du respect de ces modèles.

**Widrig** Hans Werner (C, SG): Das Hauptproblem bei der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung ist die Tatsache, dass immer mehr Leistungen angeboten und konsumiert werden – teils notwendige, teils unnötige, überflüssige Leistungen. Verantwortlich für die Mengenausweitung im

ambulanten Bereich sind hauptsächlich die Ärzte. Auf diesem Gebiet müssen die Krankenversicherungen Tag für Tag rund 2 Millionen Franken mehr ausgeben als am jeweiligen Vortag. Wenn wir nichts machen, nehmen die Mengen und damit die Kosten ungebremst zu – umso mehr, als der geltende Vertragszwang die Versicherer zwingt, praktisch sämtliche Leistungen aller Ärzte zu staatlich garantierten Tarifen abzugelten.

Nun, was ist zu tun? Staatliche Zulassungsbeschränkungen erlassen? Also bitte: Der momentan geltende Ärztestopp spricht für sich – er wurde schon Anfang 2002 unterlaufen. Eigentlich ist er ein Schlag ins Wasser. 2000 Gesuche, also so viele, wie sonst innert drei Jahren eingereicht werden, wurden innert weniger Wochen eingereicht. Staatliche Globalbudgets vorsehen? In Deutschland sind damit mehr Probleme geschaffen als gelöst worden, denn bestraft wurden Ärzte, die sich wirtschaftlich vernünftig verhalten haben. Wir sind zu Recht nicht darauf eingetreten. Das beste Mittel für einen Kostenstopp ist die Aufhebung des Vertragszwangs. Sie haben den Auftrag erteilt: Mit der Motion 00.3003 «Aufhebung des Kontrahierungszwanges», die Sie am 8. März 2000 überwiesen haben, haben Sie den Auftrag erteilt, der Bundesrat solle bei der nächsten Revision handeln. Der Ständerat hat die Motion am 15. März 2000 überwiesen. Damit wird zum einen in Gebieten mit Überversorgung die Zahl der Ärzte stabilisiert oder reduziert, zum andern wird aus dem Markt ausscheiden, wer unwirtschaftlich handelt oder missbräuchlich Rechnungen stellt.

Angst vor Willkür der Versicherer brauchen die Ärzte, die wirtschaftlich arbeiten, nicht zu haben. Es ist ja nicht so, dass Versicherer Ärzte selbstherrlich ausschliessen wollen; vielmehr werden sie gemeinsam mit Ärzten die Bedingungen für die Vertragsabschlüsse festlegen. Denn die Ärzte werden sich schon zu wehren wissen: Sie werden durch Zusammenschlüsse in Gruppen oder in Netzwerken als gleichwertige Partner auftreten. In meiner Region hat die Ärzteschaft dies bereits gemacht: Pizol Care heisst diese Gemeinschaft. Die Kommissionsminderheit und der Ständerat sehen diese Zusammenarbeit bei Fragen der Wirtschaftlichkeit, der Qualität in Artikel 35 Absatz 1quinquies explizit vor. Ich habe hier eine gegenüber der ständerätlichen Fassung verbesserte Formulierung eingebracht. Für die Versicherten bleiben die Leistungen garantiert, weil die Versorgungssicherheit im überkantonalen Angebot zu berücksichtigen ist; lesen Sie Artikel 1quater im Antrag der Minderheit.

Noch eine Schlussbemerkung zum Antrag der Kommissionsmehrheit: Ihr Antrag hat auf die Mengen- und Kostenentwicklung keinen Einfluss. Allenfalls trägt er etwas zur Qualitätssicherung bei, aber dazu brauchen wir keine neuen Bestimmungen; der Bundesrat müsste nur endlich die geltenden Artikel 56 KVG und 77 der Verordnung umsetzen. Die Mehrheit präsentiert uns kein griffiges Instrument gegen die Mengenentwicklung. Eine solche Revision hat beim Volk wenig Chancen bei einer allfälligen Volksabstimmung. Die Minderheit II ist für mich zu staatslastig. Eine Chance vor dem Souverän hat nur eine Vorlage, die das Mengen- und Kostenproblem im Grundsatz angeht, weshalb ich Sie bitte, dem Antrag der Minderheit I – es ist im Grundsatz leicht modifiziert die Variante des Ständerates – zuzustimmen.

**Gross** Jost (S, TG): Ich bitte Sie zu beachten, dass die von mir vertretene Minderheit II Artikel 35 und den neuen Artikel 35a umfasst, wo die Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung definiert werden.

Die SP-Fraktion sagt im Grundsatz Ja zur Einschränkung des Vertragszwangs, denn in keinem anderen europäischen Staat bedeutet gesundheitspolizeiliche Zulassung eines Leistungserbringers automatisch den Zugang zur Grundversicherung. Aber Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten dürfen nicht auf der Strecke bleiben. Das ständerätliche Modell – das muss ich Ihnen leider sagen – gibt alle Macht erstens den Versicherern. Das kann dazu führen, dass diese eine Entscheidungsmacht darüber erhalten, wer noch zur Grundversicherung zugelassen wird; sie bekommen fast eine Funktion als parastaatliche Organisation, die anstelle des Staates darüber entscheidet, wer noch zur Grundversicherung zugelassen ist oder nicht. Dieses Modell gibt zweitens auch den Kantonen sehr viel Macht, denn sie bestimmen nicht nur über die Spitalliste die stationären Leistungserbringer, sondern sie bestimmen gemäss ständerätlichem Modell über die Definition der Versorgungsdichte auch weitgehend das ambulante Angebot. Man kann hier sagen: Es ist ein Modell «Divide et impera» zwischen den Versicherern und den Kantonen.

Eine weitere Kritik: Das ständerätliche Modell muss ja Sonderfälle für Alterspatienten vorsehen, und diese Sonderfallbestimmung wird zu einer neuen, gigantischen Schreibtischbürokratie auf dem Tisch der Kantonsärzte führen. Wir haben dieses bürokratische Modell schon bei der Bewilligung der kantonsexternen Hospitalisierung und sollten nicht einem System zustimmen, das eine weitere solche Bürokratie initiiert.

Nun zum Modell Ärztenetze mit Budgetverantwortung als Zugangshürde zur Grundversicherung: Das ist das zukunftsweisende Modell; das wurde auch in der Kommission immer wieder gesagt. Aber man hat gesagt: Ihr kommt zu früh mit diesem Modell, wir müssen es zuerst austarieren, wir müssen es verfeinern. Aber ich denke, wir sollten jetzt den Mut haben, in diese Richtung zu gehen.

Warum? Weil es einen Kompromiss zwischen dem ständerätlichen Modell und dem Konzept der Kommissionsmehrheit darstellt; weil es das angedrohte Referendum der Ärzteorganisation sehr wahrscheinlich verhindert; weil es die Allgemeinmedizin und die Hausarztmedizin stärkt. Wir sollten dem zustimmen, weil es Hausarzt- und Managed-Care-Modelle der Leistungserbringer aufwertet, attraktiv macht, wenn und falls die Leistungserbringer Budgetverantwortung übernehmen. Budgetverantwortung heisst Verantwortung für die Mengen- und Kostenentwicklung mit der Konsequenz: Bei überdurchschnittlichen Kosten bewirkt sie automatisch sinkende Tarife.

Sodann bin ich für Zustimmung zu diesem Modell, weil es endlich von der untauglichen Nachfrage- zur wirksameren Angebotssteuerung übergeht, und zwar in einem ersten Schritt bei der teuren und kostentreibenden spezialärztlichen Medizin.

Hausarztmodelle sind nicht einfach Modelle der Leistungserbringer: Sie sind paritätische Modelle der Leistungserbringer und der Versicherer. Es sind Modelle der Selbstregulierung im Sinne einer Globalbudgetierung von unten nach oben statt von oben nach unten. Deshalb ist auch der Vorwurf an unsere Minderheit II – er wurde auch von Herrn Widrig erhoben –, das führe zu mehr Staatsmedizin, völlig falsch, denn der Bund hat in diesem Modell nur die Funktion, die Rahmenbedingungen zu definieren, nichts anderes. Alles andere ist Selbstregulierung der Leistungserbringer und der Versicherer.

Welche Anforderungen müssen Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung erfüllen? Sie erbringen sämtliche grundversicherten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Sie erfüllen die vom Bund gesetzten Bedarfs- und Qualitätskriterien. Sie wirken – das ist ganz wichtig – regional über die kantonalen Grenzen hinaus. Die Patienten, die Versicherten bekommen damit ein neues Wahlrecht, den Leistungserbringer auch über die kantonalen Grenzen hinaus zu bestimmen. Sie übernehmen Budgetverantwortung; das ist ein Muss in unserem Modell, d. h., bei überdurchschnittlichem Mengen- und Kostenwachstum sinken die Tarife.

Was werden Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung als Umsetzung der Einschränkung des Vertragszwanges bewirken? Sie bewirken, dass Allgemeinärzte grundsätzlich in der Grundversicherung zugelassen sind, Spezialärzte aber nur, wenn sie an ein Hausarztmodell angebunden sind. Sie bewirken einen starken wirtschaftlichen Anreiz zur flächendeckenden Bildung von Hausarztmodellen in der ganzen Schweiz, die auf faire Art miteinander konkurrieren und

gleichzeitig Kostenverantwortung übernehmen. Die Patienten schliesslich erhalten ein freies Arzt- und Spitalwahlrecht über die Kantonsgrenze hinaus.

**Guisan** Yves (R, VD): Monsieur Gross, j'aimerais vous poser la question suivante. Est-ce que vous réalisez que la médecine générale est en train de changer profondément, qu'elle est liée maintenant essentiellement à des conditions géographiques, à savoir qu'elle reste très active en périphérie et dans les campagnes, mais qu'elle se réduit dans les villes? que dans les villes, de plus en plus, en particulier dans les policliniques hospitalières, toutes ces questions courantes sont réglées le plus souvent par des infirmières ou même par des pharmaciens? que la médecine générale devient partagée avec l'activité d'un certain nombre de spécialistes et pas simplement les internistes ou les pédiatres? que les médecins généralistes ne sont plus ou pas des spécialistes de l'accompagnement en fin de vie, que ce genre de situations se présentent le plus généralement dans les institutions et dans les hôpitaux, donc qu'elles échappent aux généralistes? que les polycliniques chirurgicales également ont repris une bonne partie du travail du généraliste, en un mot, que tout ce modèle est en cours de complète restructuration, de réélaboration? que ça pose des problèmes de formation et que ça va poser des problèmes de prise en charge par la suite? Est-ce que vous ne croyez pas qu'en postulant le modèle de votre minorité, que vous venez de présenter à la tribune, vous êtes en train de cimenter dans la loi un système déjà dépassé?

**Gross** Jost (S, TG): Herr Guisan, wir haben an das Problem, das Sie hier aufwerfen, gedacht. Wir wissen, dass die Abgrenzung im Bereich der ambulanten Medizin zwischen Allgemeinärzten und Spezialärzten fliessend sein kann, dass es einen Grenzbereich gibt. Deshalb wollen wir in unserem Modell dem Bundesrat die Kompetenz geben, neben dem Allgemeinarzt auch spezialärztlichen Disziplinen ausnahmsweise den freien Zugang zur Grundversicherung zu erlauben. Es liegt in der bundesrätlichen Verordnungskompetenz, das festzulegen, beispielsweise im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir sind uns durchaus bewusst, dass es Kategorien von spezialärztlichen Diensten, von Ambulatorien gibt, die auf der Ebene der Allgemeinmedizin stehen und deshalb in unserem Modell auch gleich behandelt werden müssen.

**Meier-Schatz** Lucrezia (C, SG): Wir setzen uns hier mit der Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwanges auseinander und wissen, dass selbst nach einer allfälligen Aufhebung die allergrösste Mehrheit aller Leistungserbringer ihre Tätigkeit nach wie vor uneingeschränkt zulasten der Grundversicherung ausüben kann. Es ist mir durchaus bekannt, dass die steigenden Kosten im ambulanten Bereich nicht ausschliesslich auf die zunehmende Anbieterdichte zurückzuführen ist. Dennoch stelle ich fest, dass der Bundesrat via Notrecht dieses Jahr einen dreijährigen Ärztestopp eingeführt hat. Mit der Verordnung über die Leistungsbeschränkung vom 3. Juli 2002 hat der Bundesrat eine Massnahme getroffen, welche jüngere, mit moderneren Methoden vertraute Ärzte und Ärztinnen vom Markt fern halten. Gleichzeitig schützt der Bundesrat mit dieser Massnahme jene Ärzte, die seit Jahrzehnten praktizieren, und bietet diesen eine geschützte Position über das ordentliche Rentenalter hinaus an. Ich stelle die Qualität der medizinischen Versorgung dieser älteren Ärzte nicht infrage, denn die lebenslange Weiterbildung wird auch bei ihnen gross geschrieben. Dennoch widerspricht eine solche Massnahme dem Prinzip der Chancengleichheit zwischen den Generationen. Es ist meines Erachtens ein unfaires Regulierungsinstrument.
Daher erstaunt eigentlich, dass der Antrag des Bundesrates zu Artikel 35 von der Kommission nicht weiter geprüft wurde. Der Bundesrat beantragt, dass Ärzte, die das ordentliche Rentenalter erreicht haben, nur noch unter gewissen Voraussetzungen Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen können. Ich möchte mit meinem Antrag den Gedanken nochmals aufnehmen und vor allem jenen Leistungserbringern, die über 65 Jahre alt sind, den weiteren Zugang zum Sozialversicherungsbereich, welcher eine finanzielle Sicherheit bietet, verbieten. Es ist eigentlich nicht einzusehen, weshalb Privatanbieter anders behandelt werden als Spitalärzte. Für Letztere gilt das Rentenalter 65; für Erstere soll bis auf weiteres eine sichere Finanzierung ihrer Arbeit über den Sozialversicherungsbereich aufrechterhalten bleiben, obschon davon auch bei anderen Berufen nicht die Rede ist.
Ich erinnere nur kurz an die Debatte, die vor wenigen Wochen wegen dem Nobelpreisträger Wüthrich entstand. Es ist stossend, dass wir den älteren Ärzten eine Art Staatsgarantie für ihr Einkommen im Rentenalter sichern wollen und gleichzeitig gut ausgebildete Ärzte vom Markt fern halten. Da wir heute über keine Altersbegrenzung verfügen, erhöht jede Praxiseröffnung die Ärztedichte.
Im Wissen darum, dass jede neue Praxiseröffnung durchschnittlich 400 000 Franken Kosten verursacht, schlägt sich diese Ausweitung direkt bei den Prämienkosten nieder. Die Lösung der Mengenkontrolle, meine Damen und Herren der EVP, kann nicht mit der Einführung eines Numerus clausus gestaltet werden. Ich möchte in Erinnerung rufen, dass heute fast 10 Prozent aller Anbieter, d. h. der Ärzte und Ärztinnen, über 65 Jahre alt sind. Auch stellen wir fest, dass Spitalärzte nach der Pensionierung oft Privatpraxen eröffnen und somit ihre Tätigkeit auf Kosten der Grundversicherung fortsetzen. Schliesslich wissen wir auch, dass im Falle einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Umsetzung äusserst schwierig sein wird, denn die paritätischen Kommissionen müssen die Zulassungskriterien festlegen. Wir können hier zugunsten der jungen, sehr gut ausgebildeten Ärzte eine Regelung treffen, die ihnen den Marktzutritt erlaubt und vor allem ihre Chancen erhöht.
Ich bitte Sie daher, meinem Antrag zuzustimmen.

**Günter** Paul (S, BE): Ich gehöre zu den Ärzten, die sicher spätestens mit 65 Jahren aufhören werden; von daher habe ich nichts gegen Ihren Antrag. Aber sind Sie sich bewusst, dass die «alten» Ärzte die günstigen Ärzte sind, die mit den Medikamenten arbeiten, die sie noch von früher kennen und die nicht viel kosten? Sie sind es auch noch gewohnt, mehr auf die klinischen Befunde zu achten, als viele Laboruntersuchungen und andere technische Untersuchungen zu machen. Das heisst also mit anderen Worten: Ihr Vorschlag wird zu einer Erhöhung der Kosten führen, ich hoffe allerdings, auch zu einer Verbesserung der Leistung gegenüber den Patienten, auch wenn ich mir da nicht so sicher bin. Aber ganz sicher werden die Kosten mit dem Vorschlag, die alten Ärzte zu pensionieren, eher erhöht als gesenkt.

**Meier-Schatz** Lucrezia (C, SG): Ich danke Ihnen für Ihre Frage, Herr Günter. Es ist mir durchaus bewusst, dass ältere Ärzte kostengünstig arbeiten. Aber ich stelle dennoch fest, dass wir mit dem dreijährigen Ärztestopp jüngeren Ärzten verunmöglichen, eine Praxis zu eröffnen. Ich sehe nicht ein, weshalb wir älteren Personen, die eigentlich das Rentenalter erreicht haben, mit der Grundversicherung ein Einkommen sicherstellen.

**Dunant** Jean Henri (V, BS): Ich möchte Ihnen mit meinem Antrag beliebt machen, in Anlehnung an die Version des Ständerates den Antrag der Minderheit I (Widrig) durch zwei Sätze zu ergänzen. Als Mitglied der SGK hätte ich die Möglichkeit gehabt, meinen Antrag dort einzubringen. Ich war mir jedoch der Tragweite der Fragestellung zu jenem Zeitpunkt noch zu wenig bewusst und bitte deshalb um Verständnis, mindestens um Nachsicht, wenn ich den Antrag nun nachreiche.
Vieles spricht für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs als Mittel der Kosteneindämmung und der Qualitätssicherung. Die Aufhebung liegt in der logischen Linie der Liberalisierung. Man ersetze in der Diskussion jeweils die Begriffe

«Arzt» oder «Physiotherapeutin» z. B. durch «Malermeister» oder «Coiffeuse». Letztere kann mit einem Meisterdiplom auch nicht automatisch ein Recht auf Staatsaufträge beanspruchen.
Es ist davon auszugehen, dass die grosse Mehrheit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen die im neuen Gesetzesartikel geforderten Mindeststandards erfüllen werden. Für Leistungserbringer, denen der Vertragsabschluss verweigert wird, ist unbedingt eine Möglichkeit zum rechtlichen Gehör einzuräumen. Dazu soll in jedem Kanton eine Kommission, zusammengesetzt aus je zwei Vertretern des Verbandes der Versicherer und der Leistungserbringer und einer Vertretung des Kantons, eingesetzt werden. Dabei sind die Vertreter der Leistungserbringer jeweils aus dem Fachgebiet des rekurrierenden Leistungserbringers beizuziehen: Handelt es sich z. B. um eine Vertragsverweigerung gegenüber einem niedergelassenen Arzt, so sind in der Kommission zwei Vertreter aus der Ärzteschaft – als Leistungserbringer – beizuziehen; handelt es sich hingegen um ein Spital, so sollen die Vertreter aus dem Spitalbereich sein. Die Kommission entscheidet abschliessend.

**Beck** Serge (L, VD): Pendant que les partenaires, assureurs et prestataires de soins, se regardent en chiens de faïence, on a même envie de dire, parfois, sous l'oeil bienveillant des autorités politiques, les citoyens continuent à payer, à voir leurs charges au titre de l'assurance-maladie augmenter, et cela touche particulièrement, nous l'avons dit tout à l'heure, les gens de la classe moyenne.
Les coûts de la santé sont proportionnels à la densité des prestataires de soins. Je crois que cela a été démontré par de nombreuses statistiques à l'étranger ou dans notre pays. La garantie pour tout prestataire de voir l'ensemble de ses prestations payées, même si elles sont multipliées, on pourrait même dire surmultipliées, n'est ni judicieuse ni admissible. Cela conduit à des décisions malheureuses, comme celle du moratoire pour l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, ou comme celle que nous serions peut-être, par égarement, tentés de prendre si nous soutenions la proposition Meier-Schatz, toutes décisions qui visent à sélectionner les médecins ou les prestataires non pas en fonction de la qualité, mais en fonction de leur antériorité ou de leur âge, ce qui est, vous le reconnaîtrez, en termes objectifs, tout à fait déraisonnable, voire irrationnel.
Certes, il y a la procédure qui permet aux assureurs de dénoncer les prescriptions reconnues comme, à réitérées reprises, abusives, mais tout le monde le sait, ce sont de longues procédures qui prennent en général plusieurs années et qui ne sont que peu ou pas pratiquées en raison justement de leur complexité et de leur inefficacité.
Finalement, les médecins d'aujourd'hui sont les paysans d'hier, avec une garantie de prise en charge totale de leur production. Et il est extraordinaire que l'on ne puisse remettre en question ce principe de garantie pour le domaine médical, alors qu'on l'a remis en question, sans doute avec raison, dans le domaine de la production agricole.
Maîtriser les coûts passe par la suppression de l'obligation de contracter. Cet élément n'est pas le seul, et je crois qu'il serait totalement abusif de le prétendre, mais c'est un élément incontournable dans le faisceau de mesures qui sont à prendre pour la maîtrise des coûts de l'assurance-maladie. Il s'agit d'introduire des éléments de marché, donc de concurrence, pour maîtriser cette inflation des coûts. Les prescripteurs et prestataires doivent sentir la pression économique.
Là, j'aimerais décliner mes intérêts: je suis assuré dans le cadre de l'assurance-maladie et non membre d'organes, d'institutions, de caisses-maladie ou d'organisations de prestataires de soins.
Cette situation d'assuré et de patient potentiel me conduit à vous inviter à trouver une ouverture, une situation d'équilibre non seulement entre les intérêts divergents des médecins, caisses-maladie et corporations publiques, mais également entre les facettes de tous les habitants de ce pays qui sont à la fois patients, potentiels ou avérés, assurés et finalement contribuables. Cet équilibre passe donc par une solution qui ne donne pas les pleins pouvoirs aux caisses-maladie qui seraient alors fortement tentées de ne retenir que des critères d'économies plutôt que des critères d'économicité dans le choix des prestataires qu'elles choisissent d'honorer.
La solution que je vous propose à l'article 35 est celle d'une rupture, mais d'une rupture contrôlée, de l'obligation de contracter. Celle-ci ne serait donc plus absolue, mais viserait à contraindre les assureurs à contracter «avec 90 pour cent des prestataires, équitablement répartis géographiquement et selon leurs spécialisations» professionnelles (al. 1bis), l'alinéa 1quater prévoyant, lui, que les cantons seraient chargés du contrôle de ces exigences de répartition et de l'apport de mesures correctives.
Une telle ouverture contrôlée du marché des prestataires permettrait l'instauration d'une pression adéquate sur ceux-ci et la rupture simplifiée des relations contractuelles avec ceux que les caisses-maladie jugent défaillants en termes de qualité ou en termes d'abus de prestations. A l'inverse, les assureurs ne pourraient écraser financièrement les fournisseurs de prestations médicales, dans la mesure où ils resteraient tenus de contracter avec au minimum 90 pour cent des prestataires de soins.
Je crois que si nous ne prenons pas ce genre de mesures, nous allons dériver lentement vers la caisse unique, et que les prestataires de soins n'auront pas à se réjouir en voyant l'élimination des différentes caisses-maladie, mais à s'inquiéter, car au-delà de la caisse unique, ce qui sera mis en place, ce sera bel et bien la médecine étatisée; car lorsqu'elle sera réalisée, la caisse unique – caisse de droit public – n'hésitera pas à envoyer ses commissaires politiques ou plutôt sanitaires pour contrôler très strictement dans les cabinets quelle est la qualité des prestations. Ce ne sera qu'un premier pas vers la médecine d'Etat, et je crois que nous n'en voulons pas.
Je vous invite donc à soutenir ma proposition qui est une mesure équilibrée d'introduction d'éléments de marché dans les relations entre prestataires de soins et assureurs.

**Guisan** Yves (R, VD): La carte d'assuré selon l'article 42a – à terme, le dossier électronique – a encore un long chemin devant elle avant de devenir véritablement opérationnelle pour permettre cette rationalisation de la prise en charge que nous souhaitons favoriser par ce moyen. Dans un premier temps, elle aura essentiellement un effet de simplification administrative, puisque l'introduction de la carte sera associée à une réforme du numéro d'identification de l'assuré qui ne concernera pas seulement l'assurance-maladie, mais l'ensemble de l'assurance sociale.
Tout le problème des clés d'accès au dossier médical, même limité, demande une étude approfondie de la protection des données et la mise en place d'un dispositif qui n'est pas absolument pour demain, même si les groupes de travail concernés font tout pour aller de l'avant le plus vite possible.
L'un des objectifs poursuivis par l'introduction de cette carte est de limiter la répétition inutile d'examens médicotechniques. C'est l'un des facteurs non négligeables de coûts mis systématiquement en exergue lors de chaque discussion sur ce sujet. Je me rappelle que M. Cavalli avait parlé de chiffres astronomiques lors du débat d'entrée en matière.
Mais ces répétitions d'examens n'ont le plus souvent pas lieu pour des raisons financières, mais beaucoup plus pour des raisons d'organisation ou simplement de négligence. Il faut donc prendre des mesures claires à cet égard en plaçant les intéressés devant leurs responsabilités. Non seulement ils devront faire un effort pour réunir tous les éléments du dossier disponible avant de prendre une décision, mais cela aura un effet aussi de qualité. Il n'y a en effet aucune raison que les assureurs paient deux fois des clichés parce que les premiers, effectués dans des cabinets ne disposant pas des compétences ou de l'infrastructure nécessaire, sont de qualité déplorable.

Dans la même ligne de réflexion, il en résultera aussi une plus grande rigueur pour les indications médicales. L'un des mes prédécesseurs, généraliste émérite, au sens clinique particulièrement aigu, lançait à titre de boutade que «tout examen qui ne montre aucune anomalie est un examen inutile». Le propos est certes excessif, mais pas absolument dénué de pertinence et doit conduire à une certaine réflexion. C'est ce que fera sans doute le groupe de travail que le Conseil fédéral sera appelé à nommer pour mettre en place les dispositions d'application. Enfin, cela constituera une base légale qui facilitera les travaux relatifs à la protection des données dans le cadre du développement de la carte.

Mais j'aimerais vous signaler que je qualifie ma proposition à l'article 42b de subsidiaire et que son sort dépendra du résultat du vote qui interviendra à l'article 35 sur l'obligation de contracter. Ma proposition représente un gros effort pour les fournisseurs de prestations et, si vous supprimez l'obligation de contracter, je retirerai cette proposition.

**Goll** Christine (S, ZH): Wir sind ja hier mitten in der Diskussion über die Frage des Kontrahierungszwangs. Ich verrate Ihnen kein Geheimnis, wenn ich Ihnen sage, dass die Lösung, wie sie uns der Ständerat vorgeschlagen hat, für uns eben keine Lösung ist, nämlich der Vorschlag, dass der Kontrahierungszwang aufgehoben werden soll und künftig alle Macht den Kassen überlassen werden soll, die dann eben auch bestimmen, mit welchen Leistungserbringern sie überhaupt zusammenarbeiten wollen oder eben nicht zusammenarbeiten wollen.

Für mich ist es so, dass ich mich dem Konzept der Minderheit II (Gross Jost), dem Konzept unserer Fraktion, das Ihnen vorhin vorgestellt wurde, anschliesse und in diesem Zusammenhang auch einen Vorschlag unterbreiten möchte, der allerdings erst in Artikel 58 zum Zuge kommt, wo es um die Qualitätssicherung geht. Wir werden dann trotzdem separat über Artikel 58 abstimmen können.

Worum geht es? Es ist sehr viel von Qualität die Rede, wenn wir über das Gesundheitswesen debattieren. Das Problem ist einfach, dass wir es bisher nicht geschafft haben, eindeutig zu definieren, was wir überhaupt unter Qualität verstehen. In diesem Sinne verstehe ich meinen Minderheitsantrag zu Artikel 58; ich verstehe ihn als einen Beitrag dazu, diese Qualitätssicherung klarer zu definieren. Was schlagen wir vor? Wir beantragen, dass wir hier gesetzlich verankern, dass der Bund für die Verankerung und für die Durchsetzung von Qualitätsmodellen im Bereich der grundversicherten Leistung zuständig sein soll. Das ist einmal das Grundprinzip. Wir machen auch konkrete Vorschläge, wie wir uns das in der Praxis vorstellen können: So schlagen wir in diesem neuen Absatz 1a von Artikel 58 auch vor, dass eine Fachkommission eingesetzt werden soll, und zwar eine Fachkommission, die eben nicht nur diejenigen Lobbys berücksichtigt, die bisher zum Zug gekommen sind. Diese Fachkommission soll sich unter anderem auch aus Vertreterinnen und Vertretern der Patientenorganisationen zusammensetzen – nicht nur, aber auch, habe ich gesagt. Von daher ist es klar, dass in dieser Kommission auch Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer sitzen müssen, aber auch Vertreterinnen und Vertreter der Versicherer und der Wissenschaft sowie der Ärztenetze.

Das ist auch der Anknüpfungspunkt an das Konzept der SP-Fraktion, das von Jost Gross präsentiert wurde. In unserem Konzept verlangen wir ja durchaus eine Lockerung des Kontrahierungszwangs, aber nur mit einem flächendeckenden Hausarztmodell, nur mit der Garantie von Ärztenetzwerken und nur, wenn dieses Modell eine Budgetkompetenz beinhaltet.

Was wir Ihnen hier im Bereich der Qualitätssicherung vorschlagen, garantiert also auch, dass wir Qualitätsmodelle in der Praxis umsetzen können. Ich muss Ihnen auch sagen, dass diese Modelle oder die Definition von Qualitätskriterien, von Qualitätsstandards, heute bereits auch in der Praxis angewendet werden. Es gibt auf freiwilliger Basis allerdings schon verschiedene Hausärzte und Hausärztinnen – durchaus auch unter Einbezug von Spezialärztinnen und -ärzten –, die bereits heute solche Zirkel gegründet haben und die sich intensiv mit Qualitätsmodellen auseinander setzen.

Ich bitte Sie hier also, einen Beitrag zu einer besseren Abstützung der Qualitätssicherung zu leisten, indem Sie der Minderheit bei Artikel 58 zustimmen.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Es ist uns allen klar, dass wir jetzt zu einem Kernstück dieser ganzen Reform kommen. Es geht hier wirklich um die Frage, welches Modell diese Reform in die Zukunft leiten soll. Es geht hier um die Frage, ob Sie eher ein planwirtschaftliches Modell mit bundesrechtlichen Absicherungen wollen – wie etwa in der Formulierung von Gross Jost – oder ob Sie eher ein Modell in einem staatlichen Rahmen wollen, das eine Anreizreform vorsieht, das das wettbewerbliche Vertragsmodell genannt wird und das die Möglichkeit gäbe, dass die Partner im Gesundheitswesen – in diesem Fall Ärzte auf der einen, Versicherer auf der andern Seite – zusammen vertraglich Wege suchen, wie möglichst gute Leistungen zu möglichst kosteneffektiven Preisen angeboten werden können. Diese Schlüsselfrage wird sicher auch mitentscheiden, wie wir diese Reform am Schluss werten werden.

Ich möchte vorab festhalten, dass diese neue Vertragsfreiheit nur dann funktionieren kann, wenn eine Reihe von Rahmenbedingungen gegeben sind, die heute – ich gebe das zu – noch nicht bis ins Letzte geklärt sind. Diese Rahmenbedingungen müssen geklärt werden. Für uns gibt es einige ganz entscheidende Punkte, die schon heute festgemacht werden können: Zum Ersten kann es keinesfalls angehen, den Versicherern hier eine einseitige Marktmacht zu geben – übrigens auch nicht bestimmten ärztlichen Spezialistengruppen. Die Ausgestaltung dieser Vertragsfreiheit muss so sein, dass paritätisch definiert wird, was in diesen Verträgen gemacht wird. Wir wollen nicht, dass neue Oligopole, dass separate Marktmächte entstehen. Zum Zweiten – auch das sei hier gleich gesagt – wollen wir klare Rechtswege haben, die auch die Möglichkeit beinhalten, dass für Leistungserbringer ein klarer, verwaltungsgerichtlich definierter Rechtsweg da ist. Das heisst, dass der von uns modifizierte Beschluss des Ständerates, also der Antrag der Minderheit Widrig, darauf verzichtet, diesen Rechtsweg hier zu definieren. Die Kommission, die der Ständerat definiert hat, haben wir weggelassen, damit dieser Rechtsweg gemäss einem Gutachten des Bundesamtes für Justiz noch neu definiert werden kann. Deshalb denken wir auch, dass die lobenswerte Absicht von Herrn Dunant, das zu klären, hier noch nicht unbedingt nötig ist; das kann in der Nachbearbeitung getan werden.

Wie kontrastiert dieses modifizierte Ständeratsmodell in der Minderheit Widrig mit den anderen Anträgen? Die Minderheit II, die wir klar ablehnen, schafft eine Reihe von Fehlanreizen: Sie sieht beispielsweise die Aufhebung des Vertragszwanges nur gerade für Spezialisten vor, nicht aber für Allgemeinmediziner in der Grundversicherung. Das gibt neue Fehlanreize, die wir nicht im System haben möchten. Sie definiert bundesrechtliche Bedarfskriterien für entsprechende Versorgungsmodelle. Wir wollen aber keine bundesrechtlichen Bedarfskriterien, wir wollen paritätische Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Sie definiert in den Hausarztmodellen – wir haben das bei Artikel 13 schon erwähnt – Budgetkompetenzen für das Bundesamt für Sozialversicherung. Auch dies wollen wir nicht. Wir wollen hier keine zentralstaatlichen Rahmenbedingungen einführen, die einem Planungsmodell entsprechen. Deshalb lehnen wir die Minderheit II mit all ihren Folgeanträgen klar ab.

Wir haben in der Fraktion mit einem Stimmenverhältnis von zwei zu eins beschlossen, die Mehrheit nicht zu unterstützen, sondern bei der Minderheit I (Widrig) – Vertragsfreiheit – zu bleiben. Warum? Wir anerkennen durchaus den politisch-pragmatischen Versuch, hier einem Referendum zu begegnen und Teile dieser Reform über die Runden zu bringen. Wir glauben aber, dass das Mehrheitsmodell ein Pro-

blem nicht löst: Es verschärft wohl die Kriterien für den Eintritt in das System, aber Sie wissen, dass unter Kostenaspekten auch zu viele gute Leistungserbringer ein Problem sein können. Das Modell regelt das Problem nicht, was geschehen soll, wenn zu viele hoch qualifizierte Leistungserbringer vorhanden sind. Dazu braucht es ein anderes System; dieses System ist nur mit der neuen Vertragsfreiheit sichergestellt. Ich möchte abschliessend sagen, dass es klar ist, dass dieses System – auch wenn wir heute dem Prinzip der Vertragsfreiheit zustimmen – nicht morgen eingeführt wird. Es braucht eine Nachbearbeitung, die wir teilweise schon in der Kommission gewünscht haben. Es braucht Übergangsfristen, und es braucht eine sorgfältige Anpassung des Systems an das neue Anreizmodell.
Zusammengefasst empfehle ich Ihnen auch im Namen der FDP-Fraktion, die diesen Beschluss mit einem Stimmenverhältnis von zwei zu eins gefasst hat, hier klar ein Zeichen für die nötigen Reformen zu setzen. Setzen wir ein Zeichen für eine Anreizreform. Diese muss auch die Vertragsfreiheit beinhalten, damit das System künftig mit entsprechenden finanziellen Anreizen qualitativ gute Leistungen für alle, die aber eben auch zu adäquaten Preisen erbracht werden, anbieten kann.

**Gross** Jost (S, TG): Herr Gutzwiller, wollen Sie wirklich, dass 26 Kantone die Bedarfskriterien für die Versorgungssicherheit in diesem Land definieren? Wollen Sie, dass 26 Kantone je für sich sagen, welche Ärztedichte und wie viele Spezialisten sie brauchen? Befürchten Sie nicht, dass jene Kantone, die eine sehr hohe Ärztedichte haben, die Kriterien so ansetzen werden, dass eine hohe Ärztedichte Platz hat, und dass Sie damit im Effekt null Kostenlenkung bewirken?

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Zwei Antworten:
1. Wir wollen das klar nicht. Wir haben sowohl während den Kommissionsarbeiten als auch an anderen Stellen klar ausgeführt, dass die Kantone solche Versorgungskriterien gemeinsam aufführen müssen. Der Minderheitsantrag Widrig wurde nach dem Ständerat modifiziert. Die eine Modifikation betrifft genau diesen Punkt, indem jetzt, im Gegensatz zum Ständerat, von einem überkantonalen Angebot gesprochen wird. Wir wollen also eine überregionale Lösung für dieses Problem, aber primär auf kantonaler Ebene, sonst können wir den Föderalismus im Gesundheitswesen schon heute für bankrott erklären und die Sache begraben. Wir glauben, dass der Föderalismus hier eine Chance haben sollte, aber überkantonal koordiniert und überregional definiert. Ich denke, das ist der wichtigste Teil der Antwort.
2. Die Anreizveränderung, die mit dieser Vertragsfreiheit möglich ist, wird – so hoffen wir – dazu führen, dass kooperierende Ärztenetzwerke mit den Versicherern Leistungsverträge aushandeln, Leistungskriterien definieren. Weiter hoffen wir, dass eine Wahlfreiheit vorhanden ist, selbstverständlich in einem gegebenen bundesrechtlichen Rahmen und selbstverständlich verbunden mit dem Obligatorium in der Grundversicherung – das ist beides unbestritten –, damit dadurch endlich die erwünschte Dynamik, die wir brauchen, in das System kommt.
Ich möchte hier auch gleich beifügen, dass der Einzelantrag Beck genau in diese Richtung geht; vielleicht ist er nur etwas starr definiert, da 90 Prozent der Leistungserbringer in diesen Verträgen eingebunden sein müssten. Vielleicht sollte man heute noch nicht so genau festlegen, ob das wirklich 90 Prozent sein müssen. Aber grundsätzlich gehen der Antrag Beck und auch der Antrag Dunant in die richtige Richtung. Wir wollen diese Anreizrevolution heute. Sie wird künftig ganz sicher zu einer Kostenberuhigung im Gesundheitswesen beitragen; davon bin ich überzeugt.

**Fasel** Hugo (G, FR): Wer im Gesundheitswesen die Kosten senken will, ist natürlich sofort einerseits auf die Preisseite und andererseits auf den Mengenbereich verwiesen. Vor diesem Hintergrund ist klar, dass die Diskussion um die Aufhebung des Vertragszwangs irgendwann zur Disposition stand, und – das ist neu – es gibt in der Zwischenzeit einen gewissen Konsens, dass diese Frage ernsthaft angegangen werden soll und muss. Vor diesem Hintergrund kann man fragen: Wer soll die Entscheidung darüber fällen, wer noch unter Vertrag steht und wer nicht? Was wir als grüne Fraktion zu diesem Zeitpunkt auf keinen Fall wollen, ist Folgendes: Wir wollen weder ein Diktat vonseiten der Versicherer noch eines vonseiten der Leistungsanbieter. Auch wenn – wie vorgeschlagen wurde – die Ärzteschaft zusammen mit den Versicherungen etwas aushandelt, wollen wir nicht, dass in diesem Land die Gesundheitspolitik ausschliesslich und allein von diesen zwei Akteuren gemacht wird! Auch das lassen wir nicht zu. Deshalb lehnen wir das Modell des Ständerates ab und nehmen auch das Modell der Minderheit I (Widrig) nicht auf.
Es ist richtig, dass wir in diesem Bereich voranschreiten müssen. Aber dann ist es notwendig, weitere Akteure im Gesundheitswesen mit einzubeziehen. Dazu gehören die Kantone; dazu gehört auch der Bund. Der Bundesrat hat vorgeschlagen, diese sehr komplexe und umfassende Frage schrittweise, vertieft und verlässlich anzugehen, damit man auch tragfähige Lösungen hat und nicht nur spekulative, und dies in der nächsten Revision vorzulegen. Wir unterstützen diesen Lösungsweg. Jetzt haben wir aber auf diesem Weg bereits zusätzliche Modelle, nämlich eines der Minderheit I (Widrig) und eines der Minderheit II (Gross Jost), die eingespiesen wurden. Deshalb entscheiden wir uns klar und deutlich für den Ansatz der Minderheit II. Denn wenn schon neue Modelle auf den Tisch kommen, dann ist das Modell der Minderheit II wenigstens eines, das in die richtige Richtung weist und eine nähere Prüfung verdient.
Wir haben auch noch zum Antrag Meier-Schatz Stellung zu nehmen: Wir werden den unterstützen, weil wir denken, dass auch bei Ärzten darüber diskutiert werden darf, ob sie mit 65 in Pension gehen dürfen oder vielleicht dann eben auch müssen, auch wenn sie im Alter vielleicht etwas weniger teuer arbeiten. Wenn sie das, was sie versprechen, nämlich so wahnsinnig kostengünstig zu sein, auch wirklich sind, dann werden die Krankenversicherer sie dann unbedingt für die Zusatzversicherung gewinnen wollen. Diese Freiheit werden wir ihnen zusammen mit den Versicherungen lassen. Wir werden deshalb dem Antrag Meier-Schatz zustimmen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Um es kurz zu machen: Wir haben für den Antrag Dunant Stimmfreigabe beschlossen, wir werden den Antrag Beck bekämpfen, und wir werden den Anträgen Meier-Schatz, Guisan und natürlich Goll zustimmen. Der Antrag Goll vervollständigt unser Hausarztmodell.
Zum Hauptschauplatz: Es liegen zwei extreme Lösungen vor – auf der einen Seite die heutige Lösung, die wirklich nicht optimal ist, auf der anderen Seite aber das fundamentalistische Modell des Ständerates bzw. des Antrages der Minderheit I (Widrig), das den Krankenkassen die ganze Macht gibt. Sie wissen wie ich: Die Schweizerinnen und Schweizer werden es nicht erlauben, dass ihnen irgendein Krankenkassenbürokrat vorschreibt, zu welchem Hausarzt, zu welchem Kinderarzt und zu welchem Frauenarzt sie noch gehen dürfen. Das werden die Schweizerinnen und Schweizer nicht zulassen. Aus diesem Grund haben wir versucht, eine innovative Lösung zu finden. Es wird uns häufig gesagt, wir seien konservativ; die einzige innovative Lösung, die auf dem Tisch liegt, ist unsere Lösung, nämlich der Antrag der Minderheit II (Gross Jost). Warum ist diese Lösung innovativ? Sie ist innovativ, weil sie nicht nur zukunftsgerichtet ist, sondern auch verschiedene Probleme auf einmal löst.
Auf der einen Seite haben wir zwischen Allgemein- und Spezialmedizin getrennt. Das macht Sinn – warum? Erstens, finanziell gesehen: Kosten treibend sind vor allem die Spezialärzte. Ich weiss, wovon ich spreche, weil die Onkologen die teuersten unter den Spezialärzten sind; wir sind die Kosten treibenden Ärzte, und nicht die Hausärzte. Zweitens ist die Beziehung eines Patienten zu einem Spezialarzt völlig anders als zu einem Hausarzt. Mit dem Hausarztnetz-Mo-

dell, das wir Ihnen hier beantragen, liegt Ihnen zum ersten Mal eine Verwirklichung der Forderung nach Einführung des Hausarztmodells, nach der Verbesserung der HMO vor. Wir beantragen Ihnen hier eine konkrete Lösung, die verschiedene Vorteile hat. Ein Vorteil liegt unter anderem darin, dass diese Hausarztnetze Budgetverantwortung zu tragen haben, also kostengünstig sein müssen. Sie müssen auch alle Leistungen anbieten, sowohl ambulant wie stationär; sie müssen also Verträge mit den Spitälern eingehen.
Diese Leistungen können interkantonal erbracht werden, also nicht nur in einem Kanton, sondern in mehreren Kantonen. Wir lösen damit ein Problem, das vielen Schweizern ein Dorn im Auge ist: dass sie nur im eigenen Kanton behandelt werden dürfen. Es ist heute leichter, in der EU von Lissabon nach Helsinki zu gehen und sich ärztlich behandeln zu lassen, als in der Schweiz von Freiburg nach Bern zu gehen, um sich dort ärztlich behandeln zu lassen. Diese mittelalterliche Regelung müssen wir aufgeben; die grosse Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer wollen sie nicht mehr. Mit unserem Modell haben wir eine quantitativ und qualitativ gesicherte Lösung, die auch dieses Problem endlich beheben würde.
Deshalb beantrage ich Ihnen im Namen unserer Fraktion, diesem innovativen und zukunftsträchtigen Modell zuzustimmen. In dieser Beziehung wird uns die Zukunft Recht geben.

**Ruey** Claude (L, VD): S'agissant de l'obligation de contracter, j'ai eu l'occasion de dire au cours du débat d'entrée en matière que le groupe libéral était divisé sur le sujet. Je représente ici le point de vue de ceux qui sont favorables à la suppression de l'obligation de contracter. A vrai dire, je n'avais pas un point de vue aussi favorable au début de mes réflexions, mais plus nous nous sommes penchés sur le problème et plus il nous paraît que la suppression de l'obligation de contracter doit être une tendance vers laquelle nous devons nous diriger.
Qu'est-ce que c'est que ce marché de prestations, où, quoi que l'on fasse, on est garanti d'être payé et, quoi que l'on fasse, on est garanti d'avoir des clients? M. Beck l'a dit, ça ressemble à l'ancienne économie agricole, mais ce n'est pas quelque chose qui est particulièrement stimulant ou particulièrement bon marché.
Il est vrai que l'on se retrouve dans un domaine où il y a une obligation d'assurance. C'est une objection qu'on m'a faite une fois. Je vous signale que dans le domaine de la responsabilité civile automobile, il y a aussi une obligation d'assurance et, pourtant, les assureurs n'ont pas l'obligation de reconnaître n'importe quel garagiste ou n'importe quel carrossier. Il n'y a donc pas une symétrie entre l'obligation d'assurance et l'obligation de contracter, on le voit dans d'autres domaines économiques même si – bien entendu, vous comprendrez que les médecins n'apprécieraient pas d'être comparés forcément à des garagistes ou à des carrossiers –, sur le plan économique, on se trouve dans la même situation.
Par ailleurs, le système qui est prévu par la minorité I (Widrig) à l'article 35 est un système qui prévoit un certain nombre de garanties: il y a des cautèles. Premièrement, on doit s'assurer que la couverture en soins médicaux est garantie pour tous. Deuxièmement, il y a des critères économiques et qualitatifs qui doivent être fixés d'entente avec les partenaires. Troisièmement, il doit y avoir aussi, pour les malades chroniques et les personnes âgées qui se trouvent dans une situation difficile, des solutions transitoires et des protections qui les concernent. Et quatrièmement, la loi sur les cartels s'applique et, par conséquent, il ne peut pas y avoir abus de position dominante par rapport à une liberté qui tout à coup deviendrait un marché sauvage. Cela ne sera pas le cas. Ce sera d'autant moins le cas que dans les faits, en raison même de la pression de leurs assurés, en raison de la pression de la demande, les assureurs passeront des contrats avec la large majorité des prestataires de soins dans le domaine ambulatoire. Et, par conséquent, l'exclusion du marché ne se fera vraiment que dans des cas précis parce que, véritablement, il y a lieu de ne pas accepter des conditions qui seraient insupportables.
Dès lors, ces garanties étant données, il paraît à certains d'entre nous que l'on peut aller dans ce sens-là, ce d'autant plus que, comme je viens de le dire, l'introduction de la liberté de contracter aura en réalité un effet plus symbolique, notamment sur le choix des études, de l'installation pour des nouveaux médecins, des branches d'études des jeunes médecins, éléments qui pourront alors avoir un effet économique limitant la pression des coûts.
A cet égard, puisqu'il s'agit de donner quelques garanties par rapport à la manière de traiter les gens, je crois que l'on peut soutenir la proposition Dunant qui prévoit précisément des garanties (art. 35 al. 1quinquies).
J'en viens maintenant à la proposition de minorité Gross Jost, et en particulier au système évoqué du médecin de famille (art. 35a). D'accord sur le principe du «managed care», c'est quelque chose qui peut fonctionner. Mais pas d'accord sur le fait que ce système soit imposé, qu'il soit le seul système, l'étalon unique du médecin de famille, sans autre possibilité de variation, sans aucun incitatif, sans possibilité de se trouver dans un système précisément plus créatif. On prévoit là une réglementation très précise, très détaillée, que je trouve, excusez-moi, un peu tatillonne et bureaucratique. Rien que pour l'article 35a, j'ai constaté qu'il y avait dans le dépliant en français 53 lignes de texte légal pour réglementer ceci, et ça ne paraît pas être une bonne solution. C'est un système qui va dans le sens d'une planification de type trop étatique, sans aucun bénéfice à terme.
En revanche, avec ce que nous avons déjà voté précédemment à propos des possibilités et de l'obligation pour les assureurs de proposer des modèles alternatifs, on pourra avoir, sur des bases volontaires, incitatives et économiques, des systèmes plus développés qu'aujourd'hui de HMO ou de «managed care».
C'est la raison pour laquelle je vous propose de rejeter la proposition de minorité Gross Jost à l'article 35a sur les modèles de médecin de famille, qui, en réalité, est le début d'une médecine quasi étatique.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Wir haben eine ganze Reihe von Einzelanträgen, und es wäre reizvoll, darauf einzugehen. Die Redezeit, die man zur Verfügung hat, ist dafür leider zu kurz.
Ich möchte mich vor allem mit den Konzepten auseinander setzen. Es geht um die Frage einer Systemänderung in unserem Gesundheitswesen. Das ist der wichtigste Teil dieser Gesetzesrevision. Die Mehrheit schlägt eine Beibehaltung des Vertragszwanges vor, will aber die Zulassung für Leistungserbringer verschärfen oder die Eintrittsschwelle anheben. Unter Einbezug der Ärzte soll dann ein Katalog erstellt werden, welcher diese Bedingungen nennt. Das hat den Vorteil – das ist zuzugeben –, dass der befürchteten Konfrontation mit den Ärzten ausgewichen werden kann. Ob es aber zum gewünschten Abbau von offensichtlichen Überkapazitäten führt, ist zu bezweifeln, weil der Anreiz, sich auf das Notwendige zu beschränken, für die Leistungserbringer nach wie vor fehlen wird.
Es wird zwar schwieriger, eine Zulassung zu bekommen. Wenn sie aber einmal da ist, ändert sich gegenüber heute nichts, und die Schwächen des Systems werden so nicht beseitigt. Die Schwäche liegt nicht nur in der Anzahl der Leistungserbringer, sondern sie liegt ebenso sehr im Verhalten der Leistungserbringer. Ich möchte aus der Sicht der Kommission festhalten, dass die Version der Mehrheit der Kommission ein ernsthafter Versuch war – das ist nicht von der Hand zu weisen –, gewisse Mängel der ständerätlichen Lösung aufzufangen. So gesehen war die Mehrheitsversion in der Kommission ein starker Diskussionsbeitrag zur ganzen Problematik der Aufhebung des Kontrahierungszwanges.
Dass sich unsere Fraktion auch nicht für die Minderheit II (Gross Jost) zu erwärmen vermag, wird Sie nicht erstaunen. Die von den sozialdemokratischen Vertretern vorgeschlagene Änderung stellt einen beachtlichen Schritt in Richtung Staatsmedizin dar. Immerhin gestehen die Antragsteller –

Herr Cavalli hat das vorhin zum Ausdruck gebracht – ein, dass das bestehende System auch aus ihrer Sicht nicht mehr zu genügen vermag. Das ist doch immerhin beruhigend. Es gibt tatsächlich auch die Möglichkeit, die Mängel mit zusätzlichen Auflagen und einem noch engeren staatlichen Gesetzeskorsett zu versehen; wenn es dann auch nicht funktioniert, kann man dem Bundesrat, wie das die Minderheit II vorsieht, noch weiter gehende Kompetenzen zum Eingreifen geben.

Wir sind davon überzeugt, dass den heutigen Problemen einer unnötigen und unkontrollierten Mengenausweitung nur mit mehr Verantwortung und mehr Freiheit für die einzelnen Akteure im Gesundheitswesen begegnet werden kann. Wir ziehen das vor. Der Beschluss des Ständerates geht für die SVP-Fraktion in die richtige Richtung.

Die Aufhebung des Vertragszwanges ist unseres Erachtens reif und überfällig. Es ist nicht eine Frage des richtigen Systems: Wir sind überzeugt, dass das System Aufhebung des Vertragszwanges richtig ist. Der Beweis, dass es funktioniert, wird in verschiedensten wichtigen Lebensbereichen erbracht, ohne irgendwelche Zwänge. Das Gesundheitswesen macht da keine Ausnahme. Die grosse Unbekannte ist einzig und allein, ob die besonders geforderten Akteure – Ärzte, andere Leistungserbringer und Versicherer – mit diesen neuen Bedingungen umzugehen wissen. Da sind gewisse Zweifel angesagt, aber daran ändert sich auch in fünf Jahren nichts. Das Problem wird das gleiche bleiben, und es gilt, dieses Problem zu bewältigen. Es ist also kein Problem des Ziels, sondern es besteht die Schwierigkeit, den Rahmen für den Übergang zu schaffen, der fürs Erste eine gewisse Sicherheit für die Beteiligten schafft. Das ist der wichtigste Auftrag hier in der Gesetzgebung.

Wir ziehen den Minderheitsantrag Widrig vor, weil er ohne zu grosse Wenn und Aber den Vertragszwang aufhebt. Weiter gehende Vorbehalte scheinen uns nicht nötig, umso weniger, als der Bund nach Artikel 21 KVG befugt ist, die Aufsicht in allen Belangen durchzuführen. So kann er gemäss Artikel 21 Absatz 3 KVG auch auf die neuen Verhältnisse bezogen «Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts» erteilen, wie es wörtlich heisst, und die Kontrolle entsprechend ausüben.

Zum Schluss: Warum ist die Aufhebung des Vertragszwanges im Gesundheitswesen nötig? Es geht einzig und allein darum, nachweislich unnötige Leistungen zu vermeiden. Ich bitte Sie, mit der Unterstützung des Minderheitsantrages Widrig und der Aufhebung des Vertragszwanges diesen Schritt zu tun.

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Bortoluzzi, unser Modell sieht – im Gegensatz zu dem, was Herr Ruey gemeint hat – drei Möglichkeiten vor: Als Allgemeinmediziner unterliegt man dem Kontrahierungszwang; als Spezialarzt kann man dem Kontrahierungszwang unterliegen, wenn man einem Ärztenetz angehört, oder man kann auch ausserhalb dieses Zwanges stehen. Es gibt also drei Möglichkeiten.

Sie sprechen von Staatsmedizin. Staatsmedizin ist dann gegeben, wenn der Staat die medizinische Versorgung liefert. Wo sehen Sie in unserem Vorschlag einen Schritt Richtung Staatsmedizin? Ich möchte das einmal verstehen!

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Herr Cavalli, Ihr System sieht zum Ersten vor, dass die Bedingungen für die Umsetzung dieses Systems vom Bund genehmigt werden müssen. Wenn die Funktionstüchtigkeit nicht gegeben ist – ich stelle also fest, dass Sie auch ein wenig zweifeln, ob dieses System wirklich funktioniert –, so sieht Ihr System zum Zweiten vor, dass der Bundesrat die Möglichkeit hat, korrigierend einzugreifen und allenfalls die Bedingungen festzulegen, um Auswüchse – oder was auch immer passiert – zu verhindern. Gibt es ein besseres Beispiel für die Staatsmedizin? Eingriffe des Bundesrates sind für mich Staatsmedizin in Reinkultur. Der Beschluss des Ständerates, dessen Richtung wir im Wesentlichen unterstützen, ist eben der Versuch, ein wettbewerbliches Modell, wie es in vielen anderen Bereichen in unserer Wirtschaft funktioniert, auf die Beine zu stellen, ein Modell, das sich selbst reguliert und das die Qualität fördert – das scheint mir wichtig zu sein – und das die Versorgung der Schweizerinnen und Schweizer, der Konsumenten sicherstellt.

**Dormann** Rosmarie (C, LU): Ich äussere mich aus der Sicht der CVP-Fraktion zu den einzelnen Modellen im Bereich Kontrahierungszwang. Die Mehrheit der CVP-Fraktion möchte in dieser KVG-Revision mehr als nur die bestehenden Grauzonen eliminieren. Sie möchte unmissverständlich auch Sparmassnahmen einbauen. Eine davon ist die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

In der Tat sind die Ärztinnen und Ärzte, die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sowie die Apothekerinnen und Apotheker die einzigen Berufsgattungen, die zeitlebens ein Recht auf Arbeit haben, weil ihnen die Entschädigung dafür garantiert ist, falls sie die nötigen beruflichen Voraussetzungen erfüllen. In der Tat besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage. Das heisst, in einigen Kantonen ist der Grundsatz verwirklicht: je mehr Ärzte, desto grösser das Ausmass an Leistungen und desto höher die Prämien.

Damit nicht weiter ein Automatismus besteht, möchte die Mehrheit der CVP-Fraktion heute den Kontrahierungszwang aufheben gemäss Modell Ständerat mit den Erweiterungsanträgen Widrig, die er bereits begründet hat. Man möchte einerseits erreichen, dass eine bessere Verteilung des Leistungsangebotes ermöglicht wird, und erhofft andererseits, dass sich schwarze Schafe unter den Leistungserbringern abschrecken lassen. Denn solche schaden dem Berufsbild der übrigen Leistungserbringer, die sich ihrer Verantwortung voll und ganz bewusst sind. Die Befürworter der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sind sich bewusst, dass dadurch die Versicherer eine etwas grosse Macht erhalten, doch sind die Befürworter ebenso überzeugt davon, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs in erster Linie präventive Wirkungen haben wird, da sich die Versicherer keinen rudimentären Ausschluss von Leistungserbringern leisten können. Sie wollen ja den Wettbewerb unter den Kassen gewinnen.

Die Minderheit unserer Fraktion, zu der auch ich gehöre, unterstützt das Modell der Mehrheit der Kommission, das im Grundsatz am bestehenden Kontrahierungszwang festhalten will. Diese Minderheit setzt sich vor allem aus realpolitischen Gründen gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zum heutigen Zeitpunkt ein, getreu dem Motto: Lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach. Die Minderheit unserer Fraktion möchte allerdings Instrumente einbauen, um nötige Konsequenzen ziehen zu können. Teils fehlen solche nämlich in der heutigen Gesetzgebung, oder sie schiessen über das Ziel hinaus. Anstelle des Ausschlusses einzelner Leistungserbringer sind im Modell der Mehrheit der Kommission auf der Vereinbarungsstufe zwischen Versicherern und Leistungserbringern Konditionen möglich, die die Leistungserbringer zukünftig an getroffene Vereinbarungen binden.

Eigentlich ist eine solche Konditionsskala unendlich. Massgebend ist die gesetzte Frist in den Übergangsbestimmungen, die nicht wie bei TarMed Jahre dauern kann und soll, sondern die ganz klar auf Ende Dezember 2004 beschränkt ist. Die Minderheit unserer Fraktion setzt in diesem Modell auf die Verantwortung jedes Leistungserbringers und ist auch überzeugt, dass der Bundesrat dann ohne Fristerstreckung handeln muss, falls die beiden Vertragspartner nicht fähig sind, sich innert der gesetzten Frist zu finden.

Neu liegt ein Kompromissantrag Meier-Schatz auf dem Tisch. Er besagt, dass die Leistungserbringer nicht zeitlebens ein Recht auf Arbeit haben sollen, und nimmt ihnen dieses Recht im Pensionsalter weg. Der Antrag Meier-Schatz ist ergänzend zum Antrag der Mehrheit der Kommission ein Kompromiss, den unsere Fraktionsminderheit unterstützen wird.

Wir haben in der Fraktion auch das Modell der Minderheit

Gross Jost diskutiert. Dieses Modell geht zweifellos in die richtige Richtung. Es ist im Moment aber insofern unbefriedigend, als nur Spezialärzte von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs betroffen sein würden, da befürchtet wird, dass die Qualität der Leistungen leiden würde, wenn alle Ärzte mitmachen müssten.
In diesem Sinne bitte ich Sie, der Mehrheit der Kommission zuzustimmen, in der Hoffnung, dass auch der Antrag Meier-Schatz eventuell mit der Minderheit der Kommission Anklang findet.

**Gross** Jost (S, TG): Ganz kurz zum Minderheitsantrag Goll bei Artikel 58: Ich beantrage Ihnen namens der SP-Fraktion nachdrücklich, diesen zu unterstützen. Er gilt im Übrigen auch unabhängig von unserem «Minderheitsmodell II», Ärztenetze mit Budgetverantwortung.
Die Qualitätssicherung ist ein zentrales Element der Qualifizierung und Selektion der Leistungserbringer in einem System mit oder ohne Kontrahierungszwang. Dem aktuellen KVG-System fehlt die verbindliche Anerkennung von Qualitäts- und Behandlungsstandards. Der Bund kann nach dem jetzigen System nur subsidiär eingreifen und tätig werden. Wir müssen hier dafür sorgen, dass verbindliche Modelle der Qualitätssicherung auf Bundesebene zustande kommen, und zwar nicht in einem System der Verstaatlichung der Qualitätssicherung, sondern in einem System der staatlichen Akkreditierung, und zwar in Form einer Fachkommission.
Wir haben heute einen ungeheuren Wildwuchs von privatwirtschaftlichen Systemen der Qualitätskontrolle. Wir haben auch sehr hoffnungsvolle Ansätze von Qualitätszirkeln in bestehenden Ärztenetzen, aber es fehlt die Verbindlichkeit auf Bundesebene. Wenn wir diese Fachkommission und diese Zertifizierungsstelle auf Bundesebene schaffen, verschleudern wir nicht mehr im bisherigen Umfang Geld für privatwirtschaftliche oder andere Systeme, von denen man gar nicht weiss, ob sie wirklich die Anerkennung des Bundes geniessen. Das ist, Frau Dormann, im Übrigen nicht eine Einschränkung der Qualitätsanforderungen, sondern wir wollen ja gerade die Qualitätssicherung in den Ärztenetzen aufwerten und sie obligatorisch und verbindlich machen.
An die Adresse von Herrn Bortoluzzi möchte ich noch sagen: Sie haben mit keinem Wort den Beweis erbringen können, dass unser Modell der Ärztenetze mit Budgetverantwortung ein Schritt Richtung Staatsmedizin ist. Es ist einfach nicht so, sondern der Bund setzt nur die Rahmenbedingungen.

**Polla** Barbara (L, GE): Il s'agit juste d'un mot sur l'obligation de contracter. Les libéraux genevois s'opposent aujourd'hui absolument à la suppression de l'obligation de contracter, quels qu'en soient les critères et aussi longtemps que nous maintiendrons l'obligation de s'assurer. Les médecins d'aujourd'hui sont peut-être les paysans d'hier, mais nos patients ne sont pas vos moutons! Je dis nos patients, mais je ne pratique plus et je n'ai aucun lien d'intérêts autre que celui des patients. L'obligation de contracter, c'est la liberté des patients. Il en va de la liberté de choix des patients. Et c'est cette liberté qui détermine aussi la qualité de la relation thérapeutique. Un seul mot donc: non!

**Guisan** Yves (R, VD): Au titre de vice-président de la Fédération des médecins suisses, j'aimerais quand même attirer votre attention sur les conséquences de l'obligation de contracter, dans la version du Conseil des Etats.
Je précise que toutes les autres variantes qui ont été présentées ne sont en fait qu'un pied dans la porte. C'est une guerre déclarée aux fournisseurs de prestations, et il est difficile d'imaginer que l'on puisse conclure des contrats dans un climat de conflit évident: le libre choix du médecin est compromis; il n'y a plus de transparence; le nouveau tarif TarMed avalisé par le Conseil fédéral après plus de quatorze ans de négociation devient caduc – il contient une clause de retrait explicite en cas d'acceptation de la suppression de l'obligation de contracter; cette dernière établit enfin une prépondérance des intérêts commerciaux sur les intérêts de santé publics. Les principales victimes de cette dérégulation, de la suppression volontaire des repères et de cette évolution potentiellement chaotique sont évidemment le patient et la qualité des soins.
Je vous enjoins donc instamment de vous rallier à la solution de compromis élaborée par la majorité de la commission. Elle est basée sur une régulation normative et la concertation entre partenaires sociaux avec la collaboration de l'Etat.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: A entendre tout ce débat, nous nous sommes rendu compte d'une chose, c'est qu'il faut éviter de multiplier les analyses. Mme Heberlein rapportera sur l'essentiel concernant les analyses et je me bornerai à faire un bref survol.
Quand nous parlons de la suppression de l'obligation de contracter, nous parlons d'une révolution qui peut avoir des effets positifs si elle est bien gérée. C'est aussi une mesure qui fait peur. La nouveauté doit être amenée, mais avec précaution et une certaine progressivité. Limiter les contrats, c'est d'abord maîtriser le fonctionnement et surtout les dysfonctionnements par des moyens tels que, par exemple – on en a parlé –, la carte de santé. Cette dernière n'est pas facile à faire accepter pour des raisons de protection des données. Alors, pour éviter de s'étaler, il faut faire un pas après l'autre.
C'est la raison pour laquelle la majorité de la commission propose la médecine douce pour prendre le virage. Le Conseil fédéral désirerait ne rien changer dans ce domaine lors de cette révision. Le Conseil des Etats a décidé de faire le saut d'un coup, d'un seul. La majorité de la commission vous propose une solution consensuelle: il s'agit en fait de limiter la faculté de facturer des prestations par des exigences de compétences, par exemple, et de diplômes. On n'aurait plus de contrats automatiques.
La minorité II (Gross Jost) propose un autre concept qui passe par l'affiliation obligatoire du médecin à un réseau de médecins de famille agréés, et qui répond à des critères budgétaires. Elle veut obliger les spécialistes à travailler sous contrat.
Encore une fois, je vous prie de vous référer à Mme Heberlein pour les détails.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Mit diesem Artikel und all den dazugehörigen Bestimmungen stehen Ihnen – Sie haben es gehört – im Wesentlichen drei Konzepte zur Auswahl gegenüber, die sich mit der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung befassen. Der Bundesrat schlug eine einzige Begrenzung vor, indem Ärzte, welche das 65. Altersjahr überschritten haben, nur dann zugelassen würden, wenn sie einen Vertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen hätten. Diesen Antrag hat Frau Meier-Schatz wieder aufgenommen; er würde auch im Rahmen des Konzeptes der Mehrheit Platz finden.
Dem Ständerat ging diese Regelung wesentlich zu wenig weit, und er beschloss die Einführung der Vertragsfreiheit. Die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung soll nach dem Ständerat bei allen ambulanten Leistungserbringern also nur dann möglich sein, wenn zwischen dem einzelnen Leistungserbringer und der einzelnen Kasse ein entsprechender Vertrag abgeschlossen wurde. Im Wesentlichen sind die Beteiligten in der Wahl der Vertragspartner frei, wobei die medizinische Versorgung, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit gemäss Absatz 1bis Buchstaben a und b gewährleistet sein müssen. In Absatz 1ter der ständerätlichen Version werden Sonderfälle aufgelistet, bei denen die Beziehungen zwischen Leistungserbringer und Patient aus therapeutischen Gründen aufrechterhalten werden müssen. In Absatz 1quater wird den Kantonen die Möglichkeit gegeben, zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Patienten eine Mindestanzahl von Leistungserbringern festzulegen, welche in ein Vertragsverhältnis aufgenommen

werden müssen. Dies ist eine andere Variante des Antrages Dunant, der verpflichtet haben will, dass 90 Prozent der Anbieter aufgenommen werden müssen, und zwar auch dann, wenn die Anzahl der Leistungserbringer zunimmt. Ob diese Massnahme dann so überhaupt noch etwas bewirkt oder nicht, ist für mich eine andere Frage.
Die Minderheit I folgte im Wesentlichen den Beschlüssen des Ständerates und verspricht sich von der Vertragsfreiheit eine kostendämpfende, aber auch eine präventive Wirkung, denn wenn ein Leistungserbringer nicht automatisch mit einem Vertrag und damit mit einer Entschädigung zulasten der Krankenkasse rechnen kann, werden Qualität und Wirtschaftlichkeit einen höheren Stellenwert haben und wird die Menge der erbrachten Leistungen damit reduziert.
Die Diskussion um die so genannte Aufhebung des Vertragszwanges im Sinne der Entscheide des Ständerates erschien einer Mehrheit der Kommission zu wenig ausgereift; ihre Auswirkungen für die Versicherten können nicht genügend beurteilt werden. Die Kriterien für einen Vertragsabschluss sind für die Kommissionsmehrheit unklar umschrieben, sei es, was die Festsetzung des Bedarfes eines Kantons betrifft – wobei jeder Kanton diesen unterschiedlich umschreiben kann –, aber auch was die Mindeststandards bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätskontrolle betrifft, deren Umschreibung im Wesentlichen den Krankenkassen überlassen würde.
Die Minderheit II will ebenfalls eine Zulassungsbegrenzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung einführen, aber mit einem wesentlich anderen Ansatz: Die Allgemeinmediziner sollen automatisch und ohne Begrenzung zugelassen werden, während mit Spezialisten Zulassungsverträge abgeschlossen werden können bzw. müssen, wie dies Herr Gross Jost erläutert hat, und zwar dann, wenn die Spezialisten einem Hausarztmodell angeschlossen sind. Im Wesentlichen gilt also für die Spezialisten die Vertragsfreiheit mit ähnlichen Bedingungen, wie sie im Antrag der Minderheit I (Widrig) formuliert werden. Zusätzlich aber – hier trifft nach Meinung der Kommissionsmehrheit der Vorwurf der Staatsmedizin zu – soll der Bund die Möglichkeit erhalten, bei überdurchschnittlicher Mengen- und Kostenentwicklung bestimmte Diagnose- und Behandlungsmethoden sowie Arzneimittel nur für die Abgeltung in Hausarztmodellen freizugeben.
Ebenso werden in Artikel 35a gemäss Minderheit Gross Jost die Voraussetzungen für die Hausarztmodelle mit obligatorischer Budgetverantwortung detailliert umschrieben. Sie sind Voraussetzung für die Zulassung der Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Das Bundesamt für Sozialversicherung müsste also nicht nur die Hausarztmodelle anerkennen und mit der Zulassung überprüfen; es müsste jährlich auch die Durchschnittskosten pro zugelassenen Leistungserbringer bzw. Versicherten festsetzen, differenziert nach allgemein- und spezialärztlicher Medizin und nach verschiedenen Spitalregionen. Diese dürften nicht wesentlich überschritten werden. Auch die ausgehandelten Tarife müssten vom Bundesamt für Sozialversicherung genehmigt werden.
Der Bund müsste also bundesrechtliche Kriterien für die Bedarfsplanung aufstellen – dies im ambulanten und im stationären Bereich, denn in den obligatorischen Hausarztmodellen sind auch die stationären Anbieter einbezogen. Daher wurde von der Mehrheit das Modell der Minderheit II (Gross Jost) mit 14 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung als zu verpflichtend und bürokratisch abgelehnt.
Die Mehrheit der Kommission geht ebenfalls von einer Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung aus, und zwar anhand von Tarifverträgen gemäss Artikel 43 Absatz 2 Litera d. Diese Verträge, die im Gegensatz zur Lösung der Minderheit I nicht mit einzelnen Leistungserbringern, sondern mit Verbänden abgeschlossen werden, müssen die Elemente Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aus-, Weiter- und Fortbildung beinhalten. Damit wird analog zu TarMed eine Leistungspflicht der Kassen an ein Vertragselement gebunden. Es wird also nicht einfach nichts gemacht, sondern es müssen auch Verträge abgeschlossen werden, bei deren Nichterfüllung Sanktionen folgen. Die Eintrittsschwelle wird damit klar höher angesetzt, als dies heute der Fall ist.
Es besteht eine vertragliche Basis, die dem Bedarf angepasst werden kann. So können beispielsweise die Anforderungen an die Qualität bei einer zu hohen Anzahl von Anbietern angepasst werden, und Verträge können auch wieder aufgelöst werden: Sie sind nicht einfach sakrosankt, wie dies dargestellt wurde; es ist nicht so, dass dann keine Sanktionen ergriffen werden können. Dieselben Voraussetzungen gelten – das wurde ausdrücklich aufgenommen – auch für die ambulante Leistungserbringung in stationären Einrichtungen, wo wir heute bekanntlich eine grosse Mengenausweitung haben.
Um Berufsorganisationen und Versicherer zum Abschluss solcher Verträge zu motivieren oder sie besser gesagt einem sanften Druck auszusetzen, wurde in den Übergangsbestimmungen in Ziffer 8 festgehalten, dass diese Verträge bis zum 31. Dezember 2004 aufzustellen und vom Bundesrat zu genehmigen sind. Sie sollen also auf diesen Zeitpunkt hin den Zulassungsstopp für neue Praxen ablösen. Sollten sich die Vertragspartner bis zu diesem Zeitpunkt nicht einigen – und ich muss sagen, es ist ein ehrgeiziges Ziel –, so müsste der Bundesrat eine entsprechende Verordnung erlassen.
Die Kommissionsmehrheit ist der Meinung, dass mit diesem Vorgehen für Versicherte und Patienten eine kostenwirksamere, aber mit weniger Ungewissheiten verbundene Lösung gefunden wurde, die rascher greifen kann als die wenig konkrete und in einem Referendum echt gefährdete Vertragsfreiheit gemäss Antrag der Minderheit Widrig, obwohl dieser gegenüber der Fassung des Ständerates einige wesentliche Verbesserungen enthält.
Die Kommission hält mit der Überweisung ihres Postulates zudem daran fest, dass der Bundesrat einen Bericht über die Einführung der Vertragsfreiheit im ambulanten und im stationären Bereich vorlegen muss. Dieser soll klar die Möglichkeiten aufzeigen, wie eine Umsetzung in den Kantonen erfolgen kann. Die Kommission stimmte diesem Konzept mit 18 zu 5 Stimmen zu, in der Meinung, es handle sich um eine letzte Chance für die beteiligten Vertragspartner, bevor einschneidendere Massnahmen ergriffen werden müssen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je commencerai par là où Mme Heberlein a terminé son excellente présentation de ce problème difficile. Nous avons déjà institué, à la demande et avec l'accord du Conseil fédéral quant aux personnes choisies, dans mon département des groupes de travail comprenant les assureurs, les fournisseurs de prestations et d'autres, sur les quatre thèmes qui avaient été retenus: financement des hôpitaux – financement moniste; liberté de contracter; péréquation des risques; financement lié à la franchise – franchise en fonction du revenu, possibilité d'utiliser la participation aux coûts comme méthode incitative.
J'ai l'occasion de suivre le travail fourni par ces quatre groupes de travail qui sont tous dirigés par des spécialistes. Je dirai qu'ils ont un calendrier extrêmement ambitieux puisque leurs travaux doivent prendre fin au printemps. Ils ont très bien entrepris leur travail et mis en place une collaboration entre eux parce que chacun des thèmes a des liens avec les autres. La péréquation des risques et le financement des hôpitaux sont étroitement liés, par exemple. Donc je peux donner l'assurance à Mme Heberlein que ce travail est déjà entrepris et qu'il correspond aux voeux exprimés par la commission.
Ensuite, je souhaite réagir au bouquet de propositions présentées. Je n'entrerai pas dans le détail parce que Mme Heberlein l'a bien décrit.
J'aimerais dire que si quelqu'un dans ce pays sait ce que signifie appliquer une loi qui n'est pas mûre, aux conséquences de laquelle on n'a pas réfléchi, une loi pour laquelle on dit: «On verra bien» et «On pourra demander au Conseil fédéral de régler ces questions dans les ordonnances», si quelqu'un a vraiment souffert de cette situation, c'est moi. Je

ne sais pas s'il y a quelqu'un d'autre dans le pays qui a eu une telle tâche: essayer de comprendre ce qu'avait voulu le législateur – je vous rappelle que j'ai hérité de cette loi –, l'interpréter, trouver les instruments, entre autres préparer les ordonnances pour pallier – je le dis avec une certaine dureté – les lacunes du travail législatif. Cela n'est jamais sain.
Il n'est pas bon que, pour une question aussi centrale que celle-ci, le Parlement se décharge sur l'exécutif en disant: «On sait bien que ce n'est pas mûr, qu'on devra trouver des critères, que les caisses-maladie ne sont pas en mesure d'utiliser cette compétence énorme que la minorité I (Widrig) veut leur donner, mais ça ne fait rien, on aura fait quelque chose.» Non! Ce n'est pas se comporter comme un législatif raisonnable et responsable que de dire: «On fait quelque chose et puis on verra bien la suite.» Pas dans ce domaine! Pas dans un domaine qui concerne la liberté d'exercer une profession, la liberté thérapeutique du médecin et la liberté de choix du médecin par le patient. C'est dans ce domaine que vous voulez travailler à la tronçonneuse?
C'est exactement ce qu'a fait le Conseil des Etats: il a travaillé à la tronçonneuse en la matière. Le Conseil des Etats a dit: «Nous savons que cet aspect du projet n'est pas mûr, et nous espérons que le Conseil national le fera mûrir.» Or je vois que le Conseil national est confronté exactement aux mêmes difficultés et se console en disant qu'il y aura bien quelqu'un qui réglera les questions qui restent ouvertes. Cela ne va pas!
Je vous invite à choisir la voie de la prudence, où l'on sait autant que possible ce que l'on va faire, et surtout où l'on établit un garde-fou, car c'est de ça qu'il s'agit, de créer un équilibre entre les différents acteurs de la santé, notamment les fournisseurs de prestations et les assureurs. Je vous rappelle que le pouvoir des caisses est un pouvoir oligopolistique face à des médecins qui, si l'on ne s'adresse pas à leurs associations comme on le fait dans le modèle de la majorité, seront livrés au pouvoir des caisses.
Dans la mesure où vous considérez qu'il ne faut pas suivre le Conseil fédéral qui préférerait de toute façon mettre la question de la liberté de contracter au menu de la troisième révision, si vous voulez faire quelque chose, alors faites quelque chose là où il y a des gardes-fous, un équilibre des pouvoirs et la possibilité de négocier. Il n'y pas cette possibilité dans la version du Conseil des Etats. C'est la raison pour laquelle il faut la rejeter.
Le Conseil fédéral avait proposé de conférer aux caisses la liberté de contracter avec les fournisseurs de prestations de plus de 65 ans. Ce projet n'a pas trouvé grâce aux yeux du Conseil des Etats qui voulait aller plus loin quitte à ne pas savoir quels seraient les effets de ses décisions, et nous y avons renoncé.
La problématique de l'âge revient maintenant sous la forme de la proposition Meier-Schatz, qui est bien sûr beaucoup plus définitive. Elle prévoit un couperet: à 65 ans, c'est fini. Et, là, je dois dire que cette proposition va un peu loin. Elle va loin parce que, finalement, personne ne peut dire si les compétences intellectuelles des médecins notamment, que nous nous efforçons de revaloriser depuis l'entrée en vigueur de la LAMal – et le TarMed devrait permettre de le faire –, disparaissent à 65 ans. Certes, dans la mesure où l'intégralité des prestations fournies par les médecins sont prises en charge par une assurance sociale, je n'irai pas jusqu'à dire qu'ils sont des salariés, mais on peut dire qu'ils sont dans une situation où ils ont une assurance de revenu. Je le leur ai dit, ça ne leur a pas plu, mais je crois que cela est vrai. Mais, d'après ce que nous savons des médecins qui ont dépassé cette limite d'âge de 65 ans, c'est que très souvent ils réduisent rapidement le volume de leur activité. Je connais des médecins qui se sont concentrés sur des appuis de nature psychothérapique ou d'accompagnement de malades; souvent le médecin reste en activité tant que ses patients sont encore en vie et je pense que c'est un peu brutal que de dire: «Là, il y a un couperet».
Je serais plutôt d'avis que l'on revienne alors au projet initial du Conseil fédéral qui disait que, au fond, dans ce domaine, les caisses verraient bien quels sont les médecins ayant atteint l'âge de 65 ans qui ont des patients, qui font du bon travail, et ceux qui oeuvrent dans des spécialités où il peut être effectivement dangereux de les laisser continuer à exercer sans contrôle – je pense à celles où il y a des actes très techniques comme la chirurgie, par exemple. Je vous recommande dès lors de rejeter la proposition Meier-Schatz.
Si vous souhaitiez malgré tout introduire l'aspect de l'âge pour pratiquer à charge de l'assurance-maladie, je vous inviterais alors à adopter la version du Conseil fédéral qui prescrit la levée de l'obligation de contracter pour les fournisseurs de prestations de plus de 65 ans.
J'ajouterai pour votre information que cela n'est peut-être pas non plus tellement nécessaire de prévoir une telle limite d'âge dans la LAMal parce que ce sont les cantons qui fixent les conditions d'octroi et de retrait des autorisations de pratiquer des médecins, notamment dans le secteur ambulatoire. Or, la plupart des cantons ont fixé une limite d'âge de pratiquer à 70 ans, c'est-à-dire que de toute façon, par le biais de l'autorisation cantonale d'exercer, les médecins ayant dépassé l'âge de 70 ans qui exercent leur profession, deviennent de plus en plus rares. Dans ce sens-là, vous vous attaquez peut-être, Madame, à un problème qui n'est pas aussi brûlant qu'il pourrait le paraître.
Si c'était possible, je vous recommanderais, dans ce cas, d'adhérer plutôt au projet du Conseil fédéral.

**Walker** Felix (C, SG): Frau Bundesrätin, vor etwas mehr als zwei Jahren hat Ihnen die zuständige Kommission einstimmig den Auftrag erteilt, Sie sollten Rahmenbedingungen bzw. Entscheidungsgrundlagen für die Vertragsfreiheit vorbereiten. Heute kommen Sie und werfen uns vor, es sei unverantwortlich, ein Gesetz so zu verabschieden, wie es jetzt da stehe, weil es nicht reif sei. Haben Sie in Ihrem Departement in der Zwischenzeit die einschlägigen Aufgaben erfüllt? Wenn nein, warum nicht?

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je peux répondre très clairement. Vous avez reçu le message du Conseil fédéral qui vous dit pourquoi le Conseil fédéral ne vous recommande pas de faire ce pas vers la levée générale de l'obligation de contracter. Il suffit de relire le message et vous verrez que nous avons fait notre travail.

**Meier-Schatz** Lucrezia (C, SG): Madame la Conseillère fédérale, ne pensez-vous pas qu'il soit souhaitable que le Conseil adopte dans un premier temps ma proposition, ceci afin de permettre au Conseil des Etats de la reprendre et éventuellement de retravailler la formulation? Il est incontestable que la limite d'âge fixée est plus précise que celle retenue par le projet du Conseil fédéral. Mais à mon avis, il importe de limiter l'activité professionnelle de ces médecins, ce d'autant plus qu'ils peuvent poursuivre leur activité pour leurs patients privés et semi-privés.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: D'abord, je ne suis pas tout à fait d'accord avec la différence qui est faite entre «patients privés» et «patients semi-privés», parce que c'est une distinction qui vaut essentiellement pour le secteur hospitalier, et je considère que de la glisser dans le système de médecine libérale, de médecine de ville, serait extrêmement dangereux. J'ai cru d'ailleurs comprendre que vous ne souhaitiez pas amener les assurés à devoir conclure des assurances complémentaires pour pouvoir aller chez le médecin de leur choix.
Pour ce qui est de la question que vous m'avez posée, elle s'adresse bien sûr à vos collègues du Conseil. Je n'ai donc pas à me prononcer, mais je crois que je ne peux pas remettre, moi, en débat, tel quel, le projet du Conseil fédéral; donc il n'y a que la possibilité de vous suivre ou de ne pas vous suivre. Si les membres du Conseil vous suivent, il faut qu'ils

sachent que cela n'est peut-être pas la fin de l'histoire. Et je crois que nous sommes d'accord là-dessus.
Maintenant, je dirai très rapidement que la proposition Beck se caractérise par un schématisme absolu: 90 pour cent. M. Beck a décidé qu'il y avait 10 pour cent de médecins en trop, mais il ne nous indique pas comment on peut, par exemple, savoir s'il y en a 10 pour cent de trop en Suisse orientale, 10 pour cent de trop en Suisse latine, et c'est alors de nouveau le Conseil fédéral qui doit intervenir et déterminer ce qu'il en est.
Lorsque je lis qu'il faut qu'il y ait «é tablissement de relations contractuelles des assureurs avec 90 pour cent des prestataires», Monsieur Beck, il n'y a pas de «au moins», il n'y a pas de «au plus», il y a un chiffre et ce chiffre-là, vous me permettrez de dire qu'il est schématique. C'est donc une proposition qui, dans ce sens-là, me paraît également peu réfléchie.
Il y a encore la proposition Guisan. J'ai cru comprendre que M. Guisan la liait à la décision qui sera prise quant au type de régulation entre prestataires de soins et assureurs. Je dois dire que cette proposition d'article 42b est intéressante dans la mesure où elle part de l'idée qu'il faudra bien empêcher des médecins et d'autres prestataires de soins de multiplier des prestations inutiles. Si ces prestataires de soins fournissent de manière répétée des prestations inutiles, alors ils ne doivent pas pouvoir les facturer à quiconque: ni à une caisse-maladie, ni bien sûr aux patients. C'est une idée qui me paraît intéressante, mais je ne sais pas comment on pourrait actuellement la transposer dans la pratique. Je pense qu'il faut faire les choses pas par pas, d'abord introduire la carte d'assuré, et puis régler les problèmes de protection de données afin de passer à une carte de santé, et à ce moment-là, on aura l'instrument qui nous permettra de dire s'il y a des prestations inutiles.
Je dois dire, Monsieur Guisan, que si j'ai de la sympathie pour votre proposition, je dirai surtout que j'ai la plus grande sympathie pour les paroles que vous avez prononcées tout à l'heure et qui s'opposaient à la levée de l'obligation de contracter.

*Art. 35 Abs. 1, 1bis–1quinquies*
*Art. 35 al. 1, 1bis–1quinquies*

*Erste Abstimmung – Premier vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3229)
Für den Antrag Meier-Schatz .... 61 Stimmen
Dagegen .... 90 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3174)
Für den Antrag der Minderheit I .... 104 Stimmen
Für den Antrag Dunant .... 38 Stimmen

*Dritte Abstimmung – Troisième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3227)
Für den Antrag der Minderheit I .... 136 Stimmen
Für den Antrag Beck .... 10 Stimmen

*Vierte Abstimmung – Quatrième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3175)
Für den Antrag der Minderheit I .... 94 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II .... 60 Stimmen

*Fünfte Abstimmung – Cinquième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3176)
Für den Antrag der Mehrheit .... 91 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 76 Stimmen

*Art. 42b*

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3191)
Für den Antrag Guisan .... 167 Stimmen
(Einstimmigkeit)

*Art. 58 Abs. 1a – Art. 58 al. 1a*

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3230)
Für den Antrag der Mehrheit .... 107 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 60 Stimmen

**Art. 35 Abs. 2 Bst. i**
*Antrag der Kommission*
i. Geburtshäuser;

**Art. 35 al. 2 let. i**
*Proposition de la commission*
i. les maisons de naissance;

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit

*Minderheit*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Titel*
Hausarztmodelle
*Abs. 1*
Verträge über Hausarztmodelle werden unter einem oder mehreren Versicherern mit einem oder mehreren Leistungserbringern im Bereich der ambulanten Versorgung eines oder mehrerer Kantone abgeschlossen.
*Abs. 2*
Sie müssen alle grundversicherten Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich anbieten. Sie können auch zusatzversicherte Leistungen anbieten.
*Abs. 3*
Die Zugehörigkeit zu einem anerkannten Hausarztmodell berechtigt zur Abrechnung von Grundleistungen gemäss KVG im Vertragsgebiet auch ausserhalb des Wohnsitzkantons des Versicherten, ohne dass ein medizinischer Notfall vorliegen muss.
*Abs. 4*
Hausarztmodelle werden durch das Bundesamt für Sozialversicherung anerkannt, wenn sie:
a. die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung gemäss Artikel 35 Absatz 1bis erfüllen;
b. die Versorgungssicherheit gemäss Artikel 35 Absatz 1bis gewährleisten;
c. Budgetverantwortung übernehmen; das heisst, die durch den Bund jährlich festgesetzten Durchschnittskosten pro angeschlossenen Versicherten, differenziert nach allgemein- und spezialärztlicher Medizin und den verschiedenen Spitalregionen, nicht wesentlich überschreiten. Eine wesentliche Überschreitung des durch das Bundesamt für Sozialversicherung genehmigten Budgets führt zu einer entsprechenden Anpassung der Tarife nach unten im Folgejahr;
d. über eine geordnete paritätische Verwaltung verfügen.
*Abs. 5*
Die von den Vertragspartnern in anerkannten Hausarztmodellen ausgehandelten Tarife sind nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigungsbedürftig. Zuständig ist bei interkantonalen Hausarztmodellen das Bundesamt für Sozialversicherung.
*Abs. 6*
Hausarztmodelle legen dem Bundesamt für Sozialversicherung jährlich ihre Gesamtrechnung mit Tarifantrag für das nächste Jahr vor. Das Bundesamt entscheidet über deren Genehmigung und ordnet nötigenfalls die nach Absatz 4 Buchstabe c notwendigen Tarifanpassungen an.

**Art. 35a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité

Ref. 3229

# NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

# CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 35: 1er vote: Proposition Meier-Schatz

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 18:05:55

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | = | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | = | R | BE |
| Baumann Alexander | = | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | = | V | ZH |
| Blocher | = | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | = | V | ZH |
| Bosshard | = | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | o | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | = | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | = | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | o | S | GE |
| Decurtins | = | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | = | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | = | R | AG |
| Eggly | = | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | o | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | = | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | = | V | ZH |
| Fehr Mario | o | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | = | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | = | V | AG |
| Glasson | o | R | FR |
| Glur | = | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | o | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | = | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | = | V | BE |
| Hämmerle | * | S | GR |
| Hassler | = | V | GR |
| Heberlein | = | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | o | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | o | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | = | V | LU |
| Kurrus | = | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | = | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | o | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maître | = | C | GE |
| Mariétan | = | C | VS |
| Marti Werner | * | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | = | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | = | R | TG |
| Meyer Thérèse | = | C | FR |
| Mörgeli | = | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | = | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | o | S | TI |
| Pelli | = | R | TI |
| Pfister Theophil | = | V | SG |
| Polla | = | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | = | R | BS |
| Rechsteiner Paul | o | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | o | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | = | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | = | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | = | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | * | V | BE |
| Siegrist | o | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | = | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | = | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | = | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | = | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | o | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | o | S | ZH |
| Theiler | = | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | = | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | = | R | SG |
| Weyeneth | = | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | = | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | = | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | = | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 61 |
| nein / non / no | 90 |
| enth. / abst. / ast. | 15 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 33 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 19 | 9 | 0 | 4 | 26 | 0 | 2 | 1 |
| nein / non / no | 12 | 0 | 6 | 25 | 5 | 4 | 38 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 | 0 | 1 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 4 | 1 | 0 | 11 | 8 | 1 | 4 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

Ref. 3174

**NATIONALRAT**
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

**CONSEIL NATIONAL**
Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 35: 2ème vote

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 18:06:55

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | o | S | ZH |
| Aeschbacher | o | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | o | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | = | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | o | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | o | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | = | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | = | V | BS |
| Dupraz | = | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | = | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | o | G | FR |
| Fässler | o | S | SG |
| Fattebert | = | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | o | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | o | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | = | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | = | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | = | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | o | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | o | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | o | S | BS |
| Haering Binder | o | S | ZH |
| Haller | = | V | BE |
| Hämmerle | o | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | o | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | o | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | o | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | = | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | o | C | GE |
| Mariétan | = | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | o | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | = | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | = | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | o | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | * | V | BE |
| Siegrist | = | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | = | C | TI |
| Sommaruga | o | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | o | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | o | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | o | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | = | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | o | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | o | S | BE |
| Zäch | = | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | o | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 104 |
| nein / non / no | 38 |
| enth. / abst. / ast. | 27 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 30 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 20 | 7 | 0 | 24 | 27 | 0 | 25 | 1 |
| nein / non / no | 7 | 0 | 6 | 7 | 2 | 1 | 15 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 4 | 2 | 0 | 0 | 17 | 3 | 1 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 4 | 1 | 0 | 10 | 6 | 1 | 4 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la minorité I (Widrig)
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition Dunant (35 Abs. 1 quinquies)

Ref. 3227

# NATIONALRAT / CONSEIL NATIONAL

Abstimmungsprotokoll — Namentliche Abstimmung / Vote nominatif — Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 35: 3ème vote

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 18:07:57

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | o | E | ZH |
| Antille | o | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | o | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | o | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | o | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | o | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | o | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | = | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | + | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | + | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | = | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | o | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | o | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | o | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | o | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | o | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | o | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | o | S | VD |
| Maitre | o | C | GE |
| Mariétan | o | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | o | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | o | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | = | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | o | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | o | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | o | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | o | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | o | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | o | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 136 |
| nein / non / no | 10 |
| enth. / abst. / ast. | 24 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 29 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 22 | 8 | 0 | 25 | 38 | 1 | 41 | 1 |
| nein / non / no | 0 | 1 | 6 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 9 | 0 | 0 | 4 | 8 | 3 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 4 | 1 | 0 | 10 | 6 | 1 | 3 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la minorité I (Widrig)
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition Beck

Ref. 3175

# NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

# CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 35: 4ème vote

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 18:08:55

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | o | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | o | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | o | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | o | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | o | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | o | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | o | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | o | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | o | C | GE |
| Mariétan | o | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | o | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | o | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | o | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | o | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | o | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | o | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 94 |
| nein / non / no | 60 |
| enth. / abst. / ast. | 16 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 29 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 20 | 0 | 6 | 26 | 0 | 0 | 42 | 0 |
| nein / non / no | 0 | 9 | 0 | 0 | 46 | 4 | 0 | 1 |
| enth. / abst. / ast. | 11 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 4 | 1 | 0 | 10 | 6 | 1 | 3 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la minorité I (Widrig)
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité II Gross Jost

Ref. 3176

# NATIONALRAT / CONSEIL NATIONAL

Abstimmungsprotokoll — Namentliche Abstimmung / Vote nominatif — Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 35: 5ème vote

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 18:09:57

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | = | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | + | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | = | R | BE |
| Baumann Alexander | = | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | = | V | ZH |
| Blocher | = | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | = | V | ZH |
| Bosshard | = | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | = | C | SZ |
| Egerszegi | o | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | = | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | + | S | SG |
| Fattebert | = | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | = | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | = | V | ZH |
| Fehr Mario | + | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Föhn | = | V | SZ |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | = | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | = | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | = | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | = | V | BE |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Hassler | = | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | = | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Imfeld | = | C | OW |
| Imhof | = | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | + | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | = | V | LU |
| Kurrus | = | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | = | C | LU |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | = | C | AG |
| Loepfe | = | C | AI |
| Lustenberger | = | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | = | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | = | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | = | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | = | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | = | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | = | R | TI |
| Pfister Theophil | = | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | = | C | TG |
| Randegger | = | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | = | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | = | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | = | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | = | R | BE |
| Schwaab | * | S | VD |
| Seiler Hanspeter | = | V | BE |
| Siegrist | = | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | = | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | = | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | o | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | = | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | = | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | = | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | = | R | SG |
| Weyeneth | = | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | = | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | = | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 91 |
| nein / non / no | 76 |
| enth. / abst. / ast. | 2 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 30 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 18 | 9 | 4 | 8 | 45 | 4 | 2 | 1 |
| nein / non / no | 13 | 0 | 2 | 22 | 0 | 0 | 39 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 4 | 1 | 0 | 10 | 7 | 1 | 3 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la Majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité I (Widrig)

Ref. 3191

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Ad Art. 35: 6ème vote Art. 42b (nouveau) Proposition Guisan

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 18:11:06

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | + | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | + | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | + | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | * | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | * | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | + | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | o | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 167 |
| nein / non / no | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 31 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 29 | 9 | 6 | 30 | 46 | 4 | 42 | 1 |
| nein / non / no | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 5 | 1 | 0 | 11 | 6 | 1 | 3 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

Ref. 3230

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 35: 7ème vote Art. 58

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 18:12:11

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | * | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | * | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 107 |
| nein / non / no | 60 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 32 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 29 | 0 | 6 | 31 | 0 | 0 | 41 | 0 |
| nein / non / no | 0 | 9 | 0 | 0 | 46 | 4 | 0 | 1 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 6 | 1 | 0 | 10 | 6 | 1 | 4 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Goll

*Minorité*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Titre*
Modèles de médecin de famille
*Al. 1*
Les contrats ayant trait aux modèles de médecin de famille sont conclus entre un ou plusieurs assureurs et un ou plusieurs fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire d'un ou de plusieurs cantons.
*Al. 2*
Ils incluent nécessairement l'ensemble des prestations du secteur ambulatoire et hospitalier qui sont couvertes par l'assurance de base. Ils peuvent également porter sur des prestations relevant de l'assurance complémentaire.
*Al. 3*
L'affiliation à un modèle de médecin de famille agréé autorise l'intéressé à facturer les prestations de base prévues par la LAMal dans le rayon conventionnel et également hors du canton de résidence de l'assuré indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une urgence médicale.
*Al. 4*
L'Office fédéral des assurances sociales procède à l'agrément des modèles de médecin de famille pour autant que:
a. les critères de «caractère économique» et de «garantie de la qualité» prévus à l'article 35 alinéa 1bis soient remplis;
b. la garantie de couverture en soins médicaux prévue à l'article 35 alinéa 1bis soit effective;
c. lesdits modèles se conforment à une certaine discipline budgétaire, c'est-à-dire qu'ils ne dépassent pas de manière substantielle les coûts moyens par assuré, fixés chaque année par le Conseil fédéral, ces derniers étant différents pour les généralistes et pour les spécialistes et variant également en fonction des régions hospitalières; tout dépassement substantiel du budget approuvé par l'Office fédéral des assurances sociales entraîne un ajustement des tarifs vers le bas pour l'année suivante;
d. lesdits modèles sont gérés de manière paritaire.
*Al. 5*
Les tarifs convenus par les parties au contrat dans le cadre des modèles de médecin de famille font l'objet d'une approbation conformément aux dispositions de l'article 46 alinéa 4. Pour les modèles de médecin de famille intercantonaux, cette approbation est du ressort de l'Office fédéral des assurances sociales.
*Al. 6*
Chaque année, les modèles de médecin de famille présentent, pour approbation, leur compte général accompagné de leurs tarifs pour l'exercice suivant à l'Office fédéral des assurances sociales qui statue en la matière. Le cas échéant, ce dernier peut exiger que les intéressés modifient ces tarifs en vertu de l'article 4 lettre c.

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

**Art. 38**
*Antrag der Kommission*
Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c bis g, i und m. Er hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen an.

**Art. 38**
*Proposition de la commission*
Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'article 35 alinéa 2 lettres c à g, i et m. Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 39**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1 Einleitung*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 1 Bst. b*
*Mehrheit*
Unverändert
*Minderheit*
(Baumann Stephanie, Cavalli, Dormond Marlyse, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rossini)
b. über das gemäss den Bestimmungen des Bundesrates erforderliche Fachpersonal verfügen;

*Abs. 1 Bst. d, e*
*Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Minderheit I*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
d. der auf interkantonaler Ebene aufgrund der vom Bundesrat erlassenen Kriterien aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen;
e. auf der in Kategorien gegliederten interkantonalen Spitalliste aufgeführt sind.
*Minderheit II*
(Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini)
d. .... in die Planung einzubeziehen sind. Eine bedarfsgerechte Spitalversorgung beinhaltet genügende Kapazitäten für Patienten mit Hotellerieversicherung;
e. Unverändert

*Abs. 1 Bst. f*
*Mehrheit*
f. im Bereich der Spitzenmedizin der vom Bund erstellten Planung entsprechen.
*Minderheit*
(Guisan, Dunant, Gutzwiller, Heberlein, Suter, Triponez)
Streichen

*Abs. 2, 3, 4*
*Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Minderheit I*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
Bezugnahme auf kantonale Ebene streichen und mit interkantonal ersetzen.

*Abs. 3bis*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit
*Minderheit*
(Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Der Bundesrat legt die Bedingungen fest, welche die Kantone mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen an Leistungserbringer im Bereich der von den Sozialversicherungen vergüteten Leistungen stellen können.

*Abs. 5*
Die Bedingungen nach Artikel 43 Absatz 2 Buchstabe d gelten auch für die ambulante Leistungserbringung in stationären Einrichtungen.
*Abs. 6*
Der Bundesrat kann Grundsätze zur kantonalen und interkantonalen Planung erlassen. Diese Grundsätze dienen insbesondere dazu, gemeinsame Planungen durch mehrere Kantone zu fördern. Er hört zuvor die Kantone an.

*Antrag Gysin Remo*
*Abs. 6*
Der Bundesrat erlässt Grundsätze zur kantonalen und interkantonalen Planung. Diese ....

**Art. 39**
*Proposition de la commission*
*Al. 1 introduction*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 1 let. b*
*Majorité*
Inchangé
*Minorité*
(Baumann Stephanie, Cavalli, Dormond Marlyse, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rossini)
b. disposent du personnel qualifié nécessaire conformément aux dispositions arrêtées par le Conseil fédéral;

*Al. 1 let. d, e*
*Majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Minorité I*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
d. correspondent à la planification des besoins en soins hospitaliers, établie au niveau intercantonal sur la base de critères édictés par le Conseil fédéral;
e. figurent sur la liste intercantonale fixant ....
*Minorité II*
(Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini)
d. .... devant être pris en considération de manière adéquate. La couverture en soins hospitaliers proposée doit offrir une capacité d'accueil suffisante pour les patients au bénéfice d'une assurance-hôtellerie;
e. Inchangé

*Al. 1 let. f*
*Majorité*
f. dans le domaine de la médecine de pointe, correspondent à la planification établie par la Confédération.
*Minorité*
(Guisan, Dunant, Gutzwiller, Heberlein, Suter, Triponez)
Biffer

*Al. 2, 3, 4*
*Majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Minorité I*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
Supprimer la référence au seul niveau cantonal: remplacer par l'intercantonal.

*Al. 3bis*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité
*Minorité*
(Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Le Conseil fédéral fixe les conditions en vertu desquelles les cantons sont habilités à délivrer des mandats aux fournisseurs de prestations en matière de prestations prises en charge au titre des assurances sociales.

*Al. 5*
Les conditions de l'article 43 alinéa 2 lettre d s'appliquent également aux prestations ambulatoires fournies en milieu hospitalier.
*Al. 6*
Le Conseil fédéral peut édicter des principes en matière de planification cantonale et intercantonale. Ces principes visent notamment à favoriser la planification conjointe par plusieurs cantons. Il consultera au préalable les cantons.

*Proposition Gysin Remo*
*Al. 6*
Le Conseil fédéral édicte des principes en matière de planification cantonale et intercantonale. Ces principes ....

**Baumann** Stephanie (S, BE): Wir haben hier im Nationalrat vor einem Jahr eine Motion mit dem Titel «Für eine Aufwertung der Krankenpflege» (00.3521) überwiesen. In dieser Motion waren verschiedene Massnahmen aufgelistet, welche alle zum Ziel hatten, dem Personalnotstand in der Pflege entweder kurz- oder auch längerfristig begegnen zu können. Gefordert wurde zum Beispiel, die Stellung der Pflege im Krankenversicherungsgesetz zu verbessern und damit auch das Image der Pflegeberufe aufzupolieren.
Der erste kleine Schritt wurde heute bereits stillschweigend bei Artikel 2 getan, indem wir neben den medizinischen Untersuchungen und Behandlungen im Gesetz jetzt neu auch die Pflegemassnahmen erwähnen. Bei Artikel 39 wäre jetzt der zweite kleine Schritt fällig: Hier wird nämlich definiert, welche stationären Einrichtungen zugelassen werden dürfen, und zu den Anforderungen für die Zulassung gehört gemäss dem Gesetz, dass die ärztliche Betreuung gewährleistet wird und dass das erforderliche Fachpersonal vorhanden sei.
Meine Minderheit beantragt, dass die Bestimmung hier präzisiert wird, indem der Bundesrat die Minimalbedingungen für dieses erforderliche Fachpersonal festlegen soll. Wir haben anlässlich der Beratung der erwähnten Motion hier drin ja alle beteuert, dass uns die Pflegequalität am Herzen liegt. Qualität kann aber nur sichergestellt werden, wenn auch genügend gut ausgebildete und erfahrene Pflegefachkräfte angestellt werden. Wenn der Qualitätsstandard nicht kantonal oder von Institution zu Institution unterschiedlich berücksichtigt und unterschiedlich beurteilt werden soll, wenn Pflegequalität in der ganzen Schweiz, in allen Spitälern und Heimen gleich hoch gehalten werden soll, braucht es dafür einheitliche Vorgaben. Wir kennen heute verschiedene Systeme zur Leistungserfassung im stationären Pflegebereich. Weltweit werden diese Qualitätssysteme zurzeit eingeführt. Dank dieser Datenerfassung sind jetzt auch Aussagen darüber möglich, wie viele Fachkräfte für die qualitativ gute Pflege bei einem bestimmten Patientensegment vorhanden sein sollten. Die Grundlagen sind also vorhanden, damit der Bundesrat einheitliche Bestimmungen erlassen kann.
Ich bitte Sie deshalb, diese Präzisierung hier in den Gesetzestext aufzunehmen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): J'aborde un autre thème que ceux que nous avons traités jusqu'à présent, c'est celui de la planification hospitalière, et indirectement le lien à la problématique du financement moniste, qui sera traitée dans les dispositions transitoires mais qui a une relation directe avec cet objet.
Ma proposition de minorité à l'article 39 alinéa 1er lettres d et e vise à introduire trois éléments relativement importants à mon avis: d'abord une notion de planification intercantonale, ensuite la définition de critères de planification, et finalement le maintien des listes hospitalières, mais évidemment, en cohérence avec ma proposition, au niveau intercantonal et non plus cantonal.
Le but de cette proposition de minorité est de s'attaquer à l'un des véritables problèmes du système de santé suisse, un problème structurel qui est celui du fédéralisme et que nous devons impérativement prendre en considération si nous voulons véritablement entreprendre une démarche de rationalisation du système.
Le fédéralisme, s'il nous est cher au niveau institutionnel, nous est très cher au niveau financier. Sur un territoire relativement petit pour une population de 7,3 millions d'habitants, notre fédéralisme dans le domaine de la santé est devenu désuet. Il génère des inefficacités; il est inefficient et est un frein à la rationalisation.
Par conséquent, il me paraît particulièrement important de rediscuter, redynamiser et moderniser cette relation entre Confédération et cantons, mais également régions et communes dans le domaine de la planification hospitalière. L'objectif est d'avoir les meilleures synergies possibles, d'avoir des collaborations optimales, d'éviter des effets pervers macroéconomiques (investissements inadéquats dans certains cantons), tout simplement parce que le problème des hospitalisations intercantonales est un problème réel. Enfin, il s'agit d'avoir une vision d'ensemble qui prenne en considé-

ration à la fois le domaine hospitalier, mais aussi celui des établissements médicosociaux et des soins à domicile.
Malheureusement, on se rend compte que chaque fois que l'on tente de toucher au fédéralisme, on touche à un tabou alors qu'il y aurait des possibilités d'éviter la réaction simple d'opposition nationalisation/cantonalisation.
Je crois que le but de ma proposition de minorité, à savoir de postuler des planifications intercantonales, est justement d'éviter une nationalisation de la planification, car on doit maintenir une proximité avec le terrain. Cette proposition aurait le mérite, par ailleurs, de donner un coup de pouce, un véritable coup de main aux cantons pour dépasser les blocages qui sévissent à l'intérieur de leurs frontières, en regard de la démocratie cantonale, mais aussi, malheureusement, en regard des querelles de clocher et régionalismes qui caractérisent la planification hospitalière. En édictant des critères de planification, la Confédération donnerait véritablement une ligne directrice avec une marge de manoeuvre et des objectifs clairement établis pour les cantons. Ce serait là un soutien indispensable.
Le rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats a analysé les recours au Conseil fédéral en matière de planification et a montré que dans le cadre de cette pratique des recours, nous n'avions véritablement pas de ligne directrice, que les cantons restaient livrés à eux-mêmes, et cette situation est insatisfaisante. Aujourd'hui, nous avons plus de 250 hôpitaux de soins aigus en Suisse. Selon des critères de masse critique avec 200 à 300 lits, 30 à 40 hôpitaux suffiraient. Sans une attitude volontariste, sans faire sauter ces frontières cantonales, sans avoir le courage de raisonner un petit peu plus large, nous n'aboutirons pas à une maîtrise structurelle du système et, par conséquent, à une maîtrise des coûts.
Enfin, pour conclure, en regard aussi de la discussion de tout à l'heure sur le financement moniste, il faut rappeler que selon la constitution, il revient à l'autorité de définir l'accès aux soins et l'offre de prestations. Par conséquent, ne point postuler de planification hospitalière, comme on en discutera tout à l'heure avec le financement moniste, c'est faire jouer une concurrence qui est anticonstitutionnelle.
Je vous invite par conséquent à soutenir la proposition de minorité I.

**Guisan** Yves (R, VD): La proposition de la majorité, à l'article 39 alinéa 1er lettre f, comporte des éléments contraignants contraires à la créativité et se heurte à une définition pour le moins peu claire.
Tout d'abord, qu'est-ce que la médecine de pointe? Elle ne se limite certes pas à la transplantation et à la thérapie génique en gestation, par exemple. Dans chaque spécialité, il existe des domaines de pointe dont les applications limitées à quelques institutions et quelques chercheurs font partie à terme d'une pratique médicale généralisée par la suite. Comment allons-nous délimiter cela? et surtout qui va le faire? L'Office fédéral des assurances sociales n'en a certainement pas les moyens. Il s'agit de permettre à chacun de développer sa créativité, quitte à ce que par la suite la répartition des ressources se fasse au profit de ceux qui sont le mieux à même de les mettre en valeur. Les modalités incitatives sont toujours infiniment préférables aux dispositions contraignantes. Les récents accords Vaud-Genève à ce sujet montrent bien que les partenaires optimalisent la situation lorsqu'ils y sont poussés.
Ensuite, la LAMal postule expressément que la recherche et l'enseignement n'émargent pas à l'assurance sociale. On peut donc se poser la question de l'incongruité de cette disposition. La médecine de pointe, non généralisée, fait quasiment partie, par définition, de la recherche clinique. C'est donc probablement l'attribution des crédits y relatifs qui est prépondérante dans ce domaine, et non les dispositions de l'assurance sociale, bien qu'elles aient indubitablement une interrelation profonde, l'une n'étant pas possible sans les autres. Cette disposition est donc au mauvais endroit dans une loi sociale.
Au nom de la minorité, je vous invite donc à biffer cette disposition, davantage susceptible d'enferrer la recherche dans la bureaucratie qu'autre chose. Elle est déjà suffisamment confrontée aux frustrations administratives sans en rajouter.

**Baumann** Stephanie (S, BE): Entschuldigung, aber es wird jetzt hier im Saal wohl allen so gehen, dass wir uns ein bisschen organisieren müssen, weil in einem Artikel so viele Themen zusammengenommen werden und so viele Anträge in einem Block diskutiert werden müssen. Es stellt einige Anforderungen, den Überblick behalten zu können.
Wir sind bei der Planung: Überkapazitäten verursachen unnötige Kosten. Deshalb müssten wir alle das grösste Interesse haben, solche Überkapazitäten zu vermeiden. Das können wir nur, wenn die öffentliche Hand, also Bund und Kantone das Angebot bedarfsgerecht und restriktiv planen können, und dafür müssen die notwendigen Instrumente bereitstehen. Ich weiss: Es gibt immer noch Leute, die behaupten, der Wettbewerb könne das Angebot regeln. Das ist ein Irrglaube, denn die Erfahrung hat gezeigt, dass überall, wo die Kantone bisher nicht eingreifen wollten oder konnten, die privaten Leistungserbringer wie Pilze aus dem Boden geschossen sind, dass bei den finanziell lukrativen Leistungen ein Überangebot besteht und damit auch eine Mengenausweitung stattfindet. Bisher ging das vor allem auf Kosten der Privatversicherten.
In dieser Revision werden Sie aber – zwar gegen meinen Willen, aber Sie werden es vermutlich doch tun – in Artikel 49 leider beschliessen, dass auch private Institutionen vom Kanton mitfinanziert werden müssen. Die Kantone werden daher grösseres Interesse daran haben, eine bedarfsgerechte Spitalplanung zu erstellen. Dass sie dies auch tun können, möchte ich hier sicherstellen. Es ist im Gesetz jetzt schon mal klarer geregelt, dass die Kantone nur Beiträge an Leistungen bezahlen müssen, für die ein Leistungsauftrag besteht. So weit, so gut! Nun existieren aber zurzeit in verschiedenen Kantonen noch Spitallisten, auf welchen Privatspitäler ohne Leistungsauftrag aufgeführt sind. Diese Privatspitäler wollen sicher alle auf der Spitalliste bleiben und werden sich logischerweise um einen Leistungsauftrag bemühen. Auch alle privaten Institutionen, die bisher nicht auf der Spitalliste waren, werden einen Leistungsauftrag und auch einen Listenplatz haben wollen, um damit die Subventionen ergattern zu können.
Wie kann ein Kanton nun ein Privatspital von der Liste streichen oder einem neuen Privatspital die Aufnahme verweigern? Die Sanitätsdirektorenkonferenz hat verlangt, explizit zu sagen, dass an die Erteilung von Leistungsaufträgen Bedingungen geknüpft werden können. Die Kantone wollen damit sicherstellen, dass sie wirklich bedarfsgerecht planen können und nicht Leistungsaufträge erteilen und Leistungen bezahlen müssen, die für eine gute Versorgung gar nicht notwendig wären. In der Kommission wurde uns zu diesem Punkt gesagt, das sei ja eine Selbstverständlichkeit, an Aufträge könne man immer Bedingungen knüpfen. Also gehen wir davon aus, dem sei so; einverstanden. Aber was passiert, wenn ein Privatspital keinen Leistungsauftrag erhält, Schadenersatzforderungen stellt und Beschwerde beim Bundesrat führt? Wird der Bundesrat die bedarfsgerechte Planung der Kantone stützen? Die Entscheide, welche der Bundesrat bisher bei ähnlichen Fragestellungen gefällt hat, geben mir zu keinen Hoffnungen Anlass.
Ich beantrage hier deshalb, dass der Bundesrat die Bedingungen auflistet, die an Leistungsaufträge geknüpft werden können, damit er sich später im Beschwerdefall nicht mehr rückwärts aus der Sache herausziehen kann. Solche Bedingungen und Kriterien können bei den Kantonen erfragt werden; sie betreffen z. B. Notfall, Weiterbildung, Aufnahmepflicht für Grundversicherte usw. Entweder erstellt der Bundesrat selber eine Liste mit solchen möglichen Bedingungen, oder er erklärt hier ausdrücklich, dass er die Bedingungen der Kantone anerkennt und dann im Beschwerdefall auch stützt. Dies wäre der Inhalt meines Antrages.

**Borer** Roland (V, SO): Frau Baumann, vielleicht habe ich nicht aufgepasst, dann möchte ich mich im Voraus entschuldigen. Aber wir haben es heute in der Diskussion so gehalten, dass wir in der Regel unsere Interessen offen gelegt haben. Wenn ich es verpasst habe, bitte ich Sie nochmals um Entschuldigung. Dürfte ich Sie sonst aber bitten, Ihre Interessenbindung offen zu legen?

**Baumann** Stephanie (S, BE): Das mache ich gerne. Sie haben gut aufgepasst, und ich entschuldige mich. Ich werde jetzt meine Interessenbindung offen legen, hoffe aber aus zeitlichen Gründen, dass ich es nicht jedes Mal machen muss, wenn ich spreche: Ich bin Präsidentin des Verwaltungsrates des Inselspitals Bern; das Inselspital ist ein Universitätsspital und damit ein öffentliches Spital.

**Gysin** Remo (S, BS): Darf ich Sie bitten, Seite 17 aufzuschlagen: Ich spreche zu Absatz 6 gemäss der Mehrheit. Ich habe auch nur eine kleine Änderung vorzuschlagen. Ich möchte den ersten Satz in eine verbindlichere Form bringen: «Der Bundesrat kann Grundsätze zur kantonalen und interkantonalen Planung erlassen.» Neu sollte der Satz lauten – das ist mein Antrag –: «Der Bundesrat erlässt Grundsätze zur kantonalen und interkantonalen Planung.»
Ich begründe das wie folgt: Es ist klar, dass die Planung bedürfnisorientiert sein soll und zur Vermeidung von Überangeboten beitragen soll. Hiermit ist sie ein Sparinstrument; das setze ich als Kenntnis voraus. Wenn nun aber jeder Kanton für sich plant, gibt es 26 Teile, die sich nicht zu einem optimalen Ganzen zusammenführen lassen. Die Planungen der Kantone werden nicht einmal, untereinander vergleichbar sein, wenn sie nicht den gleichen Parametern, den gleichen Planungskriterien folgen. Auch der Föderalismus braucht Unterstützung, damit er funktioniert. Diese möchte ich ihm hier mit meinem Antrag geben.
Der Bund soll deswegen Grundsätze zur kantonalen und interkantonalen Planung erlassen. Er sollte dies nicht nur tun können, sondern er sollte dies auch tatsächlich im Interesse der Kantone und des Gesundheitssystems tun müssen. Es hat keinen Sinn, eine Kompetenz zu geben und die Umsetzung dem Bundesrat zu überlassen, der in diesen Fragen zögerlich ist. Es ist ein Bedürfnis der Kantone, dass sie Planungen haben, die untereinander vergleichbar sind. Hiermit schafft der Bund Anreize zur gemeinsamen Planung. Das will er hier ja auch tun, über die einzelnen Kantonsgrenzen hinaus. Er ermöglicht damit – das ist mir wichtig, das ist eine minimale Forderung – tatsächlich auch die Vergleichbarkeit der kantonalen Planungen. Wie gesagt, dazu braucht es minimale Übereinstimmungen, und diese sind in der Definition der Planungskriterien zu finden.
Ich bitte Sie zu beachten, dass es hier nicht um eine Bundesplanung geht; es geht um die kantonale Planung. Die Kompetenz bleibt bei den Kantonen, aber der Bund soll hier überhaupt erst die Rahmenvoraussetzungen schaffen, damit die Kantone kompatibel, miteinander vergleichbar und hiermit eben auch koordinierbar planen können. Ich hoffe, dass das nicht ein umstrittenes Begehren ist und dass ich hiermit Ihre Unterstützung finde.

**Goll** Christine (S, ZH): Wir haben mit den Begründungen der verschiedenen Anträge, die wir gehört haben, ein etwas gar grosses Paket von verschiedenen Teilthemen, die wir bei Artikel 39 behandeln. Es gibt aber eine Gemeinsamkeit bei allen Teilgebieten, zu denen Minderheitsanträge begründet wurden: Es geht auch in Artikel 39 um die Kompetenzen bzw. um die Bundeskompetenzen. Wir unterstützen grundsätzlich alle Bestrebungen, die in Richtung von mehr Bundeskompetenz gehen, weil wir mit dem heutigen Jekami, das wir im Gesundheitswesen alle Tage erleben, Mühe haben.
Ich werde mich auf den Antrag der Minderheit Baumann Stephanie beschränken, der zuerst begründet wurde, und zwar auf den Antrag zu Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe b, wo es um die Frage des Pflegepersonals geht. Ärzte, Pillen und Computertomographen allein garantieren noch nicht, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung oder die medizinische Versorgung gut ist. Sie allein tragen auch nicht zur Genesung von Patienten und Patientinnen bei, die im Spital oder in einem Pflegeheim liegen müssen. Wir wissen es alle, und wahrscheinlich haben es die meisten von Ihnen auch schon erlebt: Ohne Pflege geht im Gesundheitswesen nichts. Das heisst aber auch, dass das Pflegepersonal gute Lohn- und Arbeitsbedingungen braucht, um eine qualitativ hoch stehende Pflege garantieren zu können. Wir haben gerade in jüngster Zeit gesehen, dass sich Männer und Frauen, die in der Pflege beruflich tätig sind, auch auf der Strasse erfolgreich für ihre Rechte eingesetzt haben. Wenn wir also über das Gesundheitswesen sprechen, müssen wir uns immer auch bewusst sein, dass es gerade das Pflegepersonal und in diesem Sinne auch eine Wertschätzung dieser notwendigen Arbeit braucht.
Der Antrag der Minderheit Baumann Stephanie wird das Problem des Pflegenotstandes, das wir heute ja kennen, in den Kantonen nicht lösen. Aber er ist ein wichtiger Beitrag, um minimale Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf Bundesebene gesetzlich verankert und letztlich auch schweizweit angewendet werden müssen. Sie sehen, dass mit dem Antrag verlangt wird, dass Spitäler oder andere Einrichtungen nur zugelassen sind, wenn sie über das gemäss den Bestimmungen des Bundesrates erforderliche Fachpersonal verfügen.
Der Antrag von Frau Baumann erfüllt damit drei Ziele gleichzeitig:
1. Er garantiert, dass die Pflege in stationären Einrichtungen sichergestellt wird.
2. Er garantiert die Qualität und vor allem auch die Sicherheit für die Patienten und Patientinnen.
3. Nicht zuletzt sorgt er dafür, dass ausgebildetes Fachpersonal vorhanden ist.
Das sind Rahmenbedingungen, die wir auf Bundesebene festlegen können.

**Dunant** Jean Henri (V, BS): Die SVP-Fraktion beantragt Ihnen, bei Buchstabe f von Absatz 1 den Antrag der Mehrheit abzulehnen. Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung kann durch die Nutzung von Synergieeffekten zu namhaften Einsparungen führen. Eine intensive regionale Zusammenarbeit im Hinblick auf Zusammenlegungen von Spitalabteilungen über die Kantonsgrenzen hinweg ist unerlässlich, vor allem dann, wenn deren Krankengut auf einer zu geringen Bevölkerungszahl basiert. Einzelne regionale Akutspitalprojekte sind in dieser Beziehung weit fortgeschritten.
Eine Planung im Bereich der Spitzenmedizin durch den Bund – wie wollen übrigens Bürokraten diese abgrenzen? – ist hingegen abzulehnen. Diese Planung ist Sache der regionalen und – warum nicht? – grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Die Kantone allein haben die Übersicht und Kompetenz über eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, die sich auf sämtliche Angebote an Heilbehandlungen in ihrer Region bezieht. Die Steuerung des Angebotes muss ausschliesslich über Marktkräfte, d. h. die Nachfrage, erfolgen. Für die Erhaltung und Steigerung der Qualität der so genannten Spitzenmedizin ist eine Wettbewerbssituation unerlässlich.
Die SVP-Fraktion ist gegen eine Regelung der Spitzenmedizin als Bundesaufgabe. Vielmehr sollte die regionale Zusammenarbeit unbedingt begünstigt werden. Die SVP-Fraktion beantragt Ihnen deshalb, den Antrag der Mehrheit zu Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe f abzulehnen.

**Hess** Peter (C, ZG): Herr Dunant, sind Sie der Auffassung, dass der Markt und die Wettbewerbssituation in den vergangenen Jahren für die erforderliche Regelung in diesem Bereich gesorgt haben? Im Bereich der Lebertransplantationen z. B. unterhalten wir in der Schweiz nach wie vor mehrere Zentren, von denen keines richtig ausgelastet ist. Da würde sich eine Zusammenlegung eigentlich aufdrängen. Glauben

Sie, dass der Markt oder die Kantone diese kostentreibende Situation rasch beseitigen werden?

**Dunant** Jean Henri (V, BS): Es ist ganz klar, dass es bis jetzt nicht funktioniert hat, aber durch den Markt wird man gezwungen sein, Schwergewichte zu setzen.

**Borer** Roland (V, SO): Gestatten Sie mir im Namen der SVP-Fraktion noch ein paar generelle Bemerkungen; zu einem spezifischen Detail hat Herr Dunant schon Stellung genommen.
Es geht in den folgenden Artikeln gesamthaft um die Planung und die Zulassungsbewilligungen für staatliche Einrichtungen. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass eine wettbewerbsorientierte Planung und Zulassung bis heute leider nirgendwo Eingang gefunden hat. Daran würde sich auch nichts ändern, wenn wir jetzt den Begriff «kantonal» durch «interkantonal» oder sogar durch «Bund» ersetzen würden. Ändern würde sich in der Sache nichts. Warum? Man will offenbar bei der öffentlichen Hand diese Strukturen erhalten, wie sie heute vorhanden sind.
Ich habe das in der Kommission gesagt und sage es hier noch einmal: Sie müssen doch nicht glauben, dass ein kantonaler Gesundheitsdirektor sich am effektiven Bedarf orientiert! Ich nehme immer wieder ein Beispiel, das mir am Herzen liegt, ein Beispiel aus dem Kanton Solothurn: Da hatten wir ein privates Röntgeninstitut, das seit zwei, drei Jahren ein MRI betrieb. Und was macht der kantonale Gesundheitsdirektor, welcher der Sozialdemokratischen Partei des Kantons Solothurn angehört? Auf Druck der Ärzteschaft des Kantonsspitals Olten beschafft er 200 Meter neben dem ersten Standort, ohne das Bedürfnis nachzuweisen, ein zweites MRI. Als Begründung wurde angegeben, der Transport über diese Distanz wäre für die Patienten nicht zumutbar.
Das ist eigentlich das Modell, wie sich das die Kantone vorstellen: Gegen die Privaten und alles an die Öffentlichen! Dass das nicht kostendämpfend sein kann, müssten alle gemerkt haben. Wir sind dafür, dass die kartellistischen Strukturen, wie sie heute von der öffentlichen Verwaltung und den kantonalen Gesundheitsdirektionen aufrechterhalten werden, im stationären Bereich aufgebrochen werden, dass Wettbewerbsbedingungen herrschen, dass endlich das Verwaltungskorsett abgebaut werden kann. Wenn nämlich – um wieder den oft geschmähten Wettbewerb zu nennen – die Krankenversicherer hätten entscheiden können, ob Leistungen auf dem neuen MRI übernommen werden müssen oder nicht, dann wäre dieser garantiert nicht beschafft worden.
Ich bitte Sie also, hier der Mehrheit zuzustimmen. Wir werden bei den Artikeln 39ff. grossmehrheitlich die Mehrheit bzw. den Ständerat unterstützen.

**Fasel** Hugo (G, FR): Statt dass man interveniert, kann man eine Frage stellen; damit kann man sehr viel sagen.
Herr Borer, ich wollte eigentlich ein ähnliches Beispiel schildern, wie Sie es jetzt präsentiert haben. Aber wenn ich Ihrem Beispiel folge, das eigentlich auch meines ist, kann die Schlussfolgerung nur eine sein, dass Sie der Minderheit Rossini zustimmen sollten. Sie haben alle Argumente dafür geliefert, dass wir eine interkantonale Planung und Zusammenarbeit brauchen und dass der Bundesrat Kriterien festlegen soll.
Das andere ist nur eine Bemerkung, und ich kann nachher verzichten: Sie wollen ja nicht sagen, dass Sie die Planung den Krankenkassen überlassen wollen; das geht nicht! Das haben wir und haben übrigens auch Sie immer abgelehnt. Und wenn Sie es nicht den Krankenkassen überlassen wollen, brauchen Sie jemand anderen. Sagen Sie, wie Sie das von Ihnen erwähnte Beispiel dazu verwenden wollen, um den Antrag der Minderheit Rossini abzulehnen!

**Borer** Roland (V, SO): Herr Fasel, das Problem ist ja gerade: Wir haben immer festgestellt – ob es im Sozialbereich oder im Gesundheitsbereich ist –, je frontnaher, je näher beim Patienten die Entscheide gefällt werden, umso sinnvoller sind sie. Und Sie glauben ja nicht daran, dass bei einer Planung auf Bundesebene oder auf interkantonaler Ebene nur an einem Ort eine stationäre Einrichtung des öffentlichen Rechtes geschlossen würde und zugleich eine Einrichtung, die privat vor Ort vorhanden ist, ihren Betrieb weiterführen könnte! Das sind Sie schon Ihrer Klientel, Ihrer Wählerschaft schuldig, dass das nicht stattfinden wird.

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Borer, in der Schweiz gibt es fünf Orte, wo Lebern transplantiert werden; es gibt fünf Orte, wo Herzen und Lungen transplantiert werden. Jeder weiss, dass es mehr als genug wäre, wenn das nur in zwei Zentren stattfinden würde oder vielleicht sogar nur in einem – aber sagen wir mal grosszügig zwei, eines im Welschland und eines in der deutschen Schweiz. Dies nicht nur, damit man Hunderte von Millionen Franken spart, sondern auch, weil die Qualität der Arbeit viel besser wäre, weil dann die Fallzahl grösser wäre. Wer soll das machen, wenn nicht der Bund das plant oder wenn nicht mindestens eine interkantonale Planung gemacht wird? Von allein wird das nicht vor sich gehen. Wie wollen Sie das bewerkstelligen?

**Borer** Roland (V, SO): Ihr Wort in Gottes Ohr! Wenn Sie mir garantieren würden, dass das funktioniert, wäre dieser Weg wenigstens ein Schritt in die richtige Richtung. Aber das Problem ist ja, dass es nie und nimmer funktionieren würde. Ich wage Ihnen vorauszusagen: Es wird vor den Wahlen 2003 und nach den Wahlen 2003 nicht funktionieren. Wir werden nach wie vor fünf Lebertransplantationszentren haben, ob Bundesplanung gemacht wird oder nicht. Sonst werden die entsprechenden kantonalen Gesundheitsdirektoren beim Nachfolger von Frau Bundesrätin Dreifuss schon entsprechend Druck aufsetzen, damit dem so ist. Es ist einfach so: Die Möglichkeiten des Staates sind in diesem Bereich massiv eingeschränkt, ob Sie das wahrhaben wollen oder nicht.

**Zäch** Guido (C, AG): Der Vorredner hat es gesagt: Der Staat hat die Möglichkeiten nicht, also muss man sie ihm geben. Zuerst spreche ich zu Absatz 1 Buchstabe d, d. h. zur Minderheit Rossini. Statt ein KVG mit teurem Kantönligeist von gestern will eine starke Minderheit eine interkantonale Planung nach Vorgaben des Bundesrates. Die Kantone haben ihre Hausaufgaben auf diesem Gebiet nicht gemacht. Die Versicherten sind mit höheren Prämien die Leidtragenden dieses kantonalen Versagens. Als eidgenössisches Parlament sind wir dazu aufgerufen, die Verantwortung zu übernehmen und nicht länger tatenlos zuzuschauen.
Ein Beispiel dafür ist die Verpflichtung der Kantone, Überkapazitäten im Bereich der Spitäler und Pflegeheime abzubauen. Das ist ein heikles Dossier für einen Regierungsrat, der wieder gewählt werden will, aber unabdingbar für eine Senkung der Kosten der Krankenversicherung. Eine interkantonale und überregionale Planung des stationären Bereiches ist eine sinnvolle und verhältnismässige Massnahme.
Die Minderheit will keine Zentralisation der Spitalplanung, aber einen institutionellen Rahmen, damit die Kantone ihre Verantwortung endlich wahrnehmen. Wir fordern die Kantone dazu auf, ihre Kompetenzen aktiv wahrzunehmen.
Ich bitte Sie namens der CVP-Fraktion, der Minderheit Rossini zuzustimmen.
Bei Absatz 1 Buchstabe f geht es um eine Planungskompetenz des Bundes betreffend spitzenmedizinische Angebote. Die CVP-Fraktion hat in verschiedenen Vorstössen eine solche Kompetenz gefordert und wird der Mehrheit der Kommission zustimmen. Der Bund erstellt nach diesem Vorschlag die Planung für jene Bereiche, die tatsächlich der Planung bedürfen. Die Rechtssicherheit wird so gewährleistet sein Kompetenzzentren braucht es in jedem Fall für Transplantationen, Brandverletzte, Hirnverletzte, Spina-bifida-Patienten, Querschnittgelähmte und halbseitig Gelähmte.
Das kantonal segmentierte Gesundheitswesen, zusammen mit der Praxis der kantonalen Subventionierung und zusätzlichen Defizitdeckung, hat zu teuren Überkapazitäten ge-

führt. Ganz abgesehen davon bringt eine Konzentration der spitzenmedizinischen Angebote auch eine Steigerung der Qualität und damit eine erhöhte Erfolgsquote, die letztlich Kosten senkend wirkt. Die Bildung von Kompetenzzentren ist auch in Bezug auf den Forschungsstandort Schweiz sinnvoll. Nur dort, wo auch eine genügende Zahl von Behandlungen durchgeführt wird, kann Fachkompetenz entstehen und kann ebenso wirksam wie wirtschaftlich behandelt werden.
Ich bitte Sie namens der CVP-Fraktion, der Mehrheit zuzustimmen.

**Gross** Jost (S, TG): Ich kann hier in Bezug auf den Minderheitsantrag Rossini fast nahtlos an das Votum von Kollege Zäch anschliessen, der eine interkantonale Spitalplanung statt eines kantonalen Wurstelns auf eigene Faust verlangt. Die kantonale Planungs- und Versorgungskompetenz – das wissen wir – stösst an Grenzen. Die Kantone sind unterschiedlich strukturiert; kleine und mittlere Kantone haben keine universitäre oder Spitzenmedizin. Die Regelung der ausserkantonalen Hospitalisierung nur in medizinisch begründeten Fällen hat eine gewaltige Bürokratie auf den Schreibtischen der Kantonsärzte ausgelöst. Dieses Problem würde bei einer interkantonalen Planung nicht mehr bestehen.
Die Kosten ausserkantonaler Hospitalisierung in den Universitätsspitälern, die vor allem kleine und mittlere Kantone treffen, führen zur Versuchung, neue stationäre und tagesstationäre Strukturen aufzubauen. Dem sollten wir einen Riegel vorschieben, und deshalb ist es absolut richtig, künftig die Region als richtige Planungseinheit zu verstehen. Wir haben schon Spitalregionen; leider haben sie keine Kompetenzen für eine verbindliche Planung und auch keine Verfügungskompetenz, denn Konkordatsrecht schafft ja in diesem Sinne kein anwendbares Recht. Ich denke deshalb, dass wir hier – das ist ganz wichtig – einen entscheidenden Schritt zur interkantonalen Spitalplanung machen müssten.
Ein Wort zum Antrag der Minderheit Baumann Stephanie bei Absatz 3: Die Kantone und die Sanitätsdirektorenkonferenz haben völlig zu Recht angemeldet, dass sie an die Leistungserbringer auch gewisse Auflagen machen können sollten, wenn sie schon den Sockelbeitrag aus der Grundversicherung an die Kosten von zusatzversicherten Patienten erbringen müssen. Dies gilt beispielsweise in Bezug auf die Notfallversorgung oder auf die Aus- und Weiterbildung. Denn wenn diese Vorschläge eins zu eins durchgehen, müssen die Kantone – das haben sie uns vorgerechnet – mit Mehrkosten in diesem Bereich von etwa einer halben Milliarde Franken pro Jahr rechnen. Ich denke deshalb, dass es richtig ist, den Kantonen die Kompetenz zu geben, dass sie privaten stationären Einrichtungen Auflagen machen können; alles andere wäre eine Subventionspraxis ohne jede lenkende Versorgungskompetenz der Kantone. Das könnte auf eine Verschleuderung staatlicher Ressourcen hinauslaufen.
Wir unterstützen auch den Antrag Gysin Remo, der eine sehr viel verpflichtendere Formulierung in Bezug auf die Verpflichtung des Bundes zum Erlass von Grundsätzen zur kantonalen und interkantonalen Planung enthält. Das ist keine Kann-Formulierung, sondern eine Muss-Formulierung.

**Ruey** Claude (L, VD): L'article 39 fait l'objet de plusieurs propositions d'amendement. A l'alinéa 1er lettre b, on parle de dispositions fédérales pour le personnel qualifié, aux lettres d et e, de planification intercantonale sur la base de critères fédéraux et à la lettre f, de médecine de pointe et de planification fédérale. Donc, chaque fois on parle de la centralisation, chaque fois de plus d'Etat.
Je peux comprendre que le groupe socialiste croie à ce système de planification étatique et de centralisation. C'est sa conception et j'ai le plus profond respect pour nos collègues socialistes. Simplement, je ne partage pas leur thèse.
Là où je m'étonne, c'est quand on entend à la tribune M. Hess Peter venir demander si le marché et la concurrence ont réglé le problème des transplantations du foie, etc. Effectivement, il y a trop de centres qui le font. Mais est-ce qu'il y a eu de la concurrence? Il n'y a pas eu de concurrence. Dans le domaine des hôpitaux, on est dans un système étatique, planifié, un système qui n'est absolument pas concurrentiel. Dès lors, plutôt que de vouloir prendre encore plus la voie de la centralisation ainsi que de la planification, qui n'ont pas marché jusqu'à maintenant, il faudrait peut-être oser changer de voie et aller vers plus de concurrence.
Je dirai la même chose à M. Zäch. Je trouve qu'il a quand même un certain culot de venir dire qu'il faut mieux planifier et que les conseillers d'Etat devraient avoir plus de courage pour planifier, alors que c'est lui qui a créé un hôpital non planifié dans sa région, qui est venu ensuite faire du lobbyisme auprès des cantons pour qu'on reconnaisse son hôpital, alors qu'on se satisfaisait jusque-là du REHAB de Bâle. Je trouve qu'il y a quand même une certaine contradiction à agir dans ce sens-là. En réalité, c'est bien parce qu'on est planifié qu'on a ces pressions et qu'on est obligé d'inclure parfois dans nos listes des hôpitaux qui n'y figureraient pas autrement, et pour des prestations qui n'auraient pas dû y être inscrites.
Ce n'est pas la bonne voie. La bonne voie, j'en suis convaincu, ce n'est pas la planification. Je l'ai dit, et j'aimerais le dire à certains de mes détracteurs de l'époque, avant même que j'aie été conseiller d'Etat en charge de la santé, lors de journées que je présidais sur la santé: la planification à tous crins, c'est bien souvent remplacer le hasard par l'erreur. Et remplacer le hasard par l'erreur, je ne crois pas que ce soit la bonne voie, même si, comme me l'a dit M. Cavalli dans les couloirs: «Les erreurs, on peut les corriger.» En général, ces erreurs-là, on les corrige par d'autres erreurs.
Il y a un autre système pour corriger les erreurs, c'est la rationalité économique qui est de passer au système d'achat des prestations. C'est ce que nous faisons dans cette loi. Nous sommes en train de modifier, d'infléchir le système non plus pour avoir une couverture des coûts qui paie n'importe quelle prestation à n'importe quel prix ou à peu près – je schématise –, mais on va vers l'achat de prestations et donc vers plus de rationalité économique et plus de concurrence. Ce n'est vraiment pas le moment de remplacer le hasard par plus d'erreurs.
Ce n'est donc pas le moment de suivre ceux qui veulent nous emmener vers plus de centralisation et plus d'étatisme.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich kann hier gerade an das engagierte Votum meines Kollegen Ruey anknüpfen. Ich möchte zuerst noch etwas zur Offenlegung meiner Interessen beitragen: Ich bin im Verwaltungsrat der Privatspitalgruppe «Hirslanden Holding».
Ich möchte Ihnen im Namen der FDP-Fraktion beantragen, dass wir hier alle Minderheitsanträge ablehnen und bei den Mehrheitsanträgen bleiben, und möchte zwei Punkte herausgreifen, die jetzt schon angeklungen haben und die für uns speziell wichtig sind. Es sind zwei Themen, die hier zur Debatte stehen: Das eine sind die Überkapazitäten im Spitalsektor, das andere – wenn Sie so wollen – ist ein kantonales Defizit in der Umsetzung der Planung, das jetzt verschiedene Votanten angesprochen haben. Die Frage ist ja: Welches sind die adäquaten Reaktionen auf diese beiden Diagnosen, die wir wohl teilen?
Zum ersten Thema, zu den Überkapazitäten im Spitalsektor: Auch hier glauben wir, dass es bessere Instrumente gibt, als die Planungsmaschinerie nun auf Bundesebene zu entwikkeln. Wir möchten daran erinnern, dass der langfristige Trend in unserer Reform mit dieser Übergangsspitalfinanzierung, die wir jetzt in das Gesetz aufnehmen, in Richtung auf eine so genannt monistische Finanzierung geht. Das ist die Richtung, die wir möchten. Wenn dann ein monistisches Finanzierungssystem kommt – 2005 soll ja die Vorlage da sein –, dann werden die Anreize so funktionieren, dass eben seitens der Vertragspartner, Versicherer, Leistungserbringer, die Überkapazitäten ganz klar unter Druck kommen werden. Es ist aus der Optik dieses monistischen Finanzierungssystems unsinnig, nun separat, zusätzlich oder in Begleitung

noch eine Planungsbürokratie aufzubauen, und dies noch auf Bundesebene. Diejenigen also, die an diese längerfristigen Reformen glauben, sollten hier sicher bei der Mehrheit bleiben. Ich erinnere daran, dass die Mehrheitsanträge ja ebenfalls eine gewisse Planung vorsehen, diese aber im kantonalen Rahmen handhaben wollen.

Das führt mich nun zum zweiten Thema: Verschiedene Votanten haben jetzt ganz klar das Misstrauen den Kantonen gegenüber zum Ausdruck gebracht, ein kantonales Umsetzungsdefizit und Planungsdefizit festgestellt, und ich frage Sie: Was ist die adäquate Reaktion darauf? Wollen wir wirklich, weil wir nun sagen, die Kantone könnten es nicht fertig bringen, aus fünf Transplantationszentren zwei zu machen, in einem der beiden grossen Bereiche, die noch zu den Kompetenzen der Kantone gehören – Bildung und Gesundheitswesen –, den gesamten Föderalismus nun einfach beerdigen? Denn das tun Sie hier! Sie schaffen Planungskompetenzen für den Bund auf allen Ebenen. Etwas Innovation wäre hier doch gefragt. Es wäre in einer Zeit, in der wir auf einer anderen Ebene – denken Sie an das NFA-Projekt – alle die Sonntagspredigt von einer Wiederbelebung des Föderalismus halten, doch einmal über die Frage nachzudenken, wie die Kantone diese Verantwortung wahrnehmen könnten, anstatt einfach schlicht nach dem Bund zu rufen, wie das auch mein Vorredner gesagt hat. Hier gibt es ganz klar andere Wege; die Kantone hätten die Instrumente. Der Bund könnte mehr zur Konzertation zwischen Bund und Kantonen beitragen; auch das hat er aus meiner Sicht in den letzten Jahren versäumt. Das würde uns diesen Ruf nach planerischen Kompetenzen des Bundes ersparen.

Ich füge noch bei, dass der Begriff der Spitzenmedizin ein unglücklicher ist. Es besteht keine Einigkeit darüber, was hier gemeint ist. Spitzenmedizin heute ist dezentrale Medizin in der spezialisierten Praxis; morgen und auch hier wäre es unsinnig, auf Bundesebene zu viel zu regulieren.

Ich würde Ihnen also beliebt machen, auch im Namen der Fraktion, hier klar bei den Mehrheitsanträgen zu bleiben. Die Mehrheitsanträge beruhen durchaus auf einem Planungssystem; sie wollen eine von den Kantonen gemeinsam aufgestellte Planung, zudem beinhalten sie entsprechende kantonale Listen und Leistungsaufträge. Sie sehen aber keinesfalls eine Notwendigkeit darin, hier neue Bundeskompetenzen zu etablieren, zum einen in Bezug auf die längerfristigen Reformen – Stichwort: monistisches Spitalfinanzierungssystem –, zum anderen dann aber auch aus der Optik der Wiederbelebung des Föderalismus, die vielen hier im Saal so wichtig ist.

Ich bitte Sie in diesem Sinne, bei den Mehrheitsanträgen zu bleiben.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: En touchant au domaine de la planification hospitalière, il est peut-être, ici plus qu'ailleurs, difficile de prévoir exactement les effets des décisions. Il est évident que nous devons éviter absolument les surcapacités autant que les sous-capacités. Les frontières cantonales ne doivent pas être des obstacles à une planification bien pensée, en fonction des densités de population et des temps de transport. Se posent les questions de la souveraineté cantonale, de la résistance de la population aux suppressions de petits hôpitaux, de la place des cliniques privées. En commission, une proposition invitait à oublier totalement les frontières cantonales en matière de santé. C'est du futurisme intéressant qu'il faut avoir à l'esprit, non pas pour condamner le fédéralisme, mais pour penser régions et rationalisation.

A l'article 39 alinéa 1er lettre f, la majorité de la commission vous invite à introduire la planification fédérale pour la médecine de pointe. Elle estime par exemple que les centres de transplantation sont trop nombreux. Mais qu'est-ce que la médecine de pointe? Aujourd'hui, tel acte relève de la médecine de pointe; demain, ce sera de la routine. Par contre, les hôpitaux à vocation de formation universitaire doivent avoir une gamme suffisamment étendue d'activités. C'est véritablement la quadrature du cercle.

La minorité Guisan juge cette option inapplicable en raison de la difficulté à définir ce qu'est, justement, la médecine de pointe.

A l'alinéa 3, la majorité de la commission dit sa volonté de voir financer des prestations. Peu importe que cela provienne d'un hôpital ou d'un autre, qu'il soit public ou privé. Dans ce concept, les cliniques privées font partie de la planification et ne viennent pas en surcharge pour augmenter l'offre et tendre à augmenter les coûts totaux.

La minorité Rossini veut exclure les cliniques privées.

Une minorité Baumann Stephanie propose un alinéa 3bis qui donnerait compétence au Conseil fédéral pour élargir la planification aux prestations ambulatoires pour ce qui relève des assurances sociales. Cette minorité estime que toute planification est plus juste si elle est établie d'une manière étatisée que sur des bases privées.

La majorité, elle, dit non: ce n'est pas le rôle du Conseil fédéral de planifier jusqu'à ce niveau-là.

Une minorité Rossini propose également un article 39a qui donne aux cantons la maîtrise des équipements lourds. On a constaté que l'installation de ce genre d'équipements par des privés avait tendance à augmenter la consommation.

La majorité pense que c'est inutile. Les cantons peuvent prévoir ces limites dans le cadre de leur propre législation. Certains l'ont fait. La question est de savoir si tous les cantons sont vraiment toujours capables de maîtriser cet objet. Peut-être est-il plus facile d'en laisser la responsabilité à la Confédération, mais les bases constitutionnelles manquent.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Zuerst einige Worte zum Antrag der Minderheit Baumann Stephanie bei Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe b: Der entsprechende Antrag wurde von der Kommission mit 11 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt. Dieser Antrag würde zwar zu einer Sicherstellung einer hohen Qualität der Leistungsanbieter im stationären Bereich führen; er hat jedoch nach Meinung der Mehrheit einige gravierende Nachteile. Erstens hängen die Definition und die Zahl des erforderlichen Fachpersonals vom Leistungsauftrag jeder einzelnen Einrichtung ab. Für eine Universitätsklinik braucht es nicht dasselbe Fachpersonal – weder von der Anzahl noch von den fachlichen Anforderungen her – wie für ein Pflegeheim. Zweitens müsste sich der Bundesrat an die Leistungsaufträge der Kantone halten, die unterschiedlich ausformuliert sein können, und müsste uniformierte Anforderungen formulieren. Dies hätte nicht nur einen Eingriff in die kantonale Hoheit, sondern sicherlich auch einen Kostenschub zulasten der Grundversicherung zur Folge. Die Anforderungen sind im Ausbildungsbereich aufzustellen, und dazu haben wir im neuen Berufsbildungsgesetz auch die Handhabe. Wir müssen nur schauen, dass man dort die nötigen finanziellen Mittel bereitstellt. Die Anforderungen können nicht in detaillierten Vorschriften auf Bundesebene gemacht werden; Stellenpläne mit den entsprechenden Qualifikationen und Anforderungen können nicht vom Bundesrat ausformuliert werden.

Ich beantrage Ihnen daher hier Zustimmung zum Antrag der Mehrheit.

Bei Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben d und e sowie den Absätzen 2 bis 4 und bei Artikel 41 Absatz 1 äussere ich mich zunächst zum Antrag der Minderheit Rossini; der entsprechende Antrag wurde in der Kommission mit 14 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt. Der Grundgedanke dieses Antrages entspricht durchaus den Absichten des KVG, das immer davon ausging, dass die kantonalen Spitalplanungen nicht an den Grenzen aufhören, sondern dass das Angebot umliegender Spitäler mit einbezogen werden muss, insbesondere auch bei der spezialisierten Versorgung. Die Minderheit Rossini möchte aber allein auf eine interkantonale Planung abstellen. Die Frage, wer dann die Instanz sein soll, welche diese Planung festlegt, und wie sie zu genehmigen ist, lässt er völlig offen. Soll es die Sanitätsdirektorenkonferenz sein, müssen nur einzelne Kantone untereinander dazu verpflichtet werden, oder wird in einem Rekursverfahren letztendlich wieder der Bundesrat zuständig sein? Der An-

trag der Minderheit Rossini verstösst also gegen die verfassungsmässigen Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen.
Ein wesentlicher Punkt, der wirklich eine Zusammenarbeit erleichtern wird, ist dabei neu zu berücksichtigen: Gemäss den Beschlüssen, die wir bereits gefasst haben, werden nämlich neu in die Betriebskosten auch die Investitionskosten mit einbezogen. Dabei wird mit der leistungsbezogenen Finanzierung automatisch die Bedeutung der Kantonsgrenzen relativiert. Auch die Investitionskosten belasten neu die Gesundheitskosten und damit die Prämien und die Beiträge der Kantone. Daher ist dem Problem der Kantonsgrenzen, das in der Praxis – leider – zu einer Ausdehnung der innerkantonalen Angebote statt zu einer besseren Kontrolle geführt hat, wie es das KVG wollte, die Spitze gebrochen.
Daran war der Umstand nicht unschuldig, dass die Tarife bzw. die Entschädigungen der Kantone an ausserkantonale Patienten nicht geleistet wurden. Indem die Kantone die Investitionen nicht mit einrechneten, kam es sie quasi günstiger zu stehen, wenn sie nur innerkantonale Patienten behandelten und damit ihre Infrastrukturen aufrüsteten statt zusammenzuarbeiten, wie das vom KVG gewollt war.
Zur Planung der Spitzenmedizin: Die Kommissionsmehrheit möchte diese Planung dem Bund übergeben. Frau Bundesrätin Dreifuss hat in der Kommission klar ausgeführt, dass es keine Definition des Bereiches Spitzenmedizin geben kann, denn was heute als Spitzenmedizin qualifiziert wird, ist vielleicht morgen bereits Alltag und Routine geworden. Daher ist eine Definition nicht machbar. Man kann verschiedener Meinung darüber sein, ob wir alle Universitätskliniken brauchen oder nicht. Wenn wir sie aber nicht schliessen wollen, so braucht es darin auch eine spezialisierte Medizin.
Erlauben Sie mir noch eine persönliche Bemerkung, indem ich meine Interessenbindung offen lege: Ich bin Präsidentin von Swisstransplant, und für mich ist daher die Frage der Anzahl der Transplantationszentren eine, die dann im Transplantationsgesetz diskutiert werden soll. Es ist nicht so, dass die Sanitätsdirektoren nichts machen, denn die Planung und die Zusammenarbeit sind schon sehr weit gediehen. Die Universitätskliniken haben sich zusammengerauft; sie sind daran. Sie haben im Bereich der Transplantationsmedizin einen verbindlichen Vorschlag gemacht. Wir haben diesem Artikel mit 12 zu 7 Stimmen bei 5 Enthaltungen zugestimmt.
Im Rahmen des neuen Finanzausgleichs bleibt die Spitzenmedizin ganz klar eine Domäne der Kantone, wo sich Erziehungsdirektoren, die für die Universitätskliniken, und Gesundheitsdirektoren, die für die Universitätsspitäler zuständig sind, eigentlich finden müssten.
Zur Minderheit Baumann Stephanie bei Artikel 39 Absatz 3bis: Sie will den Bundesrat verpflichten, die Bedingungen festzulegen, welche die Kantone mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen an Leistungserbringer im Bereich aller von Sozialversicherungen vergüteten Leistungen stellen können. Die einzige Problematik, die sich hier stellt, ist, dass wir im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes über sämtliche Sozialversicherungen legiferieren wollen, die hier aber nicht mit eingeschlossen werden können. Denn wir können weder für den Bereich der Unfallkliniken noch für den Bereich der Suva Planungen vornehmen oder Leistungsaufträge erteilen. Die müssten ja damit verbunden sein, wenn wir der Minderheit Baumann Stephanie zustimmen wollten. Die Kommission hat diesen Antrag mit 12 zu 9 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt.
Ein letztes Wort zu Artikel 39a, zum Antrag der Minderheit Rossini, die mit 13 zu 9 Stimmen abgelehnt wurde: Bekanntlich ist die hoch technische Medizin kostenintensiv, und die teueren Apparaturen müssen amortisiert werden. Mit einer Bewilligungspflicht für die Inbetriebnahme von so genannten Grossausrüstungen, was dies auch immer sein mag, und weiteren Ausrüstungen der Spitzenmedizin, auch in privaten Einrichtungen des ambulanten und stationären Bereiches, will die Minderheit eine Dämpfung der Gesundheitskosten erreichen.
Verschiedene Kantone haben nun dies in ihren Kompetenzen in diese Richtung legiferiert. Ein Entscheid des Bundesgerichtes stellte auch fest, dass dies so entschieden werden darf und nicht gegen die Handels- und Gewerbefreiheit verstösst. Unsere Kantone haben es also in der Hand, hier zu planen und damit ihre eigenen Kosten herabzusetzen. Es liegt daher nicht am Bundesgesetzgeber, hier die Kantone zu diesen Entscheiden zu verpflichten. Lassen wir sie ihre demokratische Verantwortung wahrnehmen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Une brève rectification. Dans son souci de synthèse, M. Fattebert, le rapporteur de langue française, a traduit ma proposition de planification intercantonale en volonté d'exclure les cliniques privées. Je tiens à préciser que ma proposition de minorité ne concerne que les critères de planification, et non pas les cliniques privées.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Les rapporteurs ont expliqué de manière détaillée les différentes propositions que vous allez, Monsieur le Président, devoir opposer les unes aux autres et soumettre au vote.
Je dirai simplement que le Conseil fédéral se rallie à la majorité de la commission.
C'est un article qui suppose avant tout de la part des cantons l'établissement d'une planification intégrale. Cela signifie que pour que les hôpitaux privés puissent aussi adresser leurs factures aux cantons, comme ils peuvent le faire avec le nouveau système de financement, il faut qu'ils figurent dans la planification cantonale. Il y a des cantons qui, jusqu'à présent, s'étaient contentés de mettre les hôpitaux dont ils avaient l'impression qu'ils avaient absolument besoin sur une liste A et puis toutes les cliniques privées sur une liste B. Cela ne pourra plus être le cas à l'avenir, à moins que le canton en ait les moyens et verse de l'argent aux cliniques privées. Sous cette réserve, il faudra que les cantons veillent à ce que chaque hôpital qu'ils font figurer sur leur liste réponde effectivement à un besoin.
Dans ce système, une certaine concurrence est possible puisque cette procédure peut se dérouler sous forme d'appel d'offres. Cela n'est donc pas un système fermé en lui-même, mais les cantons ont la responsabilité d'offrir la capacité suffisante et ils ont intérêt, comme les assurés eux-mêmes, à ce qu'il n'y ait pas de surcapacité. Voilà la logique qu'introduit déjà le nouveau système de financement.
La question que nous avons à trancher ici est surtout une question de compétence. Qu'est-ce qui peut relever de la Confédération? Qu'est-ce qui doit rester au niveau des cantons? Qu'est-ce qui peut être intercantonal? Là, je dois d'emblée souligner que, pour l'essentiel, le domaine de la politique de la santé, et donc aussi la garantie de l'offre sanitaire, relève, de par la Constitution fédérale, de la compétence des cantons. Et nous ne pouvons pas, dans une loi, élever simplement ce niveau de compétence et le remettre à la Confédération.
Par contre, la nouvelle péréquation financière, telle qu'elle est actuellement en discussion, Mme Heberlein l'a aussi dit, permettra à la Confédération d'obliger un canton qui s'y refuserait à collaborer dans le cadre d'une planification intercantonale. Cela se fera par exemple sous la forme de concordats intercantonaux. C'est ainsi que la démarche pourra être conduite à l'avenir.
Je reviendrai plus tard sur la proposition de minorité à l'article 39a.
Donc, en gros, je vous invite à suivre la majorité, sauf lorsqu'elle donne à la Confédération des compétences en matière de planification hospitalière qui sont en contradiction avec l'ordre constitutionnel.

*Abs. 1 Einleitung – Al. 1 introduction*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 1 Bst. b – Al. 1 let. b*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 90 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 61 Stimmen

*Abs. 1 Bst. d, e, 2, 3, 4 – Al. 1 let. d, e, 2, 3, 4*

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité II (Cavalli) est caduque.

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3193)
Für den Antrag der Mehrheit .... 77 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 74 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): Le vote vaut aussi pour l'article 41 alinéa 1er.

*Abs. 1 Bst. f – Al. 1 let. f*

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3194)
Für den Antrag der Mehrheit .... 115 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 36 Stimmen

*Abs. 3bis – Al. 3bis*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 93 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 58 Stimmen

*Abs. 5 – Al. 5*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 6 – Al. 6*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 84 Stimmen
Für den Antrag Gysin Remo .... 66 Stimmen

**Art. 39a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit
*Minderheit*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fattebert, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani)
Zur Dämpfung der Gesundheitskosten und Wahrung des überwiegenden öffentlichen Interesses muss die Inbetriebnahme von Grossausrüstungen und weiterer Ausrüstungen der Spitzenmedizin in öffentlichen und privaten Einrichtungen des ambulanten und stationären Bereiches vom betreffenden Kanton genehmigt werden.

**Art. 39a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité
*Minorité*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fattebert, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani)
Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du canton concerné.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Après la question de la régulation par la planification hospitalière, je reformule ici une nouvelle proposition de minorité concernant la régulation, à nouveau par l'autorité politique, pour les équipements lourds ou high-tech, en proposant d'introduire dans la LAMal une clause du besoin. On a vu que le cadre fédéraliste était un cadre solide qu'on ne souhaitait surtout pas toucher dans le domaine de la santé, quitte à avoir quelques centaines de millions de francs de gaspillage, mais dans ce sens certains ne s'en préoccupent finalement peu. Je crois que la Confédération doit ici impérativement, une fois de plus, donner un coup de main, un coup de pouce aux cantons pour véritablement maîtriser l'offre.
Dans le débat d'entrée en matière, M. Guisan a fait la démonstration de la particularité du marché de la santé et nous a démontré que ce dernier n'est pas un marché traditionnel, qu'il ne relève pas du secteur marchand et que son particularisme d'une offre qui crée la demande implique, pour la maîtrise des coûts, une intervention. Sans intervention, il est illusoire de maîtriser l'offre, donc de maîtriser les coûts.
La proposition de minorité que je formule ici s'attaque à un domaine relativement important au niveau financier, qui est celui du financement des équipements lourds, des équipements de pointe qui ont des coûts très élevés et qui, aujourd'hui, sont devenus inévitables – on le souhaite tous – en raison notamment des progrès technologiques. Néanmoins, l'inflation ne doit pas prédominer et nous devons maîtriser ici l'offre qui nous est apportée de manière tout à fait progressiste et intéressante grâce au progrès de la technologie.
Plusieurs cantons ont essayé d'introduire sur leur territoire des clauses du besoin. Seuls deux cantons en Suisse sont parvenus à cette fin: le Tessin et Neuchâtel. D'autres cantons ont procédé à des tentatives d'avoir pour les équipements lourds, soit dans le domaine public, soit dans le domaine privé, une autorisation délivrée par le canton. Malheureusement, la démocratie cantonale a fait que ces démarches se sont traduites par plusieurs échecs.
L'introduction d'une clause du besoin est liée à la sauvegarde des intérêts publics prépondérants, pour reprendre une terminologie juridique adéquate en la matière. La Suisse, M. Cavalli l'a exposé lors du débat d'entrée en matière, dispose d'une offre d'équipements high-tech totalement disproportionnée par rapport à sa population et aux besoins réels. Bien évidemment, un investissement implique ensuite une utilisation, c'est-à-dire une rentabilisation pour pouvoir procéder à des amortissements, et cela se fait sous forme de surconsommation, de consommations parfois inappropriées et, au bout de la chaîne, cela se traduit par des surcoûts à charge essentiellement de l'assurance-maladie. Les exemples de l'IRM, ceux à venir du PET, sont des exemples que l'on ne peut absolument pas sous-estimer aujourd'hui. Cette semaine encore, un IRM a été installé à côté d'un établissement hospitalier valaisan. Cela non seulement génère de la concurrence inflationniste, mais c'est aussi macroéconomiquement complètement aberrant.
Aujourd'hui par conséquent, l'actualité nous impose un soutien important. La seule chance de soutien que nous pouvons donner ici à la maîtrise des équipements lourds, c'est l'assurance-maladie, c'est-à-dire l'introduction d'un principe général au niveau fédéral, qui impose à la Confédération de prendre ses responsabilités par l'intermédiaire de la LAMal et qui permette aux cantons de maîtriser l'offre. On ne peut pas laisser jouer la concurrence, une concurrence qui génère de l'inflation et des surcoûts, et en même temps s'offusquer de l'augmentation des primes d'assurance-maladie. Il faut être cohérent.
Beaucoup de cantons souhaitent un soutien dans ce domaine. Je crois qu'il relève de notre responsabilité de le leur apporter par une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui introduirait cette clause du besoin que je propose.
Je vous remercie de soutenir ma proposition de minorité.

**Cavalli** Franco (S, TI): Es handelt sich hier um ein wichtiges Problem. Es ist sicher so, dass die wilde Proliferation von Hightech-Geräten einer der wichtigsten Gründe für die Kostenexplosion in der Medizin ist. Jeder, der in dieser Sparte arbeitet, weiss das ganz genau. Vor wenigen Jahren konnte man noch mit normalen Apparaten Diagnosen stellen. Heute gibt es eine Proliferation von Hightech-Geräten, und bei einer Krankheit wie Brustkrebs, die man genauso gut mit einer Mammographie diagnostizieren könnte, benutzt man sofort

Ref. 3193

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 39 al. 1 let. d et e

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 19:24:35

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | * | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | * | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | = | C | GR |
| Donzé | = | E | BE |
| Dormann Rosemarie | = | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | = | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | * | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | * | V | LU |
| Kurrus | * | R | BL |
| Lachat | * | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | = | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | = | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | = | C | GE |
| Mariétan | * | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | * | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | * | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | * | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | = | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | = | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | * | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | = | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | * | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | = | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | * | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / sì | 77 |
| nein / non / no | 74 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 48 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 9 | 0 | 6 | 28 | 0 | 0 | 34 | 0 |
| nein / non / no | 14 | 9 | 0 | 0 | 47 | 4 | 0 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 12 | 1 | 0 | 13 | 5 | 1 | 11 | 5 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité I Rossini

Ref. 3194

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 39 al. 1 let f

**Abstimmung vom / Vote du:** 11.12.2002 19:25:30

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | = | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | + | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | * | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | * | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | * | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | = | V | BS |
| Dupraz | = | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | = | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | + | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | + | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | * | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | = | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | = | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | = | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | + | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | * | V | LU |
| Kurrus | * | R | BL |
| Lachat | * | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | * | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | * | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | = | R | TG |
| Meyer Thérèse | * | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | = | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | = | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | * | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | = | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | = | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | = | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | = | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | = | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | * | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | + | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | = | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | * | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | = | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | * | - | VD |
| Zuppiger | = | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 115 |
| nein / non / no | 36 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 48 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 22 | 9 | 0 | 4 | 47 | 4 | 29 | 0 |
| nein / non / no | 2 | 0 | 6 | 24 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 11 | 1 | 0 | 13 | 5 | 1 | 12 | 5 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Guisan

den Magnetresonanztomographen, weil 10 oder 20 Prozent von 1000 Franken einfach mehr ausmachen als 10 oder 20 Prozent von 80 Franken. So haben wir eine völlig paradoxe Situation.
Ich habe schon in der Eintretensdebatte erwähnt, dass z. B. in Lugano proportional gesehen mehr Magnetresonanztomographien vorgenommen werden als in Beverly Hills. Alle Gesundheitsbehörden wissen, dass hier ein sehr grosses Problem vorliegt. Deswegen haben, wie Herr Rossini erwähnt hat, schon viele versucht, etwas dagegen zu tun. Zwei Kantone – Tessin und Neuenburg – haben diese Bedürfnisklausel sowohl für die öffentlichen Anstalten wie auch für die privaten Bereiche eingeführt, mit relativ gutem Erfolg. Es ist gesetzlich also möglich. Wir wollen aber diese Möglichkeit allen Kantonen öffnen, ohne dass es zu juristischen Diskussionen kommt.
Ich erwähne ein anderes Beispiel, ein Gegenbeispiel: In Schaffhausen wollte man im Kantonsspital ein Gerät für die magnetische Resonanz kaufen. Der Grossrat bewilligte den Kauf, es gab ein Referendum, das Volk entschied: Wir wollen kein solches Gerät. Daraufhin haben private Geschäftsleute ein Gerät für die magnetische Resonanz gekauft und es installiert. Für die Gemeinschaft, für die Versicherten, kam es schlussendlich auf das Gleiche heraus: Anstatt ins Spital fliesst das Geld, das ausgegeben wird, jetzt eben in private Hände. Wenn man diese Bedürfnisklausel will, muss sie alles umfassen, sowohl die öffentlichen wie auch die privaten Anstalten.
Wie gesagt: Es ist möglich, das durchzuführen. Wir müssen uns diese – ich sage es noch einmal – Proliferation von Hightech-Geräten, die dann amortisiert werden können, die immer mehrere Millionen Franken kosten und deswegen zu unnötigen Untersuchungen führen, vor Augen halten. Ich könnte Ihnen Dutzende von Beispielen anführen, die ich jede Woche sehe. Wenn wir dort einen Riegel schieben wollen, müssen wir diese Bedürfnisklausel einführen. Ansonsten werden wir weiterhin mit einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen konfrontiert sein.

**Borer** Roland (V, SO): Die SVP-Fraktion wird auch hier in diesem Fall die Mehrheit unterstützen. Für uns sind folgende Punkte ausschlaggebend:
1. Wir arbeiten in diesem Minderheitsantrag Rossini mit Begriffen, die bis heute nirgendwo abschliessend definiert worden sind: Es ist nach wie vor der Begriff «Spitzenmedizin», der nirgendwo abschliessend und endgültig definiert worden ist, und auch der Begriff «Grossausrüstungen» ist nirgendwo in dieser Art und Weise definiert. Wir können doch nicht über die Zulassung von Einrichtungen entscheiden, ohne hier gleichzeitig auch zu wissen, um welche Einrichtungen es sich schlussendlich handeln wird. Ein derartiger Entscheid erscheint uns zu problematisch zu sein.
2. Wir entscheiden hier nicht nur über öffentliche Einrichtungen, sondern wir entscheiden hier mit der allfälligen Unterstützung der Minderheit über die Einrichtungen in öffentlichen Bereichen, in privaten Bereichen, in ambulanten Praxen, Ambulatorien usw. und auch über die Einrichtungen für stationäre Behandlungen.
Geschätzte Damen und Herren der bürgerlichen Parteien: Dieser Artikel ist ein Schlüsselartikel für eine zukünftige Staatsmedizin, indem der Staat schlussendlich entscheidet, wer welche Einrichtungen noch betreiben darf. Ich gebe zu, die Beispiele von Herrn Cavalli sind absolut plausibel, die er zu den Kantonen Tessin und Schaffhausen gebracht hat – aber mein Beispiel von vorhin ist genauso plausibel: Glauben Sie, dass der Herr Sanitätsdirektor Rolf Ritschard im Kanton Solothurn in einer öffentlichen Einrichtung eine «Grossausrüstung» – was auch immer man darunter verstehen mag – nicht bewilligen würde, egal, ob daneben eine private Institution steht oder nicht?
Ich weiss, hier treffen fundamental unterschiedliche Meinungen aufeinander. Ich bitte Sie, hier die Mehrheit zu unterstützen. Wir müssen das Problem nach wie vor angehen, und ich wiederhole mich hier also ein weiteres Mal: Die Regelung darüber führt über den Wettbewerb!

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Borer, zu Ihrem Beispiel: Hätte eine solche Bedürfnisklausel im Kanton Solothurn existiert und hätte sich ein solches Gerät schon in privaten Händen befunden, dann hätte Genosse Ritschard aufgrund der Bedürfnisklausel, mit der privat und öffentlich zusammengezählt wird, dieses Gerät nicht kaufen dürfen.

**Borer** Roland (V, SO): Es ist absolut nicht wahr, dass Herr Ritschard aufgrund dieses Artikels nicht kaufen darf. Es heisst hier nur, dass der Kanton es genehmigt. Wer ist schlussendlich der Kanton? Es ist der zuständige Gesundheitsdirektor. Kollege Cavalli, es ist natürlich einmal mehr so, dass er eigentlich aufgrund der Finanzlage seinem Personal keine Lohnaufbesserung hätte bewilligen dürfen, die über die Teuerung hinausgeht; auch das macht er. Er ist seiner Klientel in den öffentlichen Spitälern etwas schuldig, und das weiss er.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe radical-démocratique communique qu'il soutient la proposition de la majorité.

**Ruey** Claude (L, VD): Je crois que M. Cavalli voit un vrai problème. C'est vrai qu'il peut y avoir trop d'examens, des examens inutiles, trop d'équipements. Il ne s'agit pas de savoir si on voit le vrai problème, mais de savoir si l'on trouve le vrai remède. Et comme on l'a déjà dit à cette tribune: qu'est-ce un équipement lourd? Il faut déjà le définir. Un équipement lourd aujourd'hui, cela peut être un équipement léger plus tard, en raison du progrès technologique, en raison de la baisse des prix qu'engendre le développement économique. Prenez simplement une calculatrice de poche qui coûtait, il y a vingt-cinq ans, des milliers de francs, ou un téléphone mobile qui coûtait 10 000 francs alors qu'aujourd'hui il est quasiment gratuit. La même chose s'est d'ailleurs passée avec les scanners. A un moment donné, on parlait énormément des scanners; aujourd'hui, ils sont banalisés. C'est donc déjà difficile de définir ce qui est lourd de manière dogmatique et de manière réglementaire.
En fait, pourquoi il y a-t-il trop d'équipements? Je crois l'avoir déjà dit lors du débat d'entrée en matière: c'est parce que ces équipements sont récompensés par un prix de prestations qui est trop élevé. Ce sont des prix administrés, ce ne sont pas des prix de marché. Et j'ai pu voir, tout près de Lausanne, à Vevey pour ne pas citer la commune, un hôpital privé installer un IRM – M. Rossini vient de faire allusion à l'installation d'un IRM en Valais. Pourquoi? Parce que cet hôpital savait qu'avec les prix administrés qu'on a, il pourrait rentabiliser assez rapidement son IRM. Et c'est malheureusement ce qui s'est passé.
Mais ce n'est en tout cas pas en proposant un système encore un peu plus étatique que le prix étatique administré, qu'on réglera le problème. C'est en réalité, précisément, par le nouveau système d'achat des prestations à des prix concurrentiels qu'on évitera le surinvestissement: personne, comme entrepreneur, n'a intérêt à investir beaucoup s'il n'a pas la garantie d'être rémunéré à des prix corrects.
J'ai parlé du cas vaudois d'une introduction de la clause du besoin. Mme Dormond m'a très justement fait remarquer que j'avais un peu abusé du terme et je rectifie: nous avons introduit un système proche de la clause du besoin, limité aux hôpitaux publics et subventionnés, qui n'a pas fonctionné pour les raisons que l'on a évoquées tout à l'heure et que M. Borer a également évoquées. Cela a conduit à un échec. Il faut se garder du leurre qui consiste à croire qu'avec un système de clause du besoin étatique, on peut régler ce genre de problème.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je ne peux que répéter ce qui a été dit. Le problème est réel. La compétence d'agir existe pour les cantons, et ce n'est pas vrai qu'on leur enlève cette compétence. On crée une obligation, mais les discussions auront de toute façon lieu parce que la définition devra être faite, sur le plan cantonal, de ce qu'est un équipement

lourd. Des problèmes pourront effectivement se poser, comme M. Borer l'a dit, puisqu'il n'y a qu'une obligation sans contenu, en termes de principe. Laissons donc vraiment les cantons assumer cette responsabilité. Mais disons ici, et je suis contente qu'à la tribune personne n'ait dit le contraire, qu'il y a vraiment dans ce pays un suréquipement en appareils médicaux de haute technologie, qui est une des causes de l'augmentation des coûts et des primes. Ainsi, dans la région bernoise, il y a, je crois, dix ou douze appareils d'imagerie par résonance magnétique. On se dit que vraiment, dans notre pays, la concurrence a permis une floraison d'instituts, de cabinets, de cliniques, d'hôpitaux publics, etc., chacun voulant avoir le dernier gadget. Et c'est une des causes de l'augmentation des primes.
D'un côté, il faut absolument encourager les cantons, les soutenir dans leur volonté de mettre sur pied une clause du besoin pour ces équipements lourds et coûteux, mais nous ne pouvons pas les y contraindre. De l'autre, cette compétence, les cantons l'ont et ils doivent l'exercer.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 72 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 63 Stimmen

**Art. 41**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
*Mehrheit*
.... Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer Behandlung in einem Geburtshaus oder in Spitälern ....
*Minderheit*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fattebert, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani)
.... auf der interkantonalen Liste aufgeführt sind.

*Abs. 2*
....
a. Unverändert
b. bei stationärer Behandlung in Spitälern oder in einem Geburtshaus ....
*Abs. 3*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 41**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
*Majorité*
.... l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement en maison de naissance ou hospitalier, l'assureur ....
*Minorité*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Dormann Rosmarie, Fattebert, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani)
.... qui figurent sur la liste intercantonale établie.

*Al. 2*
....
a. Inchangé
b. .... d'un traitement hospitalier ou en maison de naissance.
*Al. 3*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Abs. 1 – Al. 1*

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité tombe à la suite du vote à l'article 39.

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

*Abs. 2, 3 – Al. 2, 3*
*Angenommen – Adopté*

**Art. 41a**
*Antrag der Kommission*
Streichen
*Proposition de la commission*
Biffer

*Angenommen – Adopté*

**Art. 42a**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Versichertenkarte
*Abs. 1*
Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte mit einer vom Bund vergebenen Identifikationsnummer erhält.
*Abs. 2*
Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.
*Abs. 3*
Der Bundesrat regelt die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.
*Abs. 4*
Die Karte kann im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten enthalten, die im Notfall abrufbar sind. Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Kreise diese Daten festlegen.

*Antrag Sommaruga*
*Abs. 2*
.... nach diesem Gesetz verwendet. Der elektronische Datenaustausch darf erst dann erfolgen, wenn die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit erfüllt sind.

**Art. 42a**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Carte d'assuré
*Al. 1*
Le Conseil fédéral peut décider que, la durée de son assujettissement à l'assurance obligatoire des soins, chaque assuré reçoive une carte d'assuré qui porte le numéro défini par la Confédération.
*Al. 2*
Cette carte avec possibilité d'interaction du porteur est utilisée pour la facturation des prestations selon la présente loi.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral règle le détail de la mise en oeuvre par les assureurs, y compris les standards techniques qui devront être appliqués.
*Al. 4*
Moyennant le consentement de l'assuré, la carte peut contenir des données personnelles auxquelles elle donne accès en cas d'urgence. Le Conseil fédéral peut définir, après avoir entendu les milieux concernés, ces données.

*Proposition Sommaruga*
*Al. 2*
.... selon la présente loi. Elle ne peut être utilisée à des fins de communication de données informatiques qu'une fois que le respect des dispositions pertinentes relatives à la protection et à la sécurité des données est garanti.

**Sommaruga** Simonetta (S, BE): Es geht in diesem Artikel 42a um die Versichertenkarte. Die Versichertenkarte kann ein sinnvolles Instrument sein, um unnötige Behandlungen zu verhindern. Sie kann ein Instrument sein, um den Informationsfluss zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden sicherzustellen und zu verbessern, und sie kann

ein Instrument sein, um die Information zwischen den Leistungserbringenden und den Krankenversicherern sicherzustellen. Wir müssen uns allerdings bewusst sein, dass es sich bei den Daten, die auf der Versichertenkarte gespeichert sind, um hochsensible Daten handeln kann. Ich habe einen grossen Respekt vor dem Umgang mit solchen Daten, vor allem, wenn der Datenaustausch elektronisch erfolgt. Deshalb müssen wir dafür sorgen, dass man sorgfältig damit umgeht, und wir müssen jede Form von Missbrauch verhindern.
Mit meinem Antrag möchte ich explizit sicherstellen, dass der elektronische Datenaustausch erst dann erfolgen darf, wenn die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit erfüllt sind. Ich meine, es liegt im Interesse von uns allen, dass die Versichertenkarte so eingeführt wird, dass sie von allen akzeptiert werden kann. Dazu braucht es die entsprechenden vertrauensbildenden Massnahmen.
Ich bitte Sie, unter diesem Aspekt meinem Antrag zuzustimmen.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Il s'agit d'accorder la compétence au Conseil fédéral d'introduire la carte magnétique comme support de données administratives ou médicales qui peuvent être disponibles rapidement et éviter des démarches fastidieuses ou des analyses inutiles. On a là une véritable source d'économies et d'efficacité améliorée, ainsi qu'une amélioration de la sécurité médicale, il faut le souligner. La technologie avance vite; la carte, ça peut aussi être un dossier Internet; de cette manière, ça peut aussi devenir rapidement un instrument indispensable.
C'est pourquoi nous imaginons de laisser au Conseil fédéral la possibilité de décider, plutôt que de le fixer dans la loi, de toutes les dispositions qui pourraient être rapidement dépassées. Il s'agit de savoir ce que nous allons introduire dans cette carte, quelles seront les clés d'accès. Le secret médical doit être sauvegardé, c'est sûr; pour des raisons de résistance à livrer des données personnelles, nous avons réservé le consentement de l'assuré. De plus, pour aller de l'avant, il faut des bases légales sur la protection des données, qui dépassent le cadre de la loi sur l'assurance-maladie.
Nous n'avons pas discuté de la proposition Sommaruga. Il me semble à première vue qu'elle met un frein aux possibilités. Je vous laisse maintenant imaginer: vu la fréquence à laquelle les gens voyagent, ils peuvent avoir un accident ou des problèmes de santé. Il serait fondamental de pouvoir avoir accès rapidement à toutes ces données, naturellement avec leur consentement.
Je vous prie d'adopter la proposition de la commission.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: M. Fattebert vient d'expliquer la portée limitée de la carte. Il ne s'agit pas d'une carte de santé, il s'agit d'une carte d'assuré. Comme Mme Sommaruga, nous sommes très sensibles aux problèmes posés par la protection de la sphère intime, en particulier s'agissant de celle des personnes malades. Cette carte d'assuré constitue un tout petit premier pas. Pour ce faire, nous avons été en relation suivie avec le préposé à la protection des données qui nous a suggéré, ainsi qu'à la commission, des modifications en disant: «Attention, il ne faut pas que, sous le titre de données nécessaires pour des cas d'urgence, on puisse introduire des données sensibles.» Nous sommes donc très attentifs à cela.
Là où vous avez raison, Madame Sommaruga, c'est qu'il faudra faire très attention pour que, dans la facturation, ne figurent pas des données sensibles. Je peux vous assurer que je suis particulièrement au fait de cette problématique. C'est moi qui ai institué le groupe de travail qui, par exemple, a proposé de modifier la liste des analyses de sorte que les assureurs ne puissent pas voir qu'une personne a subi des analyses de laboratoire qui laisseraient présupposer une infection par le virus VIH. Il y a donc effectivement des risques de dérapage que vous avez soulignés, mais nous en sommes informés. Le préposé à la protection des données nous aidera à trouver une solution et le groupe de travail qui a déjà oeuvré dans ce domaine nous y aidera également.
J'aimerais presque vous demander de ne pas insister, parce que la formulation que vous proposez est au fond une tautologie sur le plan juridique. Elle dit: «On introduira quelque chose quand on sera sûr qu'on peut l'introduire.» C'est en fait ce que votre proposition signifie. J'aimerais vous prier, vous parlementaire, de rester vigilante à propos de ce problème et de ne pas nous demander d'inscrire dans la loi une tautologie du type de celle que vous proposez.

**Sommaruga** Simonetta (S, BE): Es liegt mir fern, im Gesetz etwas zu wiederholen, das bereits feststeht. Frau Bundesrätin Dreifuss hat mir gezeigt, dass sie sich der Missbrauchsgefahren dieser Versichertenkarten bewusst ist. Wenn Frau Bundesrätin Dreifuss die Folgen und die weiteren Arbeiten auch nicht mehr selber begleiten kann, was ich sehr begrüsst hätte, dann gehe ich davon aus, dass auch ihr Nachfolger diesem Problem grösste Aufmerksamkeit schenkt.
Ich ziehe deshalb meinen Antrag zurück.

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition Sommaruga a été retirée.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

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

*Schluss der Sitzung um 19.55 Uhr*
*La séance est levée à 19 h 55*

## Dreizehnte Sitzung – Treizième séance

**Donnerstag, 12. Dezember 2002**
**Jeudi, 12 décembre 2002**

*08.00 h*

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)

### 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

**Art. 43 Abs. 2 Bst. d**
*Antrag der Kommission*
d. die Vergütung aller oder bestimmter Leistungen von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 bis 40 hinausgehen, wie namentlich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aus-, Weiter- und Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

**Art. 43 al. 2 let. d**
*Proposition de la commission*
d. soumettre la rémunération de toutes ou certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les articles 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs fournissent des prestations de qualité et ayant un caractère économique et qu'ils disposent de la formation de base, de la formation postgraduée et de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

*Angenommen – Adopté*

**Art. 45**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Abs. 2–4*
Streichen

*Minderheit*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 2*
Macht ein Versicherer oder ein Leistungserbringer geltend, dass für ambulante Behandlungen die medizinische Versorgung ohne eine Zulassung unzureichend wäre, so kann der betroffene Versicherer oder der betroffene Leistungserbringer bei der Kantonsregierung die Zulassung nach Artikel 35 Absatz 1 verlangen.
*Abs. 3*
Die Kantonsregierung berücksichtigt bei der Beurteilung der medizinischen Versorgung die zeitgemässen medizinischen Versorgungsstandards und die bundesrechtlichen Bedarfskriterien. Das Angebot ausserhalb des Kantons ist einzubeziehen.

**Art. 45**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Al. 2–4*
Biffer

*Minorité*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 2*
Si un assureur ou un fournisseur de prestations fait valoir que, sans son admission, la couverture en soins médicaux serait insuffisante dans le secteur ambulatoire, il peut exiger du gouvernement cantonal l'admission d'après l'article 35 alinéa 1er.
*Al. 3*
Lorsqu'il procède à l'évaluation de la couverture en soins médicaux, le gouvernement cantonal tient compte des standards actuels en matière de couverture en soins médicaux ainsi que des critères en termes de besoins prévus par la législation fédérale. L'offre à l'extérieur du canton doit également être prise en considération.

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

**Art. 46 Abs. 4**
*Antrag der Kommission*
.... Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Billigkeit in Einklang steht sowie die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen gewährleisten kann. Der Tarifvertrag hat Bestimmungen zu den Bedingungen nach Artikel 43 Absatz 2 Buchstabe d zu enthalten.

**Art. 46 al. 4**
*Proposition de la commission*
.... L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle permet de garantir le caractère économique et la qualité des prestations. La convention tarifaire doit contenir des dispositions sur les conditions de l'article 43 alinéa 2 lettre d.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 47 Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.
*Minderheit I*
(Widrig, Bortoluzzi, Gutzwiller, Stahl, Triponez)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Minderheit II*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
(die Änderung betrifft nur den französischen Text)

**Art. 47 al. 2**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.
*Minorité I*
(Widrig, Bortoluzzi, Gutzwiller, Stahl, Triponez)
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Minorité II*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
S'il n'existe aucune convention tarifaire entre l'assureur et le fournisseur de prestations pour le traitement ambulatoire d'un assuré malgré l'existence d'un contrat sur l'admission, ou encore pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

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

**Art. 49**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1, 2, 4–6, 8*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 3*
*Mehrheit*
.... Leistungsbereiche separat finanzieren. (Rest des Absatzes streichen)
*Minderheit*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Genner, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
.... werden je zur Hälfte vom Versicherer und vom jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Der Anteil der Kantone betrifft nur die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile ....

*Abs. 7*
.... Betriebs- und Investitionskosten und Erfassung ihrer .... Leistungsstatistik. Diese beinhalten insbesondere alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung ....

**Art. 49**
*Proposition de la commission*
*Al. 1, 2, 4–6, 8*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 3*
*Majorité*
.... Les cantons peuvent décider qu'ils financent certains types de prestations séparément. (Biffer le reste de l'alinéa)
*Minorité*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Genner, Goll, Gross Jost, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
.... où réside l'assuré. La participation du canton ne concerne que les hôpitaux publics ou subventionnés. Elles ne comprennent pas ....

*Al. 7*
.... leurs prestations. Elles doivent comporter notamment toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux, pour la tarification et la planification hospitalière. Les gouvernements .... les dispositions détaillées d'exécution à cet effet.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Dans le débat d'hier, vous avez pleinement soutenu la prédominance de la notion de concurrence dans cette révision, en accordant peu de reconnaissance et de valeur au principe de la régulation étatique. Je persiste néanmoins à défendre notre point de vue et notre conviction qu'il y a nécessité d'une régulation par les pouvoirs publics et d'un positionnement particulier de ceux-ci par rapport à la problématique du financement des établissements hospitaliers. On en revient finalement, avec cette question qui est pour nous quasi déterminante, car centrale, à l'essence même de ce projet de révision qui traite du financement hospitalier, en tout cas tel qu'il a été présenté initialement au Parlement.

La première question que j'aurais envie de poser, c'est de savoir finalement qui gouverne. Qui gouverne? parce que le projet du Conseil fédéral répondait effectivement à deux décisions du Tribunal fédéral des assurances qui mettaient sur pied d'égalité hôpitaux publics et subventionnés et hôpitaux privés, s'agissant de la participation financière des pouvoirs publics, et par conséquent des cantons.

Ce que l'on observe, c'est que la révision s'aligne tout simplement sur les décisions du Tribunal fédéral des assurances. Concrètement, c'est la fin de la division commune des établissements hospitaliers et c'est décharger l'assurance complémentaire privée au détriment des pouvoirs publics et, partiellement, dans une moindre mesure, j'en conviens, des assurés. C'est en fait un transfert d'à peu près 700 à 800 millions de francs qui est opéré. C'est aussi interférer dans les processus de rationalisation qui sont mis en oeuvre par la planification dans les différents cantons. Je dirai que, puisque le Parlement n'a pas voulu définir hier de critères de planification par la Confédération, c'est un petit peu comme si, par analogie, nous procédions à une forme de privatisation de l'école et à une marginalisation de la position de l'Etat. Pour nous, c'est une manière de remettre en cause la notion de service public.

La question de cette mise à égalité des établissements nous interpelle aussi quant à la problématique de la planification hospitalière, d'autant plus que la majorité de la commission affirme clairement dans les dispositions transitoires (ch. II al. 4) la volonté d'aller vers un financement moniste. Avec le financement moniste, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, la notion même de planification perd l'essentiel de sa substance au profit de la concurrence. Les assureurs choisiront ensuite le meilleur rapport qualité/prix. M. Ruey nous l'a explicitement dit hier et cela ne nous paraît pas du tout, mais pas du tout, satisfaisant. Je dirai que cette perspective est, pour nous, politiquement et socialement inacceptable parce que la régulation de l'offre par les principes de la concurrence met en danger l'intérêt général.

D'autre part, il y a le problème financier; un problème financier qui est presque un jeu de Pierre noir dans l'assurance-maladie et qui pèse à peu près 1 milliard de francs. Si, au problème du financement hospitalier, on ajoute ensuite le problème de la réduction des primes, c'est à peu près 1 milliard de francs de charge que nous allons transférer aux cantons, sans que la Confédération assume ses responsabilités dans la gestion et les lignes directrices à donner en matière de planification et de régulation du système de santé. Cette succession de transferts de charges financières aux cantons nous paraît peu cohérente et dangereuse pour la cohésion sociale.

Enfin, le dernier élément de mon argumentation se réfère à toute la problématique historique, à l'évolution du système de santé, à la minimalisation de toutes les difficultés techniques auxquelles nous serons confrontés pour définir ces forfaits. Je pense à la problématique des investissements, à leur comptabilisation et à leur estimation, je pense à toutes les lacunes de comptabilité analytique qui rendent extrêmement difficiles la comparaison et le «benchmarking» dans ce domaine, et qui rendent aléatoire également la pertinence de cette mise à égalité des établissements. Sans parler de la problématique de l'offre: je pense aux soins d'urgence, à toute une série de disciplines qui devront de toute manière,

dans le sens du service public, être assumées par les cantons.
En conclusion, je vous demande de ne retenir que le principe du financement par les cantons des seuls établissements publics et établissements subventionnés et de ne pas prendre en considération le financement des établissements privés.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Ich bitte Sie namens der FDP-Fraktion, den Antrag der Minderheit Rossini abzulehnen.
Wir setzen uns seit Jahren für die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung ein, damit die Preise für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar werden. Die Konsumentinnen und Konsumenten sollen die effektiven Kosten mit den tatsächlich erbrachten Leistungen vergleichen können. Die Kantone sollen von ihrer Doppelrolle entbunden werden; sie sind heute Leistungszahler und Leistungserbringer in einem. Deshalb haben sie auch wenig Interesse an tieferen Tarifen, da sie damit nur ihr Defizit erhöhen.
Wir wollen von der Institutionen- zur Leistungsfinanzierung übergehen und hier in diesem Artikel erste Pflöcke für diesen Übergang einschlagen, obwohl wir uns bewusst sind, dass wir uns noch in einer Übergangsphase befinden. Die Formulierung der Mehrheit ist offen. Die Zahlungen können an die Versicherer wie auch an eine paritätisch zusammengesetzte Clearing- oder an eine spezielle Inkassostelle gehen. Alle privaten und öffentlichen Einrichtungen sollen gleich behandelt werden. Die Qualität der Leistungen, verbunden mit ihrer Effizienz und Wirtschaftlichkeit, muss entscheidend sein – und nicht die Frage, ob es private oder öffentlich-rechtliche Einrichtungen sind.
Ich bitte Sie also im Namen der FDP-Fraktion, die Mehrheit zu unterstützen und den Antrag der Minderheit Rossini abzulehnen.

**Borer** Roland (V, SO): Die SVP-Fraktion wird grossmehrheitlich, wie auch die FDP-Fraktion, die Mehrheit unterstützen. Wir sind grundsätzlich der Meinung, dass im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes und der Abgeltung der Leistungen alle Leistungserbringer gleich behandelt werden sollen. Alle sollen die Möglichkeit haben, kostengerechte Leistungen auch abrechnen zu können. Auf der anderen Seite ist aber unser Ansatzpunkt der, dass wir das Ganze vonseiten der Versicherten betrachten. Es ist absolut nicht nachvollziehbar, warum ein Privatversicherter, der zwangsweise auch Grundversicherungsbeiträge bezahlen muss, nicht auch die Leistungen zugute hat, die ihm eigentlich vom Gesetz her zukommen, wenn diese Leistungen in einem speziellen Privatspital erbracht werden. Von diesem Blickwinkel aus gesehen unterstützen wir auch die Mehrheit. Wir können nicht von den Zusatzversicherten einerseits verlangen, dass sie Grundversicherungsbeiträge bezahlen, ihnen dann aber andererseits verbieten, aus dieser Grundversicherung auch Leistungen zu beziehen. Das ist unserer Ansicht nach nicht korrekt.
Im Weiteren ist es auch unserer Ansicht nach so, dass man nicht die Zahlstelle auf Gesetzesstufe definieren soll. Es gibt durchaus verschiedenste sinnvolle Möglichkeiten, die Zahlstellen zu organisieren und einzurichten. Diesbezüglich sind wir der Meinung, die Kaskade Wohnkanton-Versicherung-Leistungserbringer sollte nicht zwingend sein.
Herr Rossini hat vorhin einen Vergleich mit den Schulen gemacht. Herr Rossini, es ist ein Faktum, dass auch in der Schweiz verschiedenste Bestrebungen im Gange sind, dass auch an privaten Schulen Unterstützungsbeiträge für Schüler bezahlt werden müssen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang zum Beispiel an die Gemeindeversammlung von vorgestern Abend in der Stadt Solothurn. Die Gemeindeversammlung – nicht ein Parlament, sondern die Gemeindeversammlung – hat dort einen diesbezüglichen Entscheid gefällt, bei dem es darum geht, dass die Beiträge schülerbezogen und nicht objektbezogen, also nach Art und Status der Schule, ausbezahlt werden.
Ich bitte Sie also in diesem Zusammenhang, die Mehrheit zu unterstützen.

**Widrig** Hans Werner (C, SG): Zu den Tarifverträgen mit den Spitälern, zu Artikel 49: Ganz generell müssen wir im Gesundheitswesen klare, präzis definierte Strukturen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten schaffen und die Kompetenzen zwischen Bund, Kantonen und den Krankenversicherern klar aufteilen. Dem Bund obliegt die Festlegung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen, während die Festlegung der Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone bildet. Daraus ergibt sich ganz logisch, dass die Versicherer bei der Finanzierung eine wichtige Rolle spielen. Dieser Systemwechsel in der Spitalfinanzierung ist rasch umzusetzen. Wir werden bei den Übergangsbestimmungen, die ja damit in Zusammenhang stehen, darauf zu sprechen kommen.
In seiner Botschaft zur Teilrevision der Spitalfinanzierung sagt der Bundesrat, das monistische System sei erst längerfristig realisierbar, weil der politische Konsens für diesen Systemwechsel nicht vorhanden sei. Die CVP ist mit dieser Auffassung nicht einverstanden: Erstens sind sich sehr viele Akteure über die positiven Folgen eines Systemwechsels einig; wenn wir diesen vollzogen haben, wird alles viel einfacher. Zweitens hat das bisherige, duale Finanzierungssystem falsche Anreize hervorgerufen. Die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs in den Spitälern ist eigentlich exemplarisch für die klaren Systemmängel des KVG. Mit dem monistischen System fallen diese Verzerrungen weg, dank der Transparenz wird vieles einfacher. Deshalb kommt Artikel 49 so grosse Bedeutung zu.
Zu Absatz 3, zu welchem ein Minderheitsantrag vorliegt: Die Version des Ständerates gibt einem Kanton in Übereinstimmung mit Absatz 4 der Übergangsbestimmungen die Möglichkeit, das System der monistischen Finanzierung schon nach Inkrafttreten der laufenden Gesetzesrevision einzuführen. Man sollte diesen Weg offen halten, um auf kantonaler Ebene erste Erfahrungen mit dem neuen Finanzierungssystem zu sammeln. In diesem Sinne beantragt Ihnen die CVP-Fraktion einhellig, den Antrag der Minderheit Rossini abzulehnen, umso mehr, als dieser noch vorschreibt, der Anteil der Kantone betreffe nur die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler, was natürlich nicht angeht.
Ich bitte Sie deshalb namens der CVP-Fraktion, hier dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Zuerst einmal sei klar gesagt: Diese Bestimmung hat nichts mit dem EVG-Urteil zu tun. Dieses Urteil wollte nur die Zusatzversicherten im jetzigen System einbeziehen, und das jetzige System sieht nur die öffentlichen Spitäler vor – das zur Klarheit.
Es gibt mindestens vier Gruppen von Argumenten, die ganz klar gegen eine Systemänderung und deswegen für die Minderheit Rossini sprechen:
1. Wir würden mit einer Systemänderung klar eine ganz deutliche Mengenausweitung verursachen. Ich nenne ein Beispiel aus dem Kanton Tessin: In den letzten Jahren hat die öffentliche Hand fast 500 Betten abgebaut; die Privatkliniken haben diese 500 Betten wieder aufgebaut. So ist alles beim Alten geblieben. Bei uns befinden sich jetzt 52 Prozent der Akutbetten in Privatkliniken.
2. Man sagt, die Politiker sollten dann den Mut haben und das via Spitalliste beschränken. Vor allem in kleineren und mittelgrossen Kantonen ist die Lobby der Privatkliniken aber so stark, dass die Lokalpolitiker diesen Mut nie aufbringen werden, weil sie sonst nicht wiedergewählt würden. Wenn sie jedoch einmal diesen Mut aufbringen, dann fällt das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement eine Reihe von Entscheiden, die jede Spitalliste kaputtmachen.
3. Dieser «Scherz», dieser plötzliche Systemwechsel, wird die Kantone etwa zwischen 500 und 700 Millionen Franken kosten. Das passiert in einem Moment, Herr Widrig, in dem wir noch nicht entschieden haben, ob wir den Systemwech-

sel zur monistischen Finanzierung vornehmen wollen. Vor wenigen Monaten waren alle von der Aufhebung des Kontrahierungszwanges begeistert, weil sie dieses schwierige Wort nicht verstanden haben. Gestern, nachdem wir diesen Punkt ausdiskutiert hatten, haben wir bewiesen, dass wir dagegen sind. Ich wette, dass hier mit der monistischen Finanzierung dasselbe passieren wird, sobald wir das Problem ausdiskutiert haben, weil dies die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im Spitalbereich bedeutet.

Unsere Kommission hat den Bundesrat beauftragt, gleichzeitig mit der Studie über die monistische Finanzierung eine Studie über die Anwendung des dual-fixen Systems zu liefern, weil man damit auch das Problem zwischen Spitalbehandlung und ambulanter Behandlung gelöst hätte.

4. Alle Studien zeigen einhellig: Je mehr man öffentliche Spitäler privatisiert, desto mehr kostet das System. Mindestens zwei Studien zeigen, dass dadurch die Resultate für die Patienten schlechter werden.

Eine letzte Bemerkung zu Herrn Borer: Die Spitalfinanzierung ist mit der Unterstützung der Schulen durchaus vergleichbar. Die Tessiner Bevölkerung hat mit einer Mehrheit von 80 Prozent einen Vorschlag abgelehnt, der jenem entspricht, den gestern Abend die Gemeindeversammlung einer Gemeinde in Ihrem Kanton angenommen hat.

**Ruey** Claude (L, VD): Je m'étonne que M. Cavalli en reste à une vision idéologique des choses. C'est lui qui vient nous dire: «Cela ne marche pas, ça n'a pas marché, les responsables sanitaires des cantons n'arrivent pas à le faire, et puis, quand ils arrivent à le faire, il y a encore le ministre de la justice qui vient empêcher que ça se réalise.» Alors, la simple réalité serait de se dire, ce système ne marchant pas, qu'il faudrait en essayer un autre. Vous avez démontré que ça ne marchait pas et qu'on se heurtait à toutes sortes d'obstacles.

J'ajoute que la LAMal prévoit que l'on tienne compte du secteur privé, ç'a été aussi un des fondements de la LAMal, il n'est pas question de l'éliminer. Pourquoi? Parce que nous avons, dans la LAMal, l'obligation générale d'être assuré: quiconque vit en Suisse doit être assuré et, dès lors, l'assuré doit être traité de manière égale. Il y a le principe de l'égalité de traitement qui doit être respecté et, par conséquent, on ne peut pas péjorer la situation d'un assuré qui heureusement, au nom de sa liberté, a encore le choix d'aller à tel ou tel hôpital ou de bénéficier de telle ou telle prestation.

De même, l'égalité de traitement doit aussi se faire entre les hôpitaux. S'il y avait des subventions cantonales uniquement pour l'hospitalisation en chambre commune, ce qui était le système auquel nous croyions avoir abouti avant l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, je n'aurais rien à redire. En revanche, à partir du moment où les subventions des cantons sont aussi accordées, en fonction de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, pour l'hospitalisation en chambre privée et donc pour les prestations privées des hôpitaux, il n'y a strictement aucune raison de faire une différence entre un hôpital purement privé ou un hôpital privé subventionné. C'est ce qu'on nous demande de faire, et ça, c'est contraire à l'égalité de traitement, et ça ne se justifie pas économiquement. Cela ne se justifie pas économiquement parce que, précisément, comme l'a dit Mme Egerszegi, il s'agit d'acheter des prestations et on change de système. Il ne faut pas rester dans l'ancien système, tel qu'on l'a vécu jusqu'à maintenant et qui ne marche pas vraiment bien. On essaie de changer le système dans le sens de l'achat de prestations, et, à prestations semblables, ce seront les coûts, une fois de plus, qui permettront de faire la différence.

Alors, bien entendu, lorsque je parle de prestations semblables, il est clair qu'il ne s'agit pas de payer aussi cher la prestation de quelqu'un qui n'assume ni les urgences ni les permanences par rapport à quelqu'un qui a cette mission. Il s'agit de tenir compte, bien sûr, des missions différentes, et c'est prévu par le système préconisé par la majorité de la commission. A quoi j'ajoute qu'il ne faut pas juger ceci dans l'immédiat mais prendre en considération les effets à terme: avec le financement par achat de prestations et avec, en plus, s'il a lieu, le financement moniste, on va pouvoir assainir l'offre, non pas en disant: «Cet hôpital est public, celui-là est privé, et on élimine les hôpitaux privés», mais assainir l'offre selon des critères rationnels qui sont l'équité, l'efficacité, l'efficience et la qualité. Par conséquent, on devra peut-être désaffecter certains hôpitaux subventionnés parce que d'autres, privés, sont plus performants, plus efficients et ont une meilleure qualité. C'est ce que veut l'assuré, et pour des coûts qui seront égaux, voire inférieurs.

Le groupe libéral vous invite donc à suivre la majorité.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: In Artikel 49 legen wir die Grundlagen für die dual-fixe Finanzierung, d. h. die Übernahme von 50 Prozent der Kosten durch den Kanton und 50 Prozent der Kosten durch die Versicherungen. Dieses System ist unbestritten. Wir machen noch keinen direkten Übergang zum monistischen System, wie das eigentlich angestrebt wird. Wie erwähnt wurde, haben wir zuerst in einem Vorstoss verlangt, dass das Departement diesen Übergang genau überprüft und beurteilt, welches die Konsequenzen sind, wer der Monist sein müsste, wie das ganze System aussehen würde. Wir machen also einen ganz kleinen Schritt, der schon längst fällig ist. Ich komme bei den Übergangsbestimmungen darauf zurück. Weil dieser Schritt für die Kantone Zusatzkosten zur Folge hat, lassen wir ihnen eine gewisse Zeit für diesen Übergang.

Zum Antrag der Minderheit Rossini: Die Kommission hat bei Artikel 49 Absatz 3 mit 14 zu 8 Stimmen jenem Antrag zugestimmt, der jetzt als Fassung der Mehrheit vorliegt. Die Minderheit Rossini will – Sie haben es gehört – die Patienten bzw. die Versicherten, die eine Zusatzversicherung haben, vom Anspruch auf ihren Anteil an der Grundversicherung ausschliessen. Die Forderung, alle Versicherten gleich zu behandeln, war für den Bundesrat mit ein Grund, diese Gesetzesrevision an die Hand zu nehmen. Bekanntlich ist heute in Artikel 49 Absatz 1 festgehalten, dass Beiträge nur an öffentliche und öffentlich subventionierte Betriebe bezahlt werden dürfen. Wir gehen jetzt bekanntlich zur Leistungsfinanzierung über, und wenn wir hier einen Teil der Versicherten von der Möglichkeit ausschliessen, auch davon zu profitieren, so müssten wir konsequenterweise eigentlich das Obligatorium wieder abschaffen, denn sonst würden wir nicht alle Versicherten gleich behandeln. Herr Cavalli, es ist aber auch ganz klar, dass nicht einfach Beiträge an Betriebe bezahlt werden und dies eine Mengenausweitung zur Folge hätte, sondern es werden nur Beiträge an Versicherte bezahlt, die sich in Privatspitälern behandeln lassen, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.Wenn die Kantone es nicht fertig bringen, eine Bedarfsplanung mit entsprechenden Leistungsaufträgen festzulegen, welche auch die Mengenausweitung in den Griff bekommt, so müssen wir uns an die Kantone wenden, welche ihre Pflicht nicht erfüllen, und nicht einfach den Bund beiziehen, der das nun verbessern soll.

Wir haben das Problem, dass neu Bildung und Forschung nicht mehr in die Kostenabgeltung einbezogen werden dürfen; das ist ein Problem, das noch gelöst werden muss. Diese Abgrenzung wird noch einige Diskussionen hervorrufen. Vor kurzem wurde bekanntlich ein entsprechender Bericht, der im Auftrag der Sanitätsdirektorenkonferenz erstellt wurde, den Beteiligten vorgestellt und von ihnen, insbesondere von den Universitätsspitälern, nur zum Teil akzeptiert.

Ich habe es erwähnt: Für den Übergang zum dual-fixen System wird den Kantonen eine angemessene Übergangsfrist gewährt. Heute geht es darum, alle Versicherten gleich zu behandeln, ihre Leistungen entsprechend abgelten zu können, ob sie nun zusatzversichert sind oder nicht. Es geht nicht um eine Subventionierung der Privatspitäler.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: En effet, M. Cavalli l'a bien dit, ce que nous vous proposons n'est pas tout simplement l'inscription dans la loi des considérants d'une décision

du Tribunal fédéral des assurances. Cela, nous l'avons fait dans une loi fédérale urgente pour ménager aux cantons une transition plus facile et plus supportable.
A l'article 49, nous tirons la conséquence de la logique de la loi et nous faisons un pas de plus. Cette proposition s'articule en deux volets: d'un côté, amener tous les hôpitaux – hôpitaux publics, subventionnés et cliniques privées – à exercer une gestion plus rationnelle, à calculer les coûts de leurs produits, à savoir pour quoi et dans quels domaines ils sont le plus efficaces, à créer ainsi les conditions permettant un véritable choix du fournisseur de soins qui aura à fournir telle et telle prestation. Donc, cette modification introduit des règles pour parvenir à un fonctionnement plus rationnel, à une gestion plus rationnelle du secteur hospitalier. Ces règles devraient conduire à éviter certains gaspillages qui représentent, selon moi, une part importante des coûts de la santé. Ce qui n'est pas dû à des gaspillages doit être accepté parce que cela relève de la médecine utile et de qualité.
D'un autre côté, nous avons le point de vue de l'assuré. Celui-ci, bénéficiant de la couverture de l'assurance obligatoire des soins, peut être amené à faire un séjour dans une clinique privée, clinique qui figure sur une liste hospitalière. Selon la proposition de la minorité Rossini, cet assuré se verrait privé de la part du financement pour les prestations de base, ou le service de base comme nous le disons, dans la mesure où il choisirait une clinique privée alors que cette clinique est reconnue comme étant un fournisseur de soins.
Au Tessin par exemple, comme nous le dit M. Cavalli, où 52 pour cent des lits réservés au traitement des soins aigus se trouvent dans des cliniques privées, je me demande comment on peut accepter l'idée que 52 pour cent des prestations – je simplifie, car je ne sais pas si c'est exactement la même chose – ne bénéficient pas d'un soutien de l'Etat, donc des finances publiques. Et cela parce que les cliniques privées, qui sont reconnues d'utilité publique dans ce cas par la liste hospitalière du canton, ne sont pas des hôpitaux publics.
Il faut aussi se rendre compte que l'obligation de faire payer les cantons pour des prestations «achetées» à des cliniques privées – dans la mesure où elles sont nécessaires – permet de diminuer la charge qui pèse non seulement sur les primes des assurances complémentaires mais aussi sur celles de l'assurance de base. En effet, le tarif actuel des cliniques privées, reconnues et qui figurent sur une liste hospitalière impute à l'assurance de base une partie des coûts, et même une partie des investissements. Donc, je crois qu'il faut se rendre compte qu'en matière de financement du séjour hospitalier, il y a un financement par la collectivité de toute façon. Et quand c'est le canton qui paie – permettez-moi de me répéter: ce n'est un mystère pour personne que je déteste le financement de la LAMal tel qu'il est –, je préfère encore que ce soit par des impôts progressifs que par une prime par tête dont nous savons à quel point elle pèse sur les classes moyennes.
Je m'excuse d'entrer dans ces détails, mais je crois que c'est indispensable pour comprendre de quoi il s'agit ici. Il s'agit de créer une égalité de situation pour les assurés et un système d'offre de prestations qui ne dépende pas du statut du fournisseur de soins en lui-même. Mais il y a des dangers inhérents au système, je le reconnais volontiers, et je comprends très bien que le groupe socialiste voie surtout les dangers.
Mais le danger principal n'est pas dans le système de financement, il est dans la capacité des cantons d'établir leur liste hospitalière, de conclure des contrats de prestations aussi avec des cliniques privées, d'empêcher que les cliniques privées écrèment le système en créant par exemple des cliniques où on n'opèrerait que les cataractes, et ceci à des conditions imbattables et en laissant les cas lourds sur le plan ophtalmologique, les cas difficiles et coûteux, aux hôpitaux publics. Dans un tel système, on ne peut pas accepter l'idée que les hôpitaux publics doivent prendre en charge tous les types de prestations et que les cliniques privées puissent écrémer le système en n'acceptant de fournir que les prestations qui les intéressent car plus rentables. C'est de nouveau un de ces cas où on emprunte un certain nombre de mécanismes au système de management et au marché pour rendre le système plus efficace, mais où, fondamentalement, on part quand même de l'idée qu'une planification est nécessaire, par un Etat régulateur, par un Etat qui dit quel fournisseur de soins peut fournir quoi. Et s'il ne fournit pas telle ou telle prestation, il ne doit pas ou plus figurer sur la liste.
Le deuxième danger, qui a été évoqué par M. Cavalli, c'est que les gouvernements cantonaux se révèlent trop faibles face aux lobbys des cliniques privées. Je ne nie pas cet aspect, mais – et là je m'avance un peu, parce que c'est dans le cadre de l'examen des recours que le Conseil fédéral aura à prendre éventuellement des décisions ou le Tribunal administratif fédéral lorsqu'il sera chargé de ces cas – j'aimerais combattre l'idée qui a été énoncée à la tribune selon laquelle les décisions actuelles du Conseil fédéral sur les listes hospitalières s'appliqueront de nouveau à l'avenir, parce qu'elles reposent sur une toute autre logique.
C'est parce qu'il y avait une distinction entre les types de divisions d'hôpitaux que nous avions accepté dès le début que les cantons fassent des listes qui ne sont pas intégrales. En d'autres termes, un canton dispose d'une liste A d'hôpitaux, le noyau dur, et il participe à leur financement, et une liste B d'établissements pour lesquels il refuse de payer. C'est dans ce dernier cas que, heureusement, le Tribunal fédéral a consacré l'interprétation que j'avais donnée immédiatement à la loi et que les cantons avaient refusée. Mais nous n'allons pas recommencer ce débat qui a déjà eu lieu sous la coupole et où mon point de vue, dans ce sens-là, a fini par triompher avec douceur puisque nous soutenons quand même les cantons dans cette transition vers quelque chose qu'ils auraient dû faire dès le début. C'est à cause de cette distinction que le Conseil fédéral a accepté l'idée que les cantons fassent des listes A et des listes B et a considéré que s'ils choisissaient le système de la double liste, qui n'était pas la planification intégrale, alors le seuil d'entrée sur la liste B était bas, au fond toute clinique privée quasiment avait le droit d'être sur la liste B, avec des conséquences désastreuses pour les primes de l'assurance de base.
Avec les nouveaux principes, qui prévoient l'achat des prestations, on ne subventionne pas des institutions: on fait des contrats de prestations et on établit une liste hospitalière. Je ne vois pas comment le Conseil fédéral ne pourrait pas ne pas encourager les cantons à établir une liste intégrale stricte, et comme je l'ai dit stricte aussi en matière de lutte contre la sélection des bons risques, de recherche des cas lucratifs, d'interdiction de fermer l'accès de cliniques aux assurés qui n'ont éventuellement pas d'assurance complémentaire. Il est clair que ce sera aux cantons de dire: «Si vous êtes sur la liste, vous assumez aussi les urgences. Si vous êtes sur la liste, vous acceptez toutes les personnes de la région dans laquelle se trouve cette clinique.» C'est cela, je crois, la logique du système et de la planification intégrale dont nous avons besoin, avec un certain nombre d'éléments de régulation empruntés à la gestion d'entreprise et au marché.
Voilà le grand chantier qui s'ouvre et, comme tout chantier, il comporte un certain nombre de risques. Mais il est équitable et plus efficace que le système actuel, et c'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir la majorité de la commission.
J'aimerais ajouter quelque chose au sujet du financement moniste. Vous avez donné ou vous allez donner mandat au Conseil fédéral, et celui-ci donnera mandat à mon successeur, d'analyser à fond le passage au système moniste et de vous faire des propositions dans ce sens dans un laps de temps qui me paraît extrêmement court. J'aimerais dire ici que le système moniste a toute une série d'implications très diverses. Bien sûr qu'il peut y avoir un système moniste où on donne tout le pouvoir aux caisses-maladie. Je crois que la discussion d'hier sur l'obligation de contracter ou sa levée a montré qu'on avait des doutes sur la capacité des caisses à jouer ce rôle. Ce n'est pas aux caisses, ce n'est pas à cet

oligopole de caisses en concurrence les unes avec les autres qu'il appartient d'assurer l'offre sanitaire de ce pays. Elles n'en sont pas capables. C'est à l'Etat ou éventuellement à une caisse à laquelle il déléguerait ses compétences, voire à une institution à laquelle il transférerait ses compétences, qu'il appartiendrait d'assurer la cohérence d'un système d'offre de soins qui veillerait à éviter autant que possible le gaspillage, mais qui éviterait aussi la pénurie, les files d'attente ou la souffrance des patients qui ne pourraient pas bénéficier des soins dont ils ont besoin.

Si le système moniste, c'est tout le pouvoir aux caisses, lesquelles font ce qu'elles veulent alors qu'elles n'ont de toute façon pas les instruments pour gérer cela, alors, je vous le dis ici, c'est une mauvaise piste et il ne faudra pas l'emprunter. Si le système moniste signifie qu'aux fins de simplification administrative, il y a une seule instance de paiement et que le système de financement passe par les caisses, mais que l'Etat ne renonce pas à sa responsabilité, alors le pas que nous faisons aujourd'hui constitue la première étape d'un processus qui peut très bien nous mener à ce système moniste sans qu'il y ait de dégâts pour le système de santé. Mais, comme j'ai eu l'occasion de le dire précédemment, dans ce domaine, les risques de dégâts et les chances d'amélioration sont toujours extrêmement difficiles à départager.

Une dernière remarque: le principe selon lequel la formation et la recherche ne doivent pas être financées par l'assurance-maladie n'est pas nouveau puisqu'il figure dès le début dans la loi; il est logique, il est normal. Mais comme toujours, quand il s'agit ensuite de passer à la pratique, la bataille pour savoir ce qu'on considère comme tel ou tel, surtout lorsqu'il s'agit d'une bataille pour des gros sous, est extrêmement difficile. J'attire l'attention de Mme Heberlein qui, peut-être, se référait davantage aux hôpitaux dans ce domaine, sur le fait que l'Office fédéral de la statistique a montré dans une enquête que l'assurance-maladie au contraire a payé beaucoup trop au titre de la recherche et de la formation, sur des budgets qui, en principe, sont consacrés aux soins élémentaires et aux hôpitaux.

**Cavalli** Franco (S, TI): Madame la Conseillère fédérale, vous semblez avoir quelques difficultés à comprendre la situation tessinoise. Si je vous dis que toutes les grandes huiles des partis bourgeois sont dans les conseils d'administration des cliniques privées, vous comprendrez sûrement mieux la situation. Mais ma question est la suivante: c'est vrai qu'avec ce changement de système, il y a, à courte échéance, une diminution de la pression sur les primes. Mais comme cela va créer une grande extension des activités – c'est ce qui est toujours arrivé partout – à la fin, cet avantage va disparaître et il y aura seulement un cadeau pour le propriétaire. Vous êtes d'accord?

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je ne crois pas qu'on puisse le dire comme ça. Tout dépend effectivement du rapport de force, si vous me permettez cette expression, dans le canton. Je peux vous citer le cas du canton de Zoug par exemple, où on a fermé un hôpital public ou subventionné et où on a introduit dans la liste hospitalière une clinique privée en lieu et place, mais où il n'y a pas eu d'extension de l'offre de soins. Mais vous avez raison de souligner l'importance des rapports des forces politiques dans les cantons.

Puisque vous relancez ma logorrhée, j'aimerais ajouter que le statut même de l'hôpital a de moins en moins de signification et d'implication. Nous avons assisté dans des cantons à des privatisations qui n'avaient pas d'autre but que d'économiser les fonds publics et de permettre au canton de se retirer de ses responsabilités, du financement de l'offre sanitaire. Il est facile de dire que l'on passe d'un statut public à un statut privé. Je pense qu'il n'est pas judicieux de faire reposer une loi sur des définitions de ce genre, qui sont extrêmement faciles à modifier. Là aussi, il y a un rapport de force, Monsieur Cavalli; il suffit qu'une majorité politique dise: «Faisons de nos hôpitaux publics une société anonyme, débarrassons-nous-en et nous aurons moins d'obligations!» Vous voyez que je peux vous retourner le même argument, le rapport de force est là, c'est un élément constant dans le domaine de la santé.

*Abs. 1, 2, 4–8 – Al. 1, 2, 4–8*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3249)
Für den Antrag der Mehrheit .... 106 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 55 Stimmen

**Art. 49a**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Als stationäre Behandlung ist ein Spitalaufenthalt zur Untersuchung, Behandlung und Pflege zu betrachten:
a. der mehr als 24 Stunden dauert;
b. der weniger als 24 Stunden dauert, geplant ist und eine Spitalinfrastruktur erfordert.
*Abs. 2*
Der Bundesrat erlässt nähere Bestimmungen.

**Art. 49a**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Le traitement hospitalier consiste en un séjour à l'hôpital pour des examens, des traitements et des soins:
a. qui dure plus de 24 heures;
b. qui dure moins de 24 heures, est planifié et nécessite une infrastructure hospitalière.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir haben hier gegenüber dem Beschluss des Ständerates eine Änderung vorgenommen, denn die Streichung des Begriffes «teilstationär» und die Neudefinition der stationären Behandlung haben Konsequenzen. Wir ändern die heutige 24-Stunden-Aufenthaltsregelung ab – so, wie es auch der Ständerat getan hat. Der Ständerat hat einen nächtlichen Aufenthalt als stationären Aufenthalt definiert. Wir haben einen Aufenthalt, der eine Spitalinfrastruktur erfordert, als stationäre Behandlung definiert. Damit fällt auch die Tageschirurgie unter diese Definition; sie wird nicht mehr wie eine teilstationäre Leistung zu 100 Prozent abgegolten, sondern zu 50 Prozent von den Kassen und vom Staat. Das heisst, es wird sich hier eine Verlagerung zulasten des Staates ergeben. Damit ergibt sich auch bei der Statistik eine Änderung, und es kommt zu Änderungen innerhalb der Krankenpflege-Leistungsverordnung, die bereits auf den 1. Januar in Kraft gesetzt werden. Wir machen darauf aufmerksam, dass es hier gewisse Anwendungsschwierigkeiten geben wird. Wir haben aber eine klarere Definition als der Ständerat. Das ist zumindest die Meinung der Kommission.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 50; 51 Titel, Abs. 1; 52 Abs. 1 Bst. b; 53 Abs. 1**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 50; 51 titre, al. 1; 52 al. 1 let. b; 53 al. 1**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 54a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit

Ref. 3249

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 49 al. 3

**Abstimmung vom / Vote du:** 12.12.2002 08:46:07

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | + | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | * | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | + | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | * | C | BE |
| Garbani | * | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | + | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | + | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | * | R | BL |
| Lachat | * | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | * | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | * | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | * | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | * | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | * | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | * | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 106 |
| nein / non / no | 55 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 38 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 29 | 0 | 6 | 33 | 0 | 4 | 34 | 0 |
| nein / non / no | 0 | 9 | 0 | 0 | 44 | 1 | 0 | 1 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 6 | 1 | 0 | 8 | 8 | 0 | 11 | 4 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Rossini

*Minderheit*
(Cavalli, Baumann Stephanie, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini)
*Abs. 1*
Der Kanton kann als befristete, ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs für die Finanzierung der ambulanten Behandlung einen Gesamtbetrag (Globalbudget) einsetzen.
*Abs. 2*
Er hört vorher die Einrichtungen, die Versicherer und die wichtigsten Leistungserbringerverbände an.

**Art. 54a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité

*Minorité*
(Cavalli, Baumann Stephanie, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini)
*Al. 1*
En tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, le canton peut fixer un montant global (budget global) pour le financement du traitement ambulatoire.
*Al. 2*
Il consulte au préalable les institutions, les assureurs et les principales fédérations de fournisseurs de prestations.

**Cavalli** Franco (S, TI): Wir haben die entsprechende Diskussion schon einige Male geführt, deswegen werde ich mich relativ kurz fassen. Es ist wichtig, dass man sich darüber im Klaren ist, worüber wir jetzt diskutieren. Wir diskutieren nicht über eine präzise Definition von Globalbudgets, und wir diskutieren auch nicht über eine definitive Einführung von Globalbudgets. Wir wollen vielmehr, dass die Kantone als befristete, ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der ambulanten Behandlung einsetzen können.
Es gibt keinen Zweifel: Wenn es uns in den letzten Jahren einigermassen gelungen ist, die Kosten im stationären Bereich unter Kontrolle zu halten, ist das dank Globalbudgets möglich gewesen. Ich kann Ihnen das auch anhand eines persönlichen Beispiels beweisen. Ich arbeite seit einigen Jahren, weil ich das so gewollt habe, unter dem System des Globalbudgets. Hätte ich das nicht getan, würde ich wahrscheinlich mehr ausgeben. Sie können alle Statistiken der letzten Jahre anschauen: Die stationären Kosten sind nicht mehr gestiegen, absolut betrachtet sind sie sogar etwas gesunken. Das ist dank der Einführung der Globalbudgets möglich gewesen. Was jetzt zunimmt, sind die ambulanten Kosten; sie nehmen um 15 bis 17 Prozent pro Jahr zu. Dort haben wir im Moment keine – absolut keine – Steuerungsmöglichkeit. Wir wollen, dass die Kantone in ausserordentlichen Situationen – wenn diese Kosten immer mehr steigen – die Möglichkeit haben, irgendein Globalbudget einzuführen. Ich weiss, es werden Horrorstorys von Globalbudgets in irgendeiner deutschen Provinz erzählt. Aber es gibt x Möglichkeiten von Globalbudgets, es gibt nicht nur eine Art von Globalbudget; man kann das auch vernünftig machen. Es hat auch schon Versuche gegeben, das vernünftig zu gestalten, zum Beispiel im Kanton des zukünftigen Departementsvorstehers.
In diesem Sinne ist es nur logisch und rational, dass wir den Kantonen die Möglichkeit geben, auf kleiner Basis, mit «Proximitätsgefühlen», irgendeine Art eines vernünftigen Globalbudgets einführen zu dürfen, wenn die Lage dies verlangt.

**Zäch** Guido (C, AG): Globalbudgets sind vielleicht ideologisch korrekte Planungsmassnahmen; sie sind aber denkbar ungeeignet, die eigentlichen Probleme der steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu lösen.
Wir haben in Artikel 55 bereits verschiedene Instrumente, um bei Kostensteigerungen einzugreifen. Statt ein neues Instrument einzuführen, täten wir gut daran, die bestehenden zu verbessern und umzusetzen. Ein Globalbudget im ambulanten Bereich fördert die versteckte Rationierung und bringt uns letztlich gerade die Zweiklassenmedizin, die von den Vertretern der Minderheit immer wieder angeprangert wird. Der finanziell abgesicherte Privatpatient wird von dieser Massnahme nämlich nichts spüren. Sie trifft direkt jene, welche grundversichert sind. Der soziale Gedanke wird hier mit dem Ziel, eine staatliche Planwirtschaft auch für die Ärzteschaft einzuführen, bewusst hintergangen. Sie schaffen hier die Möglichkeit für einen Leistungsabbau, der einem sozialen Kahlschlag gleichkommt.
Ungeklärt ist auch die Frage, wie denn diese Forderung in der Praxis aussehen würde. Können keine Leistungen mehr erbracht werden, wenn das Globalbudget aufgebraucht ist? Wer übernimmt dann die medizinische Verantwortung? Wir haben auf das Instrument der Tarife gesetzt, und es ist lange und hart an einem neuen TarMed gearbeitet worden. Dieses Regelwerk ist umzusetzen, statt ein neues, sehr fragwürdiges und nicht praktikables Instrument zu schaffen.
Ich bitte Sie namens der CVP-Fraktion, der Mehrheit zu folgen und den Antrag der Minderheit Cavalli abzulehnen.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Ich bitte Sie namens der FDP-Fraktion, den Minderheitsantrag Cavalli abzulehnen. Wir haben diese Diskussion ja schon bei der 1. KVG-Revision geführt und den damaligen Vorschlag eindeutig verworfen.
Wir wollen den Aufenthalt in den stationären Einrichtungen auf ein vertretbares Minimum beschränken, weil hier die Kosten am grössten sind. Das heisst aber auch, dass wir die Patientinnen und Patienten früher in die Behandlung des Arztes, früher in die Behandlung der Spitex-Schwestern, früher in die Behandlung der Heime geben. Dass hier, im ambulanten Bereich – bei der Spitex, bei den Ärzten –, das Budget dann wächst, ist doch mehr als verständlich, und wir waren uns dessen auch bewusst. Wenn wir das Globalbudget im ambulanten Bereich einführen würden, würden wir diese Entwicklung gerade wieder rückgängig machen: Dann würden wieder vermehrt aufwendige Behandlungsfälle zurück in den stationären Bereich gegeben, und wir hätten überhaupt nichts gespart.
Herr Cavalli hat es gesagt: Ein Blick über die Grenze zeigt deutlich, dass die Erfahrungen mit einem Globalbudget im ambulanten Bereich schlecht sind. Wir sollten schlechte Erfahrungen hier nicht noch einmal machen müssen.
Deshalb bitte ich Sie namens der FDP-Fraktion, die Mehrheit zu unterstützen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Avec la proposition de minorité Cavalli de budget global en matière ambulatoire, nous parlons ici d'une mesure extraordinaire et temporaire. Je crois que cela a son importance. Une fois de plus, je crois que le pas qui est franchi pour évoquer l'aspect de nationalisation larvée, comme cela vient d'être dit par M. Zäch, est abusif, tout comme la problématique du rationnement, parce que les modèles de budget global sont multiples et on peut imaginer des correctifs, non pas sur la quantité, c'est-à-dire sur la nécessité de soins à prodiguer, mais par exemple sur le montant des tarifs de l'année suivante, ce qui permettrait de garder l'enveloppe et de maîtriser également la consommation.
Pour le groupe socialiste, il s'agit de faire un pas pour mettre un terme au véritable souk qui prévaut en matière tarifaire dans le domaine de la santé, plus particulièrement de l'assurance-maladie, et qui n'est plus crédible.
Ce qui se passe dans la détermination des tarifs, soit au niveau hospitalier, soit au niveau de l'assurance-maladie, n'a strictement rien à voir avec les procédures économiques classiques de détermination d'un prix de prestation puisque par définition ce secteur est non marchand. Les prix ne sont fondés sur rien d'autre que des appréciations et finalement sur des négociations politiques. Par conséquent, les prix n'auront rien à voir avec le marché. Il y a une pluralité de

facteurs qui interviennent: les prestataires de soins, les assureurs, les cantons, les recours au Conseil d'Etat, au Conseil fédéral et les prises de position du Surveillant des prix. Tout cela n'est pas satisfaisant; tout cela n'amène rien de cohérent. Je crois que le fait de mettre un cadre peut éviter des situations aberrantes comme celle d'une caisse qui, selon ses calculs, pourrait augmenter les tarifs pour 2003 de 5 pour cent, qui fait une demande à l'OFAS de 9 pour cent et qui se voit imposer par cet office une offre avec une augmentation de 20 pour cent, pour éviter qu'elle ait un afflux trop massif d'assurés. C'est une inflation aberrante! L'introduction d'un cadre dans la procédure et dans l'enveloppe à disposition serait un garde-fou, et je le rappelle, dans une perspective de mesures extraordinaires et temporaires.
Je vous demande donc de suivre la proposition de minorité Cavalli.

**Borer** Roland (V, SO): Man macht es eigentlich wie auch in gewissen Bereichen der Privatwirtschaft: Wenn man in finanziellen Dingen nicht mehr weiter weiss, dann kommt das Allheilmittel Globalbudget; man meint, man könne mit dem Globalbudget alles und jedes regeln.
Damit man mit diesem Instrument, das in meinen Augen nur zum Teil tauglich ist, etwas erreichen kann, damit das Globalbudget überhaupt einen Sinn macht, braucht es zwei Dinge: Das Globalbudget muss erstens vor allem einen gewissen finanziellen Umfang haben. Ein Globalbudget für einen Gewerbebetrieb vorzuschreiben – und das wollen wir eigentlich mit diesem Artikel – ist absoluter Unsinn. Der Einspareffekt oder die Steuerungsmöglichkeiten in diesem Zusammenhang sind gleich null. Zweitens braucht es ein Controlling. Wer will denn schlussendlich die Organisation für ein wirksames Controlling in der hintersten und letzten Arztpraxis aufbauen? Wer daran glaubt, dass man mit diesem Instrument so etwas bewirken kann, der macht sich wirklich ein falsche Bild und ist in meinen Augen absolut praxisfremd. Nichts gegen Globalbudgets in Spitälern, die, wie gesagt, ein gewisses finanzielles Umfeld aufweisen! Aber dieses Instrument dann auch auf Kleinstbetriebe zu transferieren, auf Gewerbebetriebe mit drei oder vier Angestellten – so ist eine Arztpraxis in der Regel organisiert –, das macht nun wirklich keinen Sinn. Wenn wir meinen, damit etwas zur Kostendämpfung beitragen zu können, dann betreiben wir Augenwischerei.
Was geschieht zum Beispiel, wenn die Arbeitnehmerseite Lohnerhöhungen fürs Personal verlangt? Wollen wir auf der einen Seite dem verantwortlichen Leiter einer Arztpraxis, dem Arzt, sagen, er kriege nächstes Jahr nicht mehr Geld, man limitiere sein Budget, und auf der anderen Seite für die Praxishilfen usw. mehr Lohn verlangen? Ich glaube, so geht es doch wirklich nicht.
Die SVP-Fraktion beantragt Ihnen praktisch einstimmig, den Antrag der Minderheit Cavalli abzulehnen und den Antrag der Mehrheit zu unterstützen.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Kommission hat den Antrag, der Ihnen als Antrag der Minderheit vorliegt, mit 13 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt.
Bereits bei der Vorarbeit für das geltende Krankenversicherungsgesetz wurde vorgeschlagen – zuerst vom Departement, nachher in der Kommission –, Globalbudgetierungen im ambulanten Bereich aufzunehmen. Alle entsprechenden Anträge wurden damals klar verworfen. Bei einem Globalbudget – wir haben es gehört – ergeben sich im ambulanten Bereich grösste Umsetzungsprobleme. Nicht nur muss der Plafond festgelegt werden – er ist auf jeden einzelnen der verschiedenen Leistungserbringer aufzuteilen –, sondern auch die Konsequenzen bei einer Überschreitung des Globalbudgets sind völlig offen. Wer soll bei einer Überschreitung die Kosten übernehmen? Es ist klar, dass eine Verlagerung auf den stationären Bereich vorprogrammiert wäre. Ob sich damit auch die TarMed-Diskussion erübrigt, ist offen. Eine Leistungsreduktion wäre in Kauf zu nehmen.
Die Mehrheit der Kommission beantragt Ihnen daher klar, ihrem Antrag zuzustimmen.

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3199)
Für den Antrag der Mehrheit .... 88 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 52 Stimmen

**Art. 55a**
*Antrag Zäch*
Aufheben

**Art. 55a**
*Proposition Zäch*
Abroger

**Zäch** Guido (C, AG): Der Ärztestopp vom vergangenen Sommer war eine falsche Massnahme zum falschen Zeitpunkt, und er wurde falsch durchgeführt. Daher stelle ich den Antrag, den Artikel 55a, auf welchem der missratene Ärztestopp beruht, ersatzlos zu streichen.
In den Beratungen der Kommission war das Ausmass der durch diese Massnahme verursachten Misere noch gar nicht in voller Grösse bekannt. Jetzt wissen wir, dass dieser Artikel gefährlich ist. Das Interesse am Ärzteberuf hat gemäss neuesten Zahlen deutlich nachgelassen. Die Dekanate der Universitäten warnen bereits vor einem Medizinermangel. Eine immer längere Aus- und Weiterbildungszeit und schlechter werdende Zukunftsaussichten, gerade für junge Ärztinnen und Ärzte, sind die Ursachen, auch weil ihnen als Verursacher der Kostensteigerungen von der Politik der schwarze Peter zugeschoben wird. Zahlreiche Praxen bleiben leer, weil kein Nachfolger gefunden werden kann.
Diese Entwicklung sehen wir nicht in den Städten mit hoher Ärztedichte; leer bleiben die Praxen auf dem Land oder in den Berggebieten. Wenn diese Entwicklung so weitergeht, ist die flächendeckende Gesundheitsversorgung in Kürze gefährdet. Frau Bundesrätin Dreifuss hat in der Eintretensdebatte die Erfahrungen mit ähnlichen Massnahmen im Ausland erwähnt, die bereits zu einem Ärztemangel geführt haben.
Der nicht überdachte Ärztestopp hat klar gezeigt, dass hier eine generelle Massnahme die Falschen trifft. Statt die Kriterien für Wirtschaftlichkeit und Qualität umzusetzen, wird so allen jungen Ärztinnen und Ärzten der Zugang zur Berufspraxis verwehrt. Dabei sind es gerade diese jungen Medizinerinnen und Mediziner, die sich konsequent an den im KVG verankerten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit orientieren. Statt Modelle wie den Spitalfacharzt gezielt einzuführen und zu fördern oder mit Teilzeitstellen die Arbeit im Spital attraktiver zu gestalten, wird mit einer Notstandsmassnahme dem Volk vorgetäuscht, es werde etwas gegen die hohen Krankenkassenprämien unternommen.
Schon jetzt weiss man, dass der Ärztestopp keine Kosten sparen wird. Die zusätzlich kurz vor dem Erlass eingereichten und rechtsgültigen Gesuche entsprechen weit mehr neuen Zulassungen, als durchschnittlich in drei Jahren eingereicht werden. Die vom Bundesrat erlassene Notstandsmassnahme erfüllt ihren Zweck nicht und verursacht sogar neue Kosten.
Aus diesen Gründen bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

**Borer** Roland (V, SO): Wir müssen uns entscheiden, Herr Kollege Zäch: Wollen wir Markt, oder wollen wir Staat? Sie haben sich gestern mit den Mehrheiten, die Sie geschaffen haben, für den Staat entschieden. Die Konsequenz daraus ist, dass man dann auch dem Staat Mittel geben muss. Wir sind mit Ihnen einig: Artikel 55a KVG ist ein schlechtes Mittel, aber es ist ein Mittel, das wir benötigen, weil man an der Aufhebung des Kontrahierungszwangs nicht rütteln will. Sie haben entschieden, dass wir Artikel 55a brauchen.
Ich möchte hier Herrn Kollege Zäch einen Vorschlag machen: Wenn er die Ratsmehrheit davon überzeugen kann, dass man auf die ganze Gruppe von Bestimmungen bezüglich Kontrahierungszwang zurückkommt, darüber abstimmt,

Ref. 3199

**NATIONALRAT** — Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

**CONSEIL NATIONAL** — Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 54a

**Abstimmung vom / Vote du:** 12.12.2002 09:04:23

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | * | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | * | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | * | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | * | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | * | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | * | C | BE |
| Garbani | * | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | * | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | * | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | + | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | * | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | * | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | * | V | LU |
| Kurrus | * | R | BL |
| Lachat | * | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | * | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | * | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | * | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | * | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | * | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | o | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | * | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | * | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | * | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | * | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | * | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | * | S | SO |
| Zapfl | * | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / sì | 88 |
| nein / non / no | 52 |
| enth. / abst. / ast. | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 58 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 17 | 0 | 5 | 29 | 0 | 3 | 34 | 0 |
| nein / non / no | 2 | 10 | 0 | 0 | 37 | 1 | 0 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 15 | 0 | 1 | 12 | 15 | 1 | 11 | 3 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Cavalli

und wenn die Aufhebung des Kontrahierungszwangs beschlossen wird, wird ihn die SVP-Fraktion geschlossen bei seinem Streichungsantrag unterstützen – aber nur in diesem speziellen Fall.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich bin für einmal mit meinem geschätzten Kollegen Borer einverstanden, selbst wenn ich mich deswegen noch einmal bei meinen Berufskollegen unbeliebt mache. Wir haben aber etwa vor einem Jahr mit ungefähr 180 zu 10 Stimmen, mit einem Stimmenverhältnis ungefähr in dieser Grössenordnung, diese Bedürfnisklausel beschlossen. Jetzt, nach einem Jahr, haben wir einige Erfahrungen damit: ein bisschen positive, ein bisschen negative. Wir müssen zuerst aber einmal zuwarten. Aber nicht nur das: Man muss sich bewusst sein, dass es keinen Sinn macht, immer zu rufen, es gebe zu viele Ärzte. Für den Fall, dass das alles aus dem Ruder läuft, gibt es nur zwei Möglichkeiten: Entweder führen wir den Numerus clausus ein, oder dann greifen wir auf diese Bedürfnisklausel zurück. Wir sind gegen den Numerus clausus, weil das heissen würde, 15 Jahre im Voraus zu planen, was 15 Jahre später passiert, und das funktioniert nicht. Wenn es dagegen zu Situationen kommt, wie es letztes Jahr der Fall war, kann man diese Massnahme kurzfristig einführen. Diese Massnahme hat schon Wirkungen gezeitigt: Zum Beispiel hat die Zahl der Medizinstudenten dieses Jahr deutlich abgenommen. Sehr bald wird man das wieder aufheben können. So kann man viel schneller und elastischer handeln, als wenn man den Numerus clausus einführt, der erst 15 Jahre später Auswirkungen zeitigen kann.
In diesem Sinne wird unsere Fraktion gegen den Antrag Zäch stimmen.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Wir haben dieses Thema in der Fraktion nicht ausdiskutiert, aber es scheint mir persönlich, dass wir als FDP immer klar gemacht haben, dass wir vom Ärztestopp nicht begeistert sind; das ist keine Frage. Wir haben aber auch, genau wie es Kollege Borer vorher gesagt hat, einen Systemwechsel mit den richtigen Anreizen gewünscht, also etwa mit der Vertragsfreiheit, die dieses Problem adäquat hätte regulieren können. Darauf hat man verzichtet.
Ich erinnere auch daran, dass Artikel 55a vor einem Jahr ja gar nicht primär aufgrund eines Inlandproblems ins Gesetz gekommen ist, sondern das aktuelle Thema waren die bilateralen Verträge und die Personenfreizügigkeit. Man hat damals gesagt: Solange wir als einziges Land in Mitteleuropa den Vertragszwang haben, brauchen wir die Möglichkeit, im schlimmsten Fall die Bremse anzuziehen, sollte «dank» diesem Vertragszwang eine massive Ärztewanderung in die Schweiz stattfinden.
Dieser Grund ist natürlich nach wie vor höchst aktuell, denn wir haben den Vertragszwang weiter beibehalten und die bilateralen Verträge bestehen. Deshalb ist es ein Jahr nach Einführung dieses Artikels sicher zu früh, ihn schon wieder aus dem Gesetz zu kippen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Permettez-moi quand même d'exprimer un peu d'étonnement qu'une proposition de ce genre soit présentée seulement à ce stade par un membre de la commission. En ce qui me concerne, j'ai un peu peur que si on discute de propositions de ce genre sans qu'elles aient été traitées en commission, dont M. Zäch est membre, sans qu'elles aient pu être examinées de façon approfondie, sans que les groupes aient pu en discuter, on se trouve dans une situation un peu difficile. Mais je m'étonne aussi, bien sûr, de la proposition en tant que telle.
Nous avons décidé, il y a six mois, de faire entrer en vigueur pour une période limitée cette mesure qui a été décidée par le Parlement, cela principalement dans la perspective de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux. Pourquoi? pour gérer le passage des médecins de l'hôpital au cabinet privé et pour accompagner les initiatives prises actuellement dans la plupart des cantons en vue de modifier le statut de médecin assistant dans les hôpitaux: extension de la loi sur le travail à ces derniers, création du statut de médecin hospitalier. Nous aimerions une certaine rétention dans l'hôpital des capacités que nous avons formées et, en particulier, de celles que nous avons formées dans ce pays.
La Suisse est tout de même un étrange pays. Elle prétend former trop de médecins, on y requiert le numerus clausus, mais pour faire fonctionner ses hôpitaux, elle est obligée de faire appel à des médecins étrangers à qui elle est obligée maintenant, du point de vue de l'équité, d'accorder les mêmes droits qu'aux médecins suisses, et je m'en réjouis. Cela permettra peut-être de sortir de cette situation schizophrénique qui pousse les jeunes médecins suisses à s'installer, qu'ils le veuillent ou non, et qui a pour conséquence que nos hôpitaux fonctionnent grâce à des médecins étrangers.
Il faut aussi que le système hospitalier apprenne à mener sa politique du personnel d'une façon plus adéquate. Et cette mesure, qui n'est qu'une mesure limitée dans le temps, doit aider à faire cette évolution. Elle a d'ailleurs été acceptée à l'unanimité par les cantons. S'agissant d'une mesure dont la gravité n'est pas existentielle, puisqu'il s'agit de trois ans d'attente, mais dont la gravité est quand même avérée, j'ai quand même tenu à informer et à consulter les cantons, les associations professionnelles, entre autres, et cela a créé effectivement des demandes préventives. Certaines d'entre elles seront acceptées parce que l'ancien droit s'applique, mais beaucoup ont été déposées à titre purement préventif – pour l'avenir, pour avoir une chance le jour où on s'installera de pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance-maladie – et ne seront pas prises en considération.
Je crois que l'analyse de M. Zäch est de toute façon fausse: exercer une petite pression pour que les médecins suisses aillent également s'installer dans les régions périphériques, c'est utile dans ce pays. Vous avez tous lu aussi dans la presse les difficultés que connaissent des pédiatres, des généralistes, dans des zones un peu périphériques, à trouver des successeurs. Alors n'ouvrons quand même pas un boulevard pour que les jeunes médecins suisses partent le plus vite possible des hôpitaux – encore une fois, en passant la main à des médecins étrangers, qui les feront tourner – pour s'installer dans des cabinets en ville faute d'incitation pour qu'ils aillent s'établir dans des régions où on a besoin d'eux.
Il est clair aussi que la possibilité de médecine de groupe avec du temps partiel, etc., n'est en rien remise en cause par cette décision.
Je vous invite donc vraiment, à la fois par cohérence avec la décision prise par ce Parlement et pour le fond du problème, à rejeter la proposition Zäch.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Zäch .... 11 Stimmen
Dagegen .... 129 Stimmen

**Art. 56 Abs. 6**
*Antrag Gutzwiller*
Weist ein Versicherer gestützt auf statistische Grundlagen nach, dass ein Leistungserbringer bei Untersuchungen, Behandlungen oder Pflegemassnahmen von Versicherten die Durchschnittswerte vergleichbarer Leistungserbringer in erheblichem Masse überschreitet, und kann der Leistungserbringer den Nachweis nicht erbringen, dass dies durch eine erhebliche Abweichung in der Zusammensetzung seiner Patienten und Patientinnen begründet ist, kann der Versicherer zusätzlich zu einer Rückforderung nach Absatz 2 für diesen Leistungserbringer eine künftige Senkung des Tarifes oder die Anwendung einer anderen Tarifart verlangen.

**Art. 56 al. 6**
*Proposition Gutzwiller*
Si un assureur prouve, à partir de données statistiques, qu'un fournisseur de prestations dépasse largement les tarifs moyens pratiqués par ses homologues pour les examens, traitements et soins dispensés aux assurés, et si ce fournisseur de prestations ne peut justifier cet écart par la composition fondamentalement différente de sa clientèle,

l'assureur est en droit d'exiger de ce fournisseur de prestations, outre la restitution prévue à l'alinéa 2, une baisse du tarif ou l'utilisation d'un autre système tarifaire.

**Art. 59 Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag Gutzwiller*
Liegt bei einem Leistungserbringer für mehrere Jahre und gegenüber mehreren Versicherern eine Verletzung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit im Sinne von Artikel 56 Absatz 6 vor, sind alle Versicherer während fünf Jahren nicht mehr verpflichtet, mit diesem Leistungserbringer einen Tarifvertrag abzuschliessen.

**Art. 59 al. 2**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Gutzwiller*
Si un fournisseur de prestations est déclaré avoir violé durant plusieurs années et auprès de plusieurs assureurs le principe du caractère économique des prestations au sens de l'article 56 alinéa 6, tous les assureurs sont dispensés, durant cinq ans, de l'obligation de conclure une convention tarifaire avec ce fournisseur de prestations.

**Art. 59a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit

*Minderheit*
(Suter, Baumann Stephanie, Bortoluzzi, Egerszegi, Goll, Gross Jost, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
*Titel*
Verwarnung und Ausschluss von ärztlichen Leistungserbringern wegen unwirtschaftlicher Praxisführung
*Abs. 1*
Liegen die Kosten pro Patient und Jahr eines ärztlichen Leistungserbringers für von ihm selbst erbrachte Leistungen sowie für Medikamente, Labor- und Röntgenuntersuchungen in zwei aufeinander folgenden Jahren mehr als 10 Prozent über dem arithmetischen Mittel seiner Vergleichsgruppe, wird er durch eine kantonale paritätische Kommission aus Leistungserbringern und Versicherern verwarnt.
*Abs. 2*
Der Leistungserbringer kann innert dreier Monate nach der Verwarnung durch schriftliche Eingabe bei der Kommission geltend machen, dass die Kostenüberschreitung auf eine besondere Patientenstruktur oder andere ausserordentliche Faktoren zurückzuführen ist und seine Praxisführung nicht gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise verstösst.
*Abs. 3*
Auf Ende des zweiten Jahres nach der Verwarnung wird der Leistungserbringer mit Verfügung der Kommission von der Tätigkeit nach diesem Gesetz für ein oder mehrere Jahre, im Wiederholungsfall endgültig ausgeschlossen, wenn die Kostenabweichung trotz erfolgter Verwarnung weiterhin mehr als 10 Prozent beträgt und die Kommission den Nachweis gemäss Absatz 2 als nicht erbracht beurteilt hat. Der Entscheid wird der zuständigen Stelle der Krankenversicherer zwecks Streichung der Zahlstellennummer mitgeteilt.
*Abs. 4*
Die Vergleichsgruppe wird aus den Leistungserbringern mit denselben eidgenössischen Weiterbildungstiteln gebildet, die in einem Kanton oder, bei Vergleichsgruppen mit weniger als 15 Leistungserbringern, auf dem Gebiet der Eidgenossenschaft tätig sind.
*Abs. 5*
Grundlage der Verwarnung und des Ausschlussverfahrens bildet eine von den Leistungserbringern und den Versicherern anerkannte Statistik. Gibt es keine gemeinsam anerkannte Statistik, so ist die zentrale Statistik der Versicherer massgebend.
*Abs. 6*
Die paritätische Kommission wird aus je zwei Wahlvorschlägen der kantonalen Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer von der Kantonsregierung bestellt. Sie setzt einen neutralen Vorsitzenden ein, welcher bei Stimmengleichheit den Stichentscheid fällt. Die Kommission entscheidet im schriftlichen Verfahren innert sechs Monaten in der Form einer summarisch begründeten Verfügung. Sie kann beim Leistungserbringer und bei den Versicherern ergänzende Auskünfte einholen und Experten beiziehen. Im Übrigen bestimmt sie ihr Verfahren selber. Die Kosten des Verfahrens trägt der Leistungserbringer nach Massgabe seines Unterliegens. Die Kommission kann eine Kostenpauschale festlegen.
*Abs. 7*
Verfügungen der Kommission können mit Beschwerde beim kantonalen Schiedsgericht nach Artikel 89 angefochten werden. Beschwerden gegen Verfügungen der Kommission entfalten keine aufschiebende Wirkung.

**Art. 59a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité

*Minorité*
(Suter, Baumann Stephanie, Bortoluzzi, Egerszegi, Goll, Gross Jost, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
*Titre*
Avertissement et exclusion de fournisseurs de prestations médicales pour mauvaise gestion du cabinet
*Al. 1*
Si, pour un fournisseur donné de prestations médicales, les dépenses par patient et par an pour des prestations qu'il a fournies lui-même ainsi que pour des médicaments, des analyses de laboratoire et des radiographies dépassent de plus de 10 pour cent la moyenne arithmétique de son groupe de référence, il lui est donné un avertissement par une commission cantonale composée paritairement de fournisseurs de prestations et d'assureurs.
*Al. 2*
Si le fournisseur de prestations médicales dispose de trois mois à compter de la réception de l'avertissement pour adresser par écrit à la commission un recours par lequel il apporte la preuve que le dépassement concerné est dû à la structure spécifique et la composition des patients ou à d'autres circonstances extraordinaires et que la gestion de son cabinet ne contrevient en rien aux principes d'une gestion saine.
*Al. 3*
A la fin de la deuxième année suivant l'avertissement, la commission décide ou non d'interdire au fournisseur de prestations pour une ou plusieurs années, et définitivement en cas de récidive, de remplir les missions visées par la présente loi, si l'écart au sens de l'alinéa 1er est toujours supérieur à 10 pour cent et si la commission a estimé que la preuve visée à l'alinéa 2 n'a pas été apportée. La décision est communiquée au service compétent des assureurs afin qu'il procède à la suppression du numéro d'identification.
*Al. 4*
Le groupe de référence est composé des fournisseurs de prestations titulaires des mêmes diplômes fédéraux de formation continue actifs dans le canton ou, s'ils comptent moins de 15 membres, au niveau de la Confédération.
*Al. 5*
L'avertissement et la procédure d'exclusion sont fondés sur une statistique reconnue par les fournisseurs de prestations et par les assureurs. A défaut de statistique reconnue par tous, la statistique centrale des assureurs est réputée déterminante.
*Al. 6*
Nommée par le gouvernement cantonal, la commission paritaire est composée de deux représentants des associations

cantonales des fournisseurs de prestations et de deux représentants des assureurs. Le gouvernement nomme un président neutre, qui tranche en cas d'égalité des voix. La commission tranche dans un délai de six mois au moyen d'une décision écrite brièvement motivée. Elle peut demander des informations complémentaires auprès du fournisseur de prestations concerné et des assureurs, et s'adjoindre le concours d'experts. Par ailleurs, elle décide elle-même de la procédure. Les dépens sont mis à la charge du fournisseur de prestations, à raison de sa culpabilité. La commission peut fixer un tarif unique.
*Al. 7*
Les décisions prises par la commission peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal arbitral cantonal visé à l'article 89. Le recours n'a pas d'effet suspensif.

**Baumann** Stephanie (S, BE): Es gibt – wie überall – auch unter den Ärzten schwarze Schafe. Das sind diejenigen, die im Interesse des Eigenwohls mehr tun, als für das Wohl ihrer Patienten und Patientinnen nötig wäre – zu viele Untersuchungen, Laboraufträge, Röntgen, Nachkontrollen, Medikamente usw. Sie unternehmen einfach alles, was noch zusätzlich verrechnet werden kann und anschliessend natürlich auch die Grundversicherung belastet.
Den Krankenkassen wurde in den vergangenen Jahren immer der Vorwurf gemacht, dass sie ihre Aufgabe nicht richtig wahrnehmen und gegen diese «Ausreisser» nichts unternehmen würden. Nun wollten die Krankenversicherungen bei dieser Revision gleich ins andere Extrem fallen und frei auswählen können, mit welchen Ärzten sie einen Vertrag abschliessen. Das wurde ja, wie Sie wissen, gestern zu Recht abgelehnt. Es hätte natürlich hier wie immer einen Mittelweg gegeben, nämlich den SP-Vorschlag, den Hebel zuerst einmal dort anzusetzen, wo ganz speziell hohe Kosten anfallen, nämlich bei den Spezialisten. Das haben Sie aber abgelehnt.
Die Minderheit Suter stellt hier einen Antrag, mit dem die Ärzte – besser als heute – gezwungen werden könnten, ihre Leistungen wirtschaftlich zu erbringen. Der Antrag stellt in diesem Bereich klare Regeln auf. Er sagt, wie die Überarztung ermittelt werden kann; er sagt, wann ein Arzt verwarnt werden kann und wann er davon ausgeschlossen werden kann, zulasten der sozialen Krankenversicherung weiterzuwirken. Die Kassen haben ja, wie gesagt, ihre Untätigkeit bisher immer verteidigt, indem sie beklagt haben, sie hätten kaum Möglichkeiten, schwarze Schafe auszuschliessen, weil die Verfahren viel zu schwerfällig seien, viel zu lange dauern würden, unsicher und zu aufwendig und am Schluss nur ganz, ganz selten von Erfolg gekrönt seien. Also verbessern wir doch einfach das Ausschlussverfahren und geben den Kassen damit ein wirkungsvolles Instrument, womit sie bei Überarztung eingreifen können. Wenn es auch den Ärzten selber tatsächlich Ernst ist mit ihrer Beteuerung, die wir immer wieder lesen können, dass sie nämlich die schwarzen Schafe in ihren eigenen Reihen selber auch nicht schätzen und nicht mehr dulden möchten, begrüssen sicher auch die Ärzte einen solchen Artikel, wie ihn die Minderheit Suter beantragt.
Der Antrag Gutzwiller, den Herr Gutzwiller jetzt dann gleich begründen wird, ist sicher eine Reaktion auf den Minderheitsantrag Suter. Er ist aus der Einsicht erwachsen, dass man bei Überarztung tatsächlich mehr als heute unternehmen sollte. Aber ich fürchte sehr, dass die Umschreibung im Antrag Gutzwiller viel zu vage ist und dass dieser Artikel damit wieder nur reine Deklamation bleiben würde.
Wenn es uns also Ernst ist mit der Forderung, die schwarzen Schafe vom «Futtertrog» der Grundversicherung, der sozialen Krankenversicherung, fernzuhalten, dann müssen wir uns jetzt für den Minderheitsantrag Suter entscheiden.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich führe kurz meinen Antrag zu Artikel 56 Absatz 6 bzw. Artikel 59 Absatz 2 ein; Frau Baumann hat dazu einiges Wichtiges schon gesagt. Artikel 56 betrifft die Wirtschaftlichkeit der Leistungen generell, Artikel 59 betrifft den Ausschluss von Leistungserbringern, die klar übermarchen.
Mein Antrag beinhaltet bei Artikel 56 einen Zusatz zum Antrag der Mehrheit – ich unterstreiche das – und ist mit ihm kompatibel, möchte aber etwas mehr «Zähne» in dieses Menü der Mehrheit bringen; dies unter der Annahme, wie Frau Baumann richtig gesagt hat, dass wir gegen die Minderheit Suter antreten und diesen Antrag ablehnen. Kollege Guisan wird namens der Fraktion erklären, weshalb wir diesen Antrag ablehnen.
Mein Antrag zu Artikel 56 ist also ein Zusatz zum Antrag der Mehrheit, der Folgendes bringt:
1. Es geht um die Limite der Vergleichswerte, die hier mit dem Begriff einer «erheblichen Überschreitung» definiert sind. Ich möchte also keine starre Limite von 10 Prozent, die in der Praxis kam durchsetzbar ist, sondern verlange eine erhebliche Überschreitung.
2. Ich möchte dem Leistungserbringer die Beweisführung überbürden; er muss nachweisen, warum er die Vergleichsgruppe in einem erheblichen Mass überschreitet, welche spezielle Zusammensetzung des Patientengutes diese Überschreitung also rechtfertigt.
3. Wir haben die Anreizproblematik, wonach bei ständigem Übermarchen die Tarife der übermarchenden oder unwirtschaftlichen Leistungserbringer gesenkt werden können.
In Artikel 59 Absatz 2 geht es um einen Zusatz, der vor allem aus der Optik der Vertragsfreiheit relevant gewesen wäre, der aber sinnvollerweise vom Ständerat nochmals geprüft werden soll. Die Bestimmung würde nicht wie heute nur einen Ausschluss verfügen, sondern die Möglichkeit eröffnen, einen Leistungserbringer während fünf Jahren von einem Tarifvertrag auszuschliessen, wenn er nachweislich übermarcht hätte.
Dieser Doppelantrag versucht also, die Fassung der Mehrheit in Artikel 56 mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungen generell noch etwas griffiger zu gestalten, und in Artikel 59 geht es um jene, die nachweislich übermarchen. Dort richtet sich mein Antrag gegen den Antrag der Minderheit Suter, der viel zu detailliert, nicht durchführbar und überregulierend erscheint. Das hat auch die FMH deutlich zum Ausdruck gebracht; in diesem Punkt stimmen wir ihr für einmal zu.
Ich bitte Sie, bei den Artikeln 56 und 59 zunächst der Mehrheit zu folgen und zusätzlich meinem Antrag zuzustimmen und bei Artikel 59a den Antrag der Minderheit Suter abzulehnen.

**Gross** Jost (S, TG): Herr Gutzwiller, Ihr Antrag scheint uns in zwei Punkten etwas unpräzise zu sein; vielleicht können Sie uns zusätzliche Erläuterungen geben:
1. Ist es eine Tarifanpassung im Einzelfall, für eine bestimmte Gruppe von Ärzten, eben für diese schwarzen Schafe, oder handelt es sich um eine generelle Tarifanpassung?
2. In Ihrem Text ist offen, wer für diese Tarifanpassung zuständig ist. Ist es die Aufsichtsbehörde oder die Tarifgenehmigungsbehörde?
Mir scheint, dass diese Fragen im Text des Antrages nicht beantwortet sind. Vielleicht können Sie uns diese Erläuterungen, auch zuhanden des Amtlichen Bulletins, geben.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich denke, das Tarifschema müsste sowohl für einzelne Leistungserbringer als auch für Anbieternetze gelten können; das bleibt aber zu präzisieren. Ich bin damit einverstanden, dass ein Antrag auf eine Senkung des Tarifes an die Genehmigungsinstanz gehen müsste. Das ist im Allgemeinen die kantonale Regierung. Es könnte also nicht einfach eine unilaterale Tarifänderung angestrebt werden, sondern es bräuchte eine Genehmigungsinstanz. Ich gehe davon aus, dass das die kantonale Regierung ist. Ich bin aber durchaus damit einverstanden, dass das in der Nachbearbeitung noch präzisiert wird, wie übrigens – auch das sei für das Amtliche Bulletin festgehalten – auch bei

meinem Antrag zu Artikel 59; genau genommen handelt es sich um einen Antrag zu Absatz 3 und nicht zu Absatz 2.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien a soutenu la proposition de la commission à l'article 59 alinéa 3, qui prévoit des sanctions et même l'exclusion pour les prestataires de santé qui n'offrent pas la qualité et ne remplissent pas les critères économiques. Couplées au nouvel article 42b, que vous avez plébiscité hier, ce sont des conditions dures, qui devront être efficaces, qui sont mises en place par ces décisions.
La minorité Suter veut, elle, par l'article 59a mettre en place un mécanisme rigide très, je dirai même trop, détaillé, et qui sera très difficilement applicable sous cette forme. Cet article au fond ne s'adresse qu'aux médecins et nous, nous voulons que tous les fournisseurs de prestations, médecins, pharmaciens, physiothérapeutes, travaillent avec qualité et économicité. Et pour atteindre ce but, nous avons l'article 59 alinéa 3.
La proposition Gutzwiller à l'article 59 alinéa 2 veut donner un peu plus de mordant aux sanctions qu'on pourrait appliquer aux médecins. Sous cette forme, je trouve qu'elle est difficile à appliquer aussi. On dit: «Si un fournisseur de prestations est déclaré avoir violé durant plusieurs années», on ne sait donc pas combien d'années, et après on donne une punition de 5 ans!
Le groupe démocrate-chrétien estime que l'article 59 alinéa 3 va donner les possibilités de sanctionner face à toutes les personnes qui ne travaillent pas avec qualité et dans le respect de critères économiques et que celles-ci seront soumises à une pression suffisamment forte pour s'y conformer.
Donc, le groupe démocrate-chrétien vous demande d'en rester à l'article 59 alinéa 3, c'est-à-dire de rejeter la proposition Gutzwiller à l'article 59 alinéa 2 et la proposition de minorité Suter d'introduire l'article 59a.

**Guisan** Yves (R, VD): La proposition de minorité Suter à l'article 59a est l'exemple même de modalités inapplicables, malgré un article prolixe à l'envi, mais qui, semble-t-il, n'a quand même pas tout prévu. C'est la raison pour laquelle cette procédure, actuellement effectivement appliquée de manière analogue, mais avec des critères plus larges – avertissement en cas de dépassement moyen de 20 pour cent, sanction à partir de 50 pour cent – ne cesse de donner lieu à des contestations sans fin et se solde par un succès plutôt limité.
Il est piquant, comme Mme Meyer vient de le rappeler, que seuls les médecins soient visés à l'alinéa 1er; il existe d'autres fournisseurs de prestations tels les chiropraticiens, les physiothérapeutes et j'en passe, qui pourraient être également peu économiques, sans parler des institutions ambulatoires citées à l'article 36a. Cet alinéa 1er présente donc un côté manifestement discriminatoire. Ensuite, les prestations mentionnées se limitent aux consultations, au laboratoire et à la radiologie. Est-ce qu'il n'y en a pas d'autres? Il ne pourrait donc pas y avoir d'abus de l'utilisation des ultrasons par exemple?
Enfin, à quoi est attribuée la moyenne de 10 pour cent: de manière cumulative ou à chaque prestation prise individuellement? La variation normale des cabinets est déjà quasiment de 10 pour cent au gré de la structure de la clientèle. Appliquée telle que présentée, 35 pour cent des médecins passeraient actuellement sous les fourches caudines de cette disposition. La démonstration des caractéristiques d'une patientèle telle que mentionnée à l'alinéa 2 est un exercice pour le moins difficile. Il faudrait donc définir des critères à ce sujet, mettre en place au cabinet toute une structure bureaucratique à cet effet. Ce n'est pas véritablement la voie de l'efficience, elle ne supprimera pas les aléas simplificateurs de ce genre de comparaison.
Les difficultés de transposition de critères macroéconomiques à l'échelon microéconomique sont bien connues. Je me permets donc de vous renvoyer au propos de M. Peter R. Kongstvedt dans «Essentials of Managed Health Care», Aspen Publications, Gaithersburg, Maryland, 2001 – je cite dans une traduction française de mon cru: «La définition de la spécialité des fournisseurs de soins est particulièrement difficile en matière de médecine de premier recours. De nombreux spécialistes certifiés passent un temps considérable à délivrer des soins de premier recours, alors que d'autres consacrent la majorité de leur temps en se limitant à une médecine véritablement spécialisée. Même au sein d'une même spécialité, il existe des différences sur combien un spécialiste est spécialisé.»
L'alinéa 5 atteint un haut niveau de machiavélisme. Comment voulez-vous qu'une statistique soit reconnue par tous si, à défaut, seule la statistique des assureurs prévaut? Tout commentaire à ce sujet est dès lors superflu.
L'alinéa 6 est apparemment contraire à la procédure sur les jugements arbitraux adoptés par le concordat intercantonal du 27 août 1969. Enfin, qui supporte les coûts lorsque le fournisseur de prestations a été accusé à tort?
L'alinéa 7 est tout aussi inique du fait du refus de tout effet suspensif. Le cabinet ne peut alors plus fonctionner, même si deux ans plus tard le Tribunal fédéral des assurances décide le contraire. Qui paye les dommages? Il faudrait donc compléter cet article en mettant les frais de compensation à charge des caisses-maladie le cas échéant.
Je vous demande donc de rejeter l'article 59a. Cette proposition de minorité insuffisamment approfondie institue une procédure manifestement injuste, inique et génératrice de conflits multiples.
L'article 59 alinéa 3 qui énumère toutes les différentes sanctions possibles est à mon avis suffisant. Comme je viens de le dire, il couvre toutes les éventualités.
Je ne suis pas persuadé non plus que la proposition Gutzwiller soit déterminante et soit véritablement un complément indispensable à l'article 59 alinéa 3.
Enfin, les contrôles seront considérablement améliorés par le trafic électronique des données. Les critères sont établis par l'article 43 alinéa 2 lettre d que nous avons déjà adopté.
Je vous demande donc de rejeter la proposition de minorité Suter à l'article 59a.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Es ist eigentlich selbstverständlich, dass Herr Guisan als Arzt und Frau Meyer als Ehefrau eines Arztes an solchen gesetzlichen Grundlagen keine Freude haben. Es ist eine Regelung gegen schwarze Schafe.
Der Antrag der Minderheit Suter bei Artikel 59a, den die SVP-Fraktion mehrheitlich unterstützt, ist der Versuch, etwas klarer zu fassen und festzulegen, was ein schwarzes Schaf wirklich ist und welche Kriterien für einen Vertragsausschluss massgebend sein sollen. Nebst der Voraussetzung wird auch der Ablauf festgelegt. Der Betreffende wird verwarnt, er hat Rechtsmittel zur Verfügung, er kann ein Jahr, mehrere Jahre oder – im Wiederholungsfall – endgültig ausgeschlossen werden. Es geht darum festzulegen, wie bei unwirtschaftlicher Praxisführung vorzugehen ist, und es geht auch darum, die Möglichkeit zu geben, dass auch tatsächlich vorgegangen werden kann.
Mit Artikel 59a besteht auch die Absicht – das ist hier auch festzuhalten –, eine Differenz zum Ständerat zu schaffen. Gerade die Nichtaufhebung des Vertragszwangs, wie Sie sie beschlossen haben, macht diesen Artikel wichtiger, als er es mit der Aufhebung des Vertragszwangs gewesen wäre. Die heutige Regelung in Artikel 59, mit dem Titel «Ausschluss von Leistungserbringern», kam ja kaum zur Anwendung. Der Antrag der Mehrheit scheint uns etwas schwammig zu sein. Mit dieser neuen Gesetzgebung dürfte sich daran nicht viel ändern. Es braucht eine detailliertere Gesetzesbestimmung. Das ist mit Artikel 59a sicher der Fall. Vielleicht ist die Formulierung nicht in allen Teilen perfekt, aber der Ständerat hat die Möglichkeit, Verbesserungen vorzunehmen.
Ich bitte Sie namens der SVP-Fraktion, dem Antrag der Minderheit Suter zuzustimmen.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Monsieur Bortoluzzi, je vous ai entendu dire que c'était clair que, comme femme de médecin,

je n'étais pas pour les sanctions. Est-ce que vous avez oublié que je suis une des artisanes, justement, de l'alinéa 3 de l'article 59, qui prévoit des sanctions pour tous les fournisseurs de prestations qui ne travaillent pas avec qualité et économicité?

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Frau Meyer, es geht ja vor allem darum, eine Regelung zu schaffen – ich habe es gesagt –, die griffiger ist als diejenige, die die Mehrheit beantragt. Uns scheint, dass es notwendig ist, für diese schwarzen Schafe klarere Formulierungen zu finden.
Es ist klar: Man kann immer wieder behaupten, dass der grössere Teil der Ärzteschaft diesen Artikel nicht nötig hat, und das ist sicher auch richtig. Aber es ist aufgrund der Meldungen, die wir in den letzten Jahren bekommen haben, notwendig, dass der Gesetzgeber hier eine klarere und griffigere Formulierung wählt.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Sie haben es gehört, die Kommission hat mit Artikel 59 Absatz 3 eine Sanktionsmöglichkeit und damit bereits eine Differenz zum Ständerat geschaffen, indem mit Bussen sowie im Wiederholungsfall mit vorübergehendem oder definitivem Praxisentzug sanktioniert werden kann, wenn ein schwarzes Schaf wirklich bestraft werden muss. Die Kommission hat also Sanktionen in das Gesetz aufgenommen für Leistungserbringer, welche wiederholt gegen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen verstossen. Wenn der Nationalrat hier eine Differenz schafft, wird eine nochmalige Diskussion im Ständerat nötig. Die Mehrheit wollte aber mit 13 zu 10 Stimmen kein Gerichtsurteil mit detaillierten Sanktionen im Umfang von über zwei Seiten in das Gesetz aufnehmen, die einerseits umstritten sind und andererseits gar nicht nachvollzogen werden können – beispielsweise die «10 Prozent über dem arithmetischen Mittel». Die Formulierungen in diesem Gerichtsurteil sind äusserst umstritten und werden wahrscheinlich bereits wieder aufgehoben sein, bis wir mit dem Gesetz über die Runden gekommen sind.
Deshalb beantrage ich Ihnen, die Kommissionsmehrheit zu unterstützen, welche auch Sanktionen möchte.
Es erstaunt mich – das als persönliche Bemerkung –, dass die SVP-Fraktion, die sonst gegen überflüssige Gesetze und für klare Regelungen eintritt, hier ein dreiseitiges Gerichtsurteil aufnehmen möchte. Wir haben eine klare Sanktionsmöglichkeit im Gesetz aufgenommen. Der Antrag der Minderheit Suter bezieht sich – das ist noch anzumerken – nur auf Ärzte; er bezieht sich nicht auf alle anderen Leistungserbringer, welche übermarchen. Es ist also in diesem Sinne keine Gleichbehandlung aller Leistungserbringer, wie sie die Mehrheit der Kommission im Gesetz aufgenommen hat.
Die Kommission konnte nicht zu den Anträgen Gutzwiller Stellung nehmen. Ich denke, der Antrag Gutzwiller zu Artikel 59 Absatz 3 entspricht dem Konzept der Minderheit Widrig und ist nicht unbedingt in das Konzept der Mehrheit aufzunehmen. Dem Antrag zu Artikel 56 Absatz 6 kann in Ergänzung des Antrages der Mehrheit zugestimmt werden, nur werden die statistischen Grundlagen, die Herr Gutzwiller anführt, hier auch immer wieder infrage gestellt. Es stellt sich die Frage – Herr Gutzwiller hat das nicht aufgenommen –, wer letztendlich die Tarife festlegt. Sollte diesem Antrag zugestimmt werden, müsste er vom Ständerat sicher konkretisiert werden, damit er anwendbar wird. Er ist allgemeiner formuliert als der Minderheitsantrag Suter.
Ich beantrage, bei Artikel 59 Absatz 3 dem Mehrheitsantrag zuzustimmen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Nous sommes à un article important parce qu'il consacre la priorité de l'effort sur la discipline, le contrôle des prestataires de soins, afin de mieux prévenir les éventuels abus dans un système qui est généreux et libéral. Dans ce sens-là, il est certain qu'il faut agir et que les propositions dont nous avons à débattre amènent toutes une certaine solution, ou une amorce de solution.
Je crois que M. Bortoluzzi disait: «Débattons avec le Conseil des Etats, on trouvera certainement la bonne formule au bout du chemin.» J'ai envie de dire la même chose; il faut choisir au fond la formule qui a le plus de chance de bien amorcer le débat avec le Conseil des Etats, et je me demande si ça n'est pas la proposition de la majorité plus la proposition Gutzwiller qui est la meilleure solution.
Pourquoi? Uniquement parce que la proposition de la minorité qui a donné le coup d'envoi de cette réflexion comporte un degré de précision et de réglementation qui n'a pas sa place dans une loi fédérale. Ancrer dans la loi un écart de 10 pour cent, par exemple, n'est pas judicieux, il n'est pas bon d'avoir un tel degré de précision dans la loi.
Donc je vous demande de soutenir la majorité de la commission et la proposition Gutzwiller. C'est probablement la meilleure façon de dire qu'on veut quelque chose dans la loi qui soit opérationnel, qui permette d'agir, qui ne constitue pas un obstacle à une sanction contre ceux qui abusent du système.
Je vous recommande donc plutôt de soutenir la proposition de la majorité et la proposition Gutzwiller; mais de toute façon: Ein Pflock sollte eingeschlagen werden. A vous de choisir lequel.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 85 Stimmen
Für den Antrag Gutzwiller .... 67 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 99 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 55 Stimmen

**Art. 59 Abs. 1, 3**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 3*
Gegen Leistungserbringer, welche sich nicht an die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen nach den Artikeln 56 und 58 und an die bestehenden Verträge mit den Versicherern halten, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden, eine Busse sowie im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Entzug des Praxisausübungsrechtes. Der Entscheid liegt beim Schiedsgericht nach Artikel 89.

**Art. 59 al. 1, 3**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 3*
Les fournisseurs de prestations qui ne se conforment pas aux exigences de qualité et d'économicité du traitement prévues par les articles 56 et 58 ainsi que les conventions avec les assureurs en vigueur font l'objet de sanctions. Celles-ci comportent la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée, l'amende et la suspension temporaire ou définitive du droit de pratique en cas de récidive. Le tribunal arbitral au sens de l'article 89 en décide.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 61 Abs. 1–3, 4, 5**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Unverändert

*Minderheit I*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 1*
Der Versicherer legt die Prämien im Rahmen von Gesetz und Verordnung nach folgenden Grundsätzen fest:

a. die Höhe richtet sich nach Einkommen und Vermögen der Versicherten sowie unter Berücksichtigung der Familienlasten;
b. die Prämien können nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abgestuft werden;
c. für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Er ist berechtigt, dies auch für die Versicherten zu tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben.
*Abs. 2*
Das Nähere, insbesondere die Einkommens- und Vermögensgrenzen und die Prämienermässigungen nach Absatz 1 Buchstabe c, regelt der Bundesrat durch Verordnung.
*Abs. 3*
Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bedürfen der Genehmigung durch den Bundesrat. Vor Genehmigung können die Kantone zu den für ihre Bevölkerung vorgesehenen Prämientarifen Stellung nehmen, das Genehmigungsverfahren darf dadurch nicht verzögert werden.
*Abs. 4, 5*
Aufheben

**Art. 61 al. 1–3, 4, 5**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Inchangé

*Minorité I*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 1*
L'assureur fixe les primes dans le cadre de la loi et de l'ordonnance d'après les principes suivants:
a. le montant est établi en fonction des revenus et de la fortune réelle des assurés, et il tient compte des charges des familles;
b. les primes peuvent être échelonnées selon les différences de coûts existant au niveau cantonal et régional;
c. pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). Il est autorisé à le faire pour les assurés de moins de 25 ans révolus.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral règle les modalités, notamment les limites de revenu et de fortune et les réductions de prime selon l'alinéa 1er lettre c, par voie d'ordonnance.
*Al. 3*
Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoire doivent être approuvés par le Conseil fédéral. Les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents, pour autant que la procédure d'approbation n'en soit pas prolongée.
*Al. 4, 5*
Abroger

**Gross** Jost (S, TG): Mit dem Antrag der Minderheit I will die SP-Fraktion den Systemwechsel zur einkommensabhängigen Prämie ermöglichen. In dieser KVG-Revision ist von den wahren Problemen der prämiengeplagten Bevölkerung nicht oft die Rede: alle Jahre wieder Prämienerhöhungen zwischen 5 und 10 Prozent. Die Bevölkerung empfindet die Prämienlast als erdrückender als die Steuerlast. Betroffen ist auch der Mittelstand, der die Zusatzversicherungen im grossen Stil auflöst. Familien mit zwei Kindern zahlen durchschnittlich zwischen 500 und 1000 Franken an Prämien – je nach Kanton. Wenn sie bei teuren Kassen versichert sind und einen Kassenwechsel nicht wagen, bezahlen sie wesentlich mehr.
Mehr als ein Viertel der Bevölkerung kommt heute in den Genuss einer Prämienverbilligung. Es gibt eine gigantische Subventionsbürokratie mit 26 verschiedenen Verteilungsmodellen. Jeder Vierte ist also Subventionsempfänger, Bittsteller beim Staat. Da müsste die staatsverdrossene SVP eigentlich aufschreien. Sie tut es aber nicht. Die bürgerliche Ratsmehrheit verteidigt das bestehende System auf Biegen und Brechen, obwohl nach einer Umfrage mittlerweile 62 Prozent der Bevölkerung einkommensabhängige Prämien wollen.
Deshalb verbreitet die Initiative der SP Schweiz, die einkommens- und vermögensabhängige Prämien will, auch Angst und Schrecken; deshalb hat die Mehrheit des Ständerates ja sogar versucht, den Termin der Abstimmung über unsere Volksinitiative zu manipulieren oder auf den Sankt-Nimmerleins-Tag zu verschieben.
Dies ist die Stunde der Wahrheit. Ich habe Ihnen einen moderaten Systemwechsel zu einkommensabhängigen Prämien vorzuschlagen. Es ist nicht so, dass die Einkommens- und Vermögensgrenzen schon festgehalten sind, wie unserer Initiative häufig vorgeworfen wird. Wir wollen diese Kompetenz dem – bürgerlich dominierten – Bundesrat geben. Er soll die entsprechenden Einkommensgrenzen festlegen. Damit können Sie auch nicht mehr mit dem Argument kommen, die Mehrwertsteuer sei mit der Erhöhung der Fiskalquote ein entscheidendes Hindernis für diesen Antrag, sondern Sie müssen sich heute einfach entscheiden, ob Sie dieses Modell, diesen Systemwechsel hin zu einer einkommensabhängigen Prämie, tatsächlich einführen wollen. Sie haben Gelegenheit, sich dazu zu bekennen, ob Sie zu einem System wechseln wollen, bei dem die Verkäuferin mit 3000 Franken Einkommen nicht mehr gleich viel Prämien zahlt wie der Millionär im gleichen Kanton, oder ob Sie bei dieser sozialen Ungleichheit mit einer Abhängigkeit breiter Bevölkerungskreise von einer gigantischen Subventionsbürokratie bleiben wollen.
Ich denke, Sie sollten auch hier zur Kenntnis nehmen, dass wir mit diesem sozial hochgradig unsensiblen Finanzierungssystem einzigartig in Europa dastehen. Überall sonst in Europa haben wir Systeme, die einen wesentlichen Teil der Gesundheitskosten entweder über Arbeitgeberbeiträge oder über Steuern finanzieren.
Ich bitte Sie deshalb, hier dieses Bekenntnis zur Einkommensabhängigkeit der Prämie abzulegen. Sie vergeben sich in Bezug auf die konkreten Einkommensgrenzen gar nichts, aber Sie müssen jetzt Farbe bekennen und sagen, ob Sie eine sozialverträglichere Finanzierung der Krankenversicherung wollen oder nicht.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Ich bitte Sie namens der FDP-Fraktion, hier dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.
Es ist eine Tatsache, dass die Krankenversicherungskosten für sehr viele in diesem Land eine Belastung sind: Sie sind eine Belastung für die kleinen Einkommen, für Leute aus der unteren Mittelschicht und vor allem für Familien mit Kindern. Die Prämienverbilligung wird in der Tat immer wichtiger. Wir wollen aber ein System, das übersichtlich, nachvollziehbar ist und dessen Wirkung kontrollierbar ist. Die Prämienverbilligung darf auch nicht von verschiedenen Seiten her gleichzeitig einsetzen. Wir wollen ein System, das administrativ einfach ist. Prämien, die über die Einkommens- und die Vermögenssituation und gleichzeitig über die Familienentlastung erfasst werden, sind administrativ sicher nicht einfach festzulegen. Alle Angaben dazu sind schwierig zu erfassen. Das heisst, dass schlussendlich das Steueramt die Prämien festsetzen würde.
Wir wollen auch die Belastung der Leute auf verschiedenen Wegen bekämpfen, und zwar einerseits über gezielte Prämienverbilligungen, andererseits durch eine Bremsung der Steigerung der Gesundheitskosten. Im Hinblick auf diesen zweiten Teil bringt die einkommensabhängige Finanzierung nichts. Wir folgen also, was die Prämienverbilligungen betrifft, in allen Teilen der Kommissionsmehrheit. Wir sehen nämlich darin unsere Auffassung am ehesten bestätigt, wonach wir in der Krankenversicherung Modelle umsetzen wollen, die mit den Eckpunkten Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit genügend Spielraum für sinnvolle, gute Lösungen bieten.

Ich bitte Sie also namens der FDP-Fraktion, bei allen betreffenden Artikeln das Verbilligungssystem der Mehrheit durchzuziehen.

**Borer** Roland (V, SO): Im Namen der SVP-Fraktion beantrage ich Ihnen, bei den Artikeln 61ff. die Mehrheit zu unterstützen.
Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass die Nachteile der Kopfprämie abgedeckt sind. Sie sind abgedeckt, indem wir gezielt Prämienverbilligungen verlangen. Wir setzen also die Mittel bewusst und gezielt dort ein, wo es darum geht, diejenigen Menschen, die tatsächlich Probleme mit der Bezahlung der Krankenversicherungsprämien haben, zu entlasten.
Es ist eine Tatsache, dass die Krankenversicherungsprämien immer mehr Familienbudgets über alle Massen belasten. Das bestreiten wir nicht. Wir sind aber ebenfalls der Meinung, dass diese Belastung nicht gedämpft werden kann, indem wir signalisieren, es sei jetzt der unendliche Geldtopf geöffnet; aber vor allem das ist der Fall, wenn wir das Prämiensystem ändern.
Wir sind der Meinung, dass man tatsächlich etwas gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen tun muss. Das haben wir seit dem Beginn unserer Beratung dieser Gesetzesrevision leider nicht getan. Wir sprechen jetzt also nur darüber, wie wir die stetig steigenden Kosten finanzieren können – so, wie wir das seit gestern beschlossen haben –, wie wir die Prämien diesbezüglich sozialer ausgestalten könnten. Der Antrag der Minderheit I ist für die SVP-Fraktion keine Lösung. Wir müssen tatsächlich dort ansetzen, wo die Prämien ihren Ursprung haben, nämlich bei den Kosten im Gesundheitswesen.
Im Übrigen haben wir Beispiele aus dem nahen Ausland, die ganz klar aufzeigen, dass die einkommensabhängigen oder einkommens- und vermögensabhängigen Prämien absolut nichts bewirken werden, wenn wir nachhaltig etwas tun wollen. Es ist so, dass in einer ersten Phase wohl ein gewisser dämpfender Effekt erreicht wird, anschliessend erhöhen sich aber die Prämienbeiträge wieder laufend. Ich gestatte mir, hier nochmals das Beispiel zu nennen, das ich schon bei der Eintretensdebatte ausgeführt habe. Die Beiträge für Krankenversicherungsprämien in Deutschland sind mittlerweile auf über 15 Einkommensprozente angestiegen; ein weiterer Anstieg ist in Sicht. Als Beispiel: Für einen Vierpersonenhaushalt, in dem beide Elternteile arbeiten – ich bin hier einmal von 7000 Franken Monatseinkommen ausgegangen –, würde dies bedeuten, dass die Prämien für diese vierköpfige Familie allein für die Grundversicherung, nicht für die Zusatzversicherung, nach gegenwärtigem Belastungsmuster in Deutschland in der Höhe von 1050 Franken lägen. Rechnen Sie sich selber aus, wie das in unserem Land aussehen würde.
Ich beantrage Ihnen also im Namen der SVP-Fraktion, hier die Mehrheit zu unterstützen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Der Antrag der Minderheit I (Gross Jost) ist unsere Grussbotschaft an den neuen Departementsvorsteher. Wir wissen, dass die Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer einkommensabhängige Prämien will, das zeigen alle Umfragen ganz klar. Auch Herr Couchepin will «abhängige» Prämien, aber er will alters- und krankheitsabhängige Prämien: Ältere und kranke Leute sollen mehr zahlen. Wir freuen uns auf die bevorstehenden Auseinandersetzungen, vor allem nachdem seit «Viktors Spätprogramm» von gestern Abend klar geworden ist, dass er nicht so gut reden kann; wir haben deshalb wirklich keine Angst vor diesen Auseinandersetzungen, die uns bevorstehen. Spass beiseite – das Problem ist sehr ernst!
Alles zeigt, dass die Prämien die Leute in unserem Land mehr plagen als die Steuern. Die Prämien sind heute die grösste Plage für die Leute in unserem Land. Herr Borer, es gibt heute in unserem Land viele Leute, die viel mehr als 15 Prozent ihres Einkommens zur Bezahlung ihrer Prämien aufbringen müssen. Wenn heute vor allem Familien mit mittleren Einkommen so viel zahlen müssen, ist das nur deshalb so, weil bei uns die 20 Prozent reichsten Schweizer viel weniger – fünf-, zehn-, zwanzigmal weniger – zahlen, als sie im Ausland zahlen müssten. Bei uns zahlen die Reichen viel zu wenig, dutzendmal weniger als im Ausland, und deswegen müssen Familien mit mittleren Einkommen bluten. Das will die SVP unterstützen – eine Politik gegen die Familien mit mittleren Einkommen –; Herr Borer, Sie sollten sich deswegen schämen!
Folgendes ist ganz klar – das hat sogar die «Financial Times» geschrieben –: Wenn man nicht eine Medizin für die Armen und eine Medizin für die Reichen will – aber Sie wollen ja nicht nur eine Zweiteilung, sondern eine Dreiteilung der Medizin, eine Dreiteilung, wie es sie früher bei den SBB-Wagen gab –, muss man das Gesundheitswesen mit einem steuerähnlichen oder einkommensabhängigen System finanzieren. Anders geht es nicht! Ansonsten muss man eben eine Medizin mit zwei Geschwindigkeiten akzeptieren: eine für die Reichen und eine andere für die Armen. Es gibt keine andere Möglichkeit, etwas anderes wurde nirgends auf dieser Welt erfunden. Wenn Sie nicht wollen, dass wir in der Schweiz in diese Richtung gehen, müssen Sie in diesem Sinne die einkommensabhängigen Prämien akzeptieren.

**Borer** Roland (V, SO): Herr Kollege Cavalli, ich danke Ihnen für die Lektion in Sozialpolitik; sie ist sehr lehrreich gewesen. Nun, wenn dem so wäre, wie Sie jetzt behauptet haben, dann würde ich mich tatsächlich schämen, dafür einzustehen. Sie haben ein Beispiel dafür genannt, dass es in unserem Land Leute gibt, die 50 Prozent und mehr von ihrem Einkommen für Krankenversicherungsprämien aufbringen. Ich möchte nicht über die Prozentzahl sprechen, jedoch eine Frage an Sie richten: Sind Sie nicht auch der Meinung, dass wir mit der Prämienverbilligung, wie sie heute stattfindet, durchaus gerechte Sozialziele erreichen können? Darauf möchte ich nur ein Ja oder ein Nein hören.

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Borer, es stimmt, dass vor allem in den welschen Kantonen, wo die SVP nichts zu sagen hat, dieses Ziel weitgehend erreicht wird. Dort gibt es Zehntausende von Personen, die überhaupt keine Prämien zahlen. Das Problem liegt aber nicht bei den mittellosen Leuten, sondern bei den Familien mit mittleren Einkommen. Sie werden geplagt, weil wir momentan – im Gegensatz zu dem, was Sie vorher gesagt haben – viel weniger ein Kosten- als ein Prämienproblem haben. Die Prämien steigen zweimal mehr als die Kosten, und diese Prämiensteigerung trifft bei den Kopfprämien vor allem die Familien mit mittleren Einkommen.

**Le président** (Christen Yves, président): Vous avez le droit de poser des questions, mais ne détournez pas le but des questions, qui doivent être des éclaircissements, et ne refaites pas le débat, s'il vous plaît.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Herr Cavalli, Sie wiederholen ja immer wieder Ähnliches.
1. Ist Ihnen nicht bekannt, dass Zweiklassenmedizin und starke soziale Schichtung vor allem dort auftreten, wo ein staatlich geplantes Gesundheitswesen das Angebot künstlich rationiert, wie etwa in den Vereinigten Staaten?
2. Ist Ihnen nicht bekannt, dass ein grosser Teil der Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen nicht nur über die Prämien, sondern auch über die Steuern bezahlt wird? Die Steuern haben bekanntermassen einen klaren Umverteilungseffekt, weil sie mit einer starken Progression verbunden sind.

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Gutzwiller, es ist ganz klar, dass eine Zweiklassenmedizin vor allem dort entsteht, wo amerikanische oder amerikaähnliche Verhältnisse vorherrschen, wie Sie sie wünschen.
Bezüglich der Steuern: Vor zehn Jahren wurde noch rund ein Drittel der Gesundheitskosten durch Steuern abgedeckt, heute ist es weniger als ein Viertel. Das sind die Tatsachen!

**Stahl** Jürg (V, ZH): Herr Cavalli, langsam habe ich genug von Ihrer Umverteilungspolitik: Verkehr, Steuern, ALV, AHV, EO usw. – die Liste ist unendlich. Sie wissen ganz genau, dass die Hälfte der Gesundheitskosten bereits jetzt einkommensabhängig bestritten wird. Wann hören Sie endlich einmal auf umzuverteilen? Haben Sie nicht das Gefühl, das Ganze sei kontraproduktiv?

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Stahl, was die EU mit der Umverteilungspolitik hier zu tun hat, wissen nur die Götter.
Aber zu Ihnen kommen wir dann noch bei den Franchisen: Sie wollen die armen Leute ja sogar noch mehr plagen, indem Sie die Franchise verdoppeln und damit den armen Leuten 500 Millionen Franken aus der Tasche nehmen wollen.

**Ruey** Claude (L, VD): J'ai l'impression qu'on refait le débat qu'on a eu sur l'initiative santé, si bien que je me suis demandé s'il fallait venir à cette tribune. Mais on entend tout de même des choses bizarres.
M. Gross Jost vient dire qu'un riche et un pauvre payent exactement la même chose. Il oublie tout simplement que les primes ne couvrent que 40 pour cent des coûts de la santé et que toute une partie de ceux-ci est prise en charge par l'impôt. Les subventions cantonales, par exemple, sont financées par l'impôt. Et il y a la progressivité de l'impôt qui fait que le riche et le pauvre ne payent pas la même chose en matière de santé. C'est donc une première inexactitude fondamentale.
J'aimerais quand même rappeler d'où on part. Autrefois, les primes étaient subventionnées par l'ensemble des pouvoirs publics et, bien sûr, par la Confédération, si bien qu'en réalité l'assuré ne savait pas quel était le coût réel de ce que payait l'assureur-maladie. On a voulu éviter ce système d'arrosoir en retirant la subvention étatique qui était en somme versée pour toutes les primes de tout le monde, riches ou pauvres, et se fonder uniquement sur l'aide aux petits revenus qui voient leurs primes allégées, entièrement payées dans certains cas et partiellement dans d'autres. Il y a donc là une nette différence.
A partir du moment où la Confédération s'est retirée financièrement du subventionnement de type arrosoir, on s'est mis à se rendre compte de la réalité des coûts. Autrefois, on était dans une certaine mesure anesthésié par la subvention fédérale. C'est maintenant qu'on prend conscience de la difficulté. Alors, ne venons pas dire que tout le monde paye la même chose. Au contraire, on a essayé de subventionner plus les petits revenus. Le problème se pose en particulier, parce qu'il y en a un, pour les moyens revenus. Là, il y a un vrai problème.
C'est vrai qu'il y a une difficulté puisque les primes augmentent parce que le coût de la médecine augmente. Là aussi, Monsieur Cavalli, ne venez pas dire que les primes augmentent deux fois plus que le coût de la santé. Ce dont il faut quand même se rendre compte c'est que, comme les assureurs ne payent que 40 pour cent du coût de la santé, il faut prendre en considération le coût global.
Mais s'agissant de ce que payent les assureurs, j'aimerais vous dire qu'au cours des cinq ou six dernières années, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les assureurs ont encaissé moins en montant de primes qu'ils n'ont eu à payer. Je pourrais vous donner les chiffres, mais je ne les ai pas avec moi. Sauf erreur, c'est de l'ordre de 60 millions de francs de moins. Par conséquent, les assureurs n'ont pas mis de l'argent de côté sur le dos des assurés.
Alors, le système consistant à prélever un pourcentage du revenu a des effets à mon avis préjudiciables. Tout d'abord, une fois de plus, on ne verra plus quel est le coût réel payé par les assureurs. Ensuite, il y a un autre effet qui est encore plus négatif: il n'y a plus de concurrence sur les primes puisque chacun paye les mêmes et, par conséquent, il n'y a plus de concurrence possible entre les assureurs. On va donc droit vers la caisse unique avec tous les effets pervers que cela aura! Cela ne donnera pas de solutions pour le coût de la médecine. Et le problème, c'est les coûts de la médecine. Je ne disconviens pas du fait que s'agissant de la prime d'assurance-maladie qui augmente régulièrement, il y a un problème, mais la solution que vous proposez n'est en tout cas pas la bonne. Ce n'est pas celle qui permet de résoudre la question.
Il faut donc rejeter la proposition de minorité.

**Le président** (Christen Yves, président): Die CVP-Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit.

**Fasel** Hugo (G, FR): Die grüne Fraktion wird den Antrag der Minderheit I (Gross Jost) unterstützen, weil das System der Prämienverbilligung, wie wir eigentlich seit langem wissen, an seine Grenzen gestossen ist. Ich bin froh, dass Herr Borer bereit ist, sich zu schämen, denn es ist tatsächlich so, dass es in den unteren Einkommenskategorien seit Jahren mehr Prämien- als Lohnerhöhungen gibt. Es gibt in diesem Land, Herr Borer, eine rasch wachsende Zahl von Leuten, die einfach nicht mehr wissen, wie sie die Prämien bezahlen sollen. Das ist ein Faktum. Deshalb bin ich froh, dass Sie sich dafür schämen, dass Sie nichts dagegen tun. Das ist erfreulich.
Wenn wir schon Sparmassnahmen in unser System einbauen möchten, sollten wir eigentlich genau den einkommens- und vermögensabhängigen Prämien zustimmen. In diesem Land wird die Politik immer noch vor allem von jenen gemacht, die gute Einkommen haben. Stellen Sie sich vor: Wenn wir zum neuen System übergingen, würden die wichtigsten Entscheidungsträger in diesem Lande erstmalig auch in ihrem eigenen Portemonnaie merken, was dieses System kostet. Das wäre marktwirtschaftliche Steuerung, wenn diejenigen, die in diesem Land die Entscheidungen treffen, wirklich auch für das System, das sie beschliessen, bezahlen müssten.
Wir werden heute – natürlich zu unserem eigenen Vorteil, weil wir als Parlamentarier mehrheitlich zu den Gutverdienenden gehören – wahrscheinlich diesem Systemwechsel nicht zustimmen. Das heisst, wir schonen uns selbst vor steigenden Prämien. Das ist die Entscheidung, die wir wahrscheinlich leider treffen werden.
Noch eine kurze Bemerkung zu Herrn Gutzwiller; ich muss es einfach sagen, damit nichts Falsches im Raum stehen bleibt: Wir müssen immer wieder jeden Vergleich mit den USA klarstellen. Die USA haben ein weitestgehend privates System; es ist das teuerste System, das ist so. Wenn Sie die neuesten Untersuchungen gelesen haben, wissen Sie, dass es sich heute in den USA 14 Prozent der Bürgerinnen und Bürger nicht mehr leisten können, überhaupt eine Krankenversicherung zu haben; das ist eine Tatsache. Deshalb möchte ich nicht, dass wir beginnen, unser System an jenes der USA anzugleichen. Ich vermute allerdings, dass sich Herr Gutzwiller, als er die Frage stellte, eher auf Grossbritannien beziehen wollte. Es könnte sein, dass er sich in diesem Punkt versprochen hat.

**Loepfe** Arthur (C, AI): Herr Fasel, ich wollte Sie nur fragen, wie das zusammenpassen soll: Sie sagen ja, dass wir in Sachen Krankenversicherungsprämien nichts für diejenigen täten, die ein kleineres Einkommen hätten. Wir, Bund und Kantone, bezahlen jetzt 3,6 Milliarden Franken für Verbilligungen von Krankenversicherungsprämien, und zwar bedarfs- und bedürfnisgerecht. Aus dem Kreise Ihrer Partei ist ein Vorschlag gekommen, dass man bis zum Alter von 18 Jahren gar keine Prämien bezahlt, und das soll auch bei den reichen Leuten so sein. Sagen Sie mir, wie das zusammenpassen soll: Sie wollen noch mehr umverteilen, machen aber genau das Falsche.

**Fasel** Hugo (G, FR): Zum ersten Punkt: Sie haben nicht gut zugehört. Ich habe nicht gesagt, es gebe jetzt keine Verbilligungen, sondern ich habe gesagt, sie seien ungenügend. Es gibt eine ganze Reihe von Leuten, die ihre Prämien trotzdem nicht bezahlen können. Sie müssen also das nächste Mal etwas besser zuhören.

Zum zweiten Punkt: Ihre Partei, lieber Kollege, unterstützt Kinder. Sie schreiben in Ihren Parteiprogrammen, dass Sie für die Familien und die Kinder etwas tun wollen. Folgen Sie deshalb dem, was hier vorgeschlagen wird, dann haben Sie eine gute Lösung im Interesse der Familie. Folgen Sie einmal dem, was Sie in Ihr eigenes Programm schreiben! Sonst kommen Sie her, und dann gehen wir bis zum bitteren Ende: Lesen Sie Ihr eigenes Programm an diesem Pult vor. Dann bleibt Ihnen bei der anschliessenden Abstimmung noch eines übrig: dem Antrag der Minderheit I (Gross Jost) zuzustimmen. Das wäre konsequent von einem CVP-Vertreter in diesem Haus.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Herr Kollege Fasel, ich bedanke mich dafür, dass Sie annehmen, ich hätte von England gesprochen. Ich meine, ich hätte United Kingdom gesagt und nicht USA. Damit das klar ist: In keiner Art und Weise haben wir je das amerikanische System propagiert. Wir stehen im Gegensatz zu den USA zu einem Obligatorium. Wir wollen eine hoch qualifizierte, gute Versorgung.
Ich stelle Ihnen die gleiche Frage, die Herr Cavalli aufgegriffen hat. Die Unterstellung ist ja immer, dass wir in Richtung Zweiklassenmedizin gehen. Ich frage Sie: Zeigen nicht alle Studien, dass gerade die rein staatlich, zentralstaatlich geplanten Systeme, in Ländern wie England – United Kingdom, das wollte ich sagen –, direkt zu einer Zweiklassenmedizin führen? Das war nur die Frage. Wir wollen ja eine gute Versorgung. Meine Hypothese ist: Zentralstaatlich geplante, staatlich verordnete Systeme – nicht unser Ansatz – führen stracks in die Zweiklassenmedizin.

**Fasel** Hugo (G, FR): Ich habe Sie in dem Fall richtig verstanden. Sie wollten vorhin eigentlich von England reden und nicht von den USA. Ich habe auf diesen Punkt Bezug genommen. Ich lehne auch die Unterstellung ab, dass man zu einem staatlichen System übergeht, wenn man zu einkommensabhängigen Prämien übergeht. Das muss nicht so sein. Das ist eine Vermutung, die so nicht zutrifft. Deshalb kann ich auch nicht mehr zu Ihrer Frage sagen.

**Borer** Roland (V, SO): Damit keine falschen Aussagen hier im Raum stehen bleiben, möchte ich festhalten, dass weder ich noch die SVP-Fraktion sich schämen müssen. Wir wollen sozial abgefederte Prämien, aber wir wollen beim System bleiben. Alle anderen Behauptungen von Herrn Fasel sind so falsch, wie sie nur sein können; er weiss das auch. Ich habe zwar Verständnis dafür, dass er die Gelegenheit nutzt, hier ein wenig Politik zu betreiben.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Tout a été bientôt dit sur ce sujet. Tout de même, il faut donner le sentiment de la majorité de la commission, qui propose d'adhérer à la décision du Conseil des Etats, donc d'en rester au droit en vigueur. La majorité estime que les primes ne doivent pas être politiques. Par contre, la minorité I (Gross Jost) veut introduire la prime en fonction du revenu et de la fortune. C'est un débat fondamental. C'est l'un des grands débats de cette révision.
L'idée peut paraître séduisante de faire payer des primes en fonction du revenu et de la fortune. Il faut dire que c'est l'objet de l'initiative populaire socialiste «La santé à un prix abordable» pendante devant le peuple. Le Conseil des Etats avait voulu présenter un contre-projet à cette initiative en fixant la limite maximale de la prime à 8 pour cent du revenu. Les analyses faites dans les cantons ont montré que ça n'était pas réalisable.
L'un des arguments de la minorité I est que toutes les autres assurances sociales se fondent sur un prélèvement sur le salaire. On pourrait ajouter la fiscalité, ça a été largement dit. La fiscalité est plus que proportionnelle au salaire et paie une part importante des coûts de la santé. Ce qui fait que l'assurance-maladie est déjà financée de façon mixte – ça a aussi été dit –, soit par une répartition entre le salaire et la prime par tête. Les subventions pour alléger les primes d'assurance-maladie vont en plus d'une manière ciblée aux plus démunis. Chacun s'en réjouit, la majorité en particulier.
La majorité fait remarquer qu'il devient décourageant dans ce pays d'avoir de l'ambition et de beaucoup travailler. Si on pense au taux d'impôt progressif au niveau communal, cantonal, fédéral, si l'on pense précisément aux cotisations des autres assurances sociales, on s'aperçoit que si on faisait un graphique de la progressivité de la contribution des hauts revenus, effectivement leur part n'est absolument pas négligeable. C'est un autre débat de savoir si les gros salaires sont toujours mérités, mais on peut dire que les salaires importants assument leur responsabilité sociale. Aller plus loin, c'est tuer la poule aux oeufs d'or et donner une prime à la fraude fiscale. Par ailleurs, on n'est pas persuadé que l'abrogation des alinéas 3bis, 4 et 5 réponde vraiment à la volonté de la minorité.
La commission, par 12 voix contre 8 et avec 1 abstention, vous propose de rejeter la proposition de minorité.

**Zisyadis** Josef (–, VD): Monsieur le rapporteur de la commission, je veux juste vous demander un éclaircissement parce que je n'ai pas très bien compris. Vous avez parlé de «primes politiques». Vous voulez donc parler des primes d'assurance-maladie pour les travailleurs au noir?

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Monsieur Zisyadis, vous déviez le débat. Les travailleurs au noir, c'est un autre problème. Les travailleurs au noir, en tout cas au gris, paient leurs impôts à la source, je vous le signale, ils paient l'AVS, mais je crois que ce n'est pas le problème aujourd'hui. Je me permettrai de vous répondre à d'autres occasions – cela a été fait d'ailleurs.

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3204)
Für den Antrag der Mehrheit .... 85 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 63 Stimmen

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

Ref. 3204

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 61

**Abstimmung vom / Vote du:** 12.12.2002 10:23:19

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | * | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | + | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | * | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | * | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | * | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | * | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | * | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | * | C | GR |
| Donzé | = | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | * | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | * | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | * | S | ZH |
| Fetz | = | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | * | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | = | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | * | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | * | S | FR |
| Kaufmann | * | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | * | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | * | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | * | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | * | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | o | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | * | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | * | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | * | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 85 |
| nein / non / no | 63 |
| enth. / abst. / ast. | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 50 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / si | 22 | 0 | 4 | 28 | 0 | 1 | 30 | 0 |
| nein / non / no | 2 | 10 | 0 | 0 | 45 | 3 | 0 | 3 |
| enth. / abst. / ast. | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 10 | 0 | 2 | 13 | 7 | 1 | 15 | 2 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité I Gross Jost

A l'article 11a alinéa 2 sur la préparation à la formation professionnelle initiale, notre Conseil avait décidé la gratuité. Nous nous sommes ralliés ce matin à la proposition du Conseil des Etats et la gratuité est ainsi supprimée.
A l'article 52 alinéa 7 sur l'Institut suisse de pédagogie pour la formation professionnelle, par 12 voix contre 11, nous avons adhéré à la décision du Conseil des Etats, ce qui permettra d'avoir d'autres instituts qui pourraient former les enseignants des écoles professionnelles.
A l'article 52c sur la gratuité de l'offre de base des services d'orientation professionnelle, nous nous sommes ralliés là aussi à la décision du Conseil des Etats en tenant compte essentiellement du fédéralisme. Il semblerait que les cantons tiennent absolument à payer eux-mêmes et à organiser eux-mêmes le service d'orientation professionnelle.
A l'article 53 alinéa 2 sur le versement de la participation de la Confédération, nous nous sommes également ralliés à la décision du Conseil des Etats. Dans le fond, cela avait relativement peu d'importance.
Par contre, à l'article 54 alinéa 1er sur les forfaits versés aux cantons, la décision du Conseil national a été maintenue, ce qui fait que nous avons maintenant une solution avec trois forfaits: un pour les écoles formant à plein temps, les écoles de métiers; un pour la formation duale; et un pour les écoles spéciales, entre autres les écoles d'informatique qui ont une plus grande part de scolarité.
Je vous demande d'accepter les résultats de la Conférence de conciliation. Ceci mettra fin à six années de travaux pour cette loi sur la formation professionnelle. C'est une nouvelle loi-cadre qui est moderne, qui correspond à la situation actuelle, mais qui est également très ouverte et qui permettra les développements futurs.
Je vous demande donc de soutenir les décisions de ce matin, ainsi nous pourrons, dans un délai d'une année, faire entrer en vigueur cette loi. Cela apportera de belles améliorations pour la formation professionnelle des jeunes de notre pays.

*Angenommen – Adopté*

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)

---

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 61 Abs. 3bis**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Unverändert

*Minderheit I*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Aufheben
*Minderheit II*
(Meyer Thérèse, Dormann Rosmarie, Hess Walter, Robbiani, Zäch)
Bei der Familienversicherung ist das zweite Kind zu 50 Prozent prämienpflichtig; für das dritte und die weiteren Kinder müssen keine Prämien entrichtet werden.

**Art. 61 al. 3bis**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Inchangé

*Minorité I*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Abroger
*Minorité II*
(Meyer Thérèse, Dormann Rosmarie, Hess Walter, Robbiani, Zäch)
Concernant l'assurance des familles, le deuxième enfant bénéficie d'un allègement de 50 pour cent de la prime, le troisième et les suivants de la gratuité

**Art. 64a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages

*Minderheit*
(Goll, Baumann Stephai
sini)
*Abs. 1*
Der Bund vergütet den V
nen in der obligatorische
cherten Kinder bis zum v
*Abs. 2*
Der Bundesrat regelt das

**Art. 64a**
*Proposition de la commis*
*Majorité*
Rejeter la proposition de

*Minorité*
(Goll, Baumann Stephai
sini)
*Al. 1*
La Confédération crédite les assureurs du montant des primes pour les enfants assurés chez lui dans le cadre de l'assurance-maladie jusqu'à l'âge de 18 ans révolus.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral règle la procédure.

**Meyer** Thérèse (C, FR): La proposition de minorité II à l'article 61 alinéa 3bis est destinée à alléger les primes des familles avec plusieurs enfants. Cette proposition est un complément à la proposition de la majorité de la commission à l'article 65 qui établit des réductions de primes échelonnées selon le revenu net. La charge des primes des familles avec enfants ne devra pas dépasser de 2 à 10 pour cent et celles sans enfants 4 à 12 pour cent. Nous sommes, avec la commission bien sûr, à l'unanimité derrière cette proposition qui atteint beaucoup mieux le but social fixé que la décision du Conseil des Etats, qui prétéritait les personnes et les familles à bas revenu.
Notre proposition complète donc le mécanisme choisi par notre Conseil, qui a malheureusement un défaut, car il ne permettra pas d'alléger les primes des familles nombreuses de la classe moyenne parce qu'il y a un plafonnement des revenus. Cette proposition correspond à l'initiative parle-

mentaire «LAMal. Assurance des familles» (00.443) à laquelle notre Conseil a donné suite en automne dernier, mais avec une couverture financière différente.

Pour que l'échelonnement des pourcentages puisse développer toute son action, il est nécessaire de fixer un plafond de revenu net à partir duquel il n'y a plus de réduction de primes. Le projet d'ordonnance du Conseil fédéral a fixé ce plafond autour de 75 000 francs. Selon le rapport demandé par l'OFAS à M. Andreas Balthasar, intitulé «Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons», qui a été effectué en 1998 et rendu en 2001, on voit clairement que la charge des primes d'assurance-maladie est spécialement lourde pour la famille type de la classe moyenne ayant trois ou quatre enfants, ou plus. La famille ayant quatre enfants avec un revenu net avoisinant le plafonnement proposé reste prétéritée en comparaison du revenu disponible. Suivant les cantons, jusqu'à 57 pour cent doivent être utilisés pour les impôts, les assurances sociales, le loyer, les primes d'assurance-maladie. Il faut ensuite des moyens pour nourrir, habiller et former tout ce petit monde, souvent six bouches à nourrir. Cette situation nous a touchés.

Dans la première prestation radiophonique de Mme Calmy-Rey, conseillère fédérale, il y a un monsieur qui s'est exprimé dans ce sens: «Nous faisons partie de cette majorité silencieuse avec revenu moyen, beaucoup d'enfants, que personne ne soutient.» Sur 534 000 familles avec enfants, 254 000 ont deux enfants et 90 000 trois enfants et plus, dont 23 000 seulement quatre enfants. Ces familles méritent notre soutien, c'est l'avenir de notre pays. Nous proposons donc une prime de 50 pour cent pour le deuxième enfant et la gratuité pour les enfants suivants. Renseignements pris, il faudrait 120 à 150 millions de francs de plus pour atteindre cet objectif.

Nous proposons par une modification de l'article 65 alinéas 1bis et 2 d'englober ce financement dans la réduction générale des primes prise en charge par la Confédération et les cantons. Le crédit-cadre soutenu par la majorité de la commission à l'article 66 peut faire face à ce financement s'il est organisé en collaboration avec les cantons selon les articles 65 et 66 alinéas 4 et 5.

Encore quelques comparaisons chiffrées. Avec la seule proposition de la majorité de la commission, une famille qui a un revenu net de 30 000 francs payera au maximum 600 francs par an, c'est-à-dire 50 francs par mois pour toute la famille, quel que soit le nombre de ses membres. Une famille avec quatre enfants et un revenu moyen de 75 000 francs payera en moyenne suisse 8880 francs de prime par an, c'est-à-dire 740 francs par mois. Notre projet soulagerait cette famille de 1800 francs de prime par an. Je pense qu'il faut faire cet effort pour ne pas décourager les familles d'avoir plusieurs enfants.

La discussion portera aussi sur la proposition de minorité Goll à l'article 64a qui demande à la Confédération de créditer les assureurs des montants des primes de tous les enfants pour un coût annoncé de 800 millions de francs. Même si l'objectif peut paraître souhaitable, avec de grands moyens financiers qu'il est difficile de dégager en l'état actuel, il n'allégera pas plus les finances des familles à revenu modeste. La famille précit, par exemple, payera toujours 50 francs par mois pour 30 000 francs de revenu. Par contre, les familles aisées avec un seul enfant bénéficieraient de cette mesure qui toucherait tous les enfants.

Dans cette loi fédérale, nous souhaitons soulager les finances de toutes les personnes et les familles à revenu modeste, et les familles nombreuses aussi. Qui peut le plus, peut le moins!

Et ceux qui veulent une exonération totale des primes devraient adopter la proposition de la minorité II pour atteindre cet objectif. Le risque serait trop grand de priver les familles nombreuses d'un quelconque soutien.

**Goll** Christine (S, ZH): Nachdem der Bundesrat zu Beginn dieses Jahres beschlossen hatte, Frau Bundesrätin Dreifuss in der Gesundheitspolitik aktiver zu begleiten, stellen wir fest, dass er zur gleichen Erkenntnis gekommen ist wie die Sozialministerin, einfach ein halbes Jahr später: Es «brennt» vor allem bei den Mittelschichtfamilien; diese müssen entlastet werden, weil dort die Belastung durch die Krankenkassenprämien am grössten ist.

Wir wissen das schon lange und haben das in unserer Kommission auch mehrmals ausführlich diskutiert, weil uns auch die Ergebnisse der Wirkungsanalyse zum KVG, insbesondere in Bezug auf die Prämienverbilligungen, bekannt sind. So kommt diese Wirkungsanalyse beispielsweise zum Schluss, dass eine vierköpfige Familie – Eltern mit zwei Kindern – mit einem Einkommen von 70 000 Franken im Jahr heute in zwanzig Kantonen durch die Krankenkassenprämien überbelastet ist.

Wir stellen auch fest, dass unsere Gesundheits-Initiative bereits Wirkung gezeitigt hat, nicht nur beim Erkenntnisprozess, der innerhalb des Gesamtbundesrates stattgefunden hat, sondern auch im Ständerat, der sich ja als Erstrat bei dieser KVG-Revision entschieden hat, ein Sozialziel im Gesetz zu verankern. Er hat beschlossen, dass die Versicherten künftig höchstens 8 Prozent ihres Haushalteinkommens für die Krankenkassenprämien aufwenden sollen.

Ich möchte nur daran erinnern, dass die SP-Fraktion das Sozialziel bereits bei der 1. KVG-Revision, Mitte der Neunzigerjahre, im Gesetz verankern wollte, weil wir wussten, dass leere Versprechen in der Praxis nichts bringen, wenn sie nicht festgeschrieben sind. Der Bundesrat hat nun ein Modell entwickelt, das von der SGK übernommen wurde. Es erstaunt nicht – auch der Bundesrat hat beim Begriff des Kindes angeknüpft, und wir werden nachher noch ausführlich darüber diskutieren –, dass er ein Modell vorschlägt, nach dem Familien mit Kindern künftig höchstens 2 bis 10 Prozent und alle übrigen Versicherten 4 bis 10 Prozent ihres Einkommens für die Krankenkassenprämien bezahlen sollen.

Es gibt einfach einen riesengrossen Haken bei diesem Modell, das auch unsere Kommission übernommen hat: Zwar wird schon gesagt, dass die Kantone aufgefordert sein sollen, mindestens vier Einkommenskategorien zu schaffen; nur bleibt es weiterhin den Kantonen überlassen, diese Einkommensgrenzen selber zu definieren. Das heisst letztlich nichts anderes, als dass wir mit diesem Modell dieselbe Misere antreffen werden, die wir heute schon beim System der individuellen Prämienverbilligung haben. Es geht nicht, dass wir hier Rechtsungleichheiten nach dem Prinzip «Kantönligeist» schaffen.

Dass wir heute bereits Rechtsungleichheiten und vor allem grosse Unterschiede bei der Prämienbelastung in den Kantonen haben, das zeigt auch ein Blick in die Statistik. Ich habe die Statistik hier vor mir, die Auskunft über die Belastung durch die Kinderprämien gibt. Wir haben gesamtschweizerisch eine durchschnittliche Kinderprämie von 63 Franken pro Monat. Wenn wir das untere und das obere Ende der Skala anschauen, sehen wir auch die Unterschiede. Am meisten belastet sind Familien im Kanton Genf mit einer durchschnittlichen Kinderprämie von 95 Franken, gefolgt vom Kanton Waadt mit 86 Franken und vom Kanton Basel-Stadt mit 83 Franken. Am unteren Ende der Skala haben wir diejenigen Kantone, in denen die Kinderprämien viel tiefer liegen, auch viel tiefer als im Durchschnitt. An erster Stelle finden wir hier den Kanton Appenzell Innerrhoden mit einer monatlichen Kinderprämie von 41 Franken; es folgen der Kanton Nidwalden mit einer Kinderprämie von 44 Franken und schliesslich der Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 45 Franken pro Monat.

Die Minderheit beantragt Ihnen mit Artikel 64a ein Modell, wonach künftig eine vollständige Übernahme der Kinderprämien durch den Bund erfolgen soll. Das Zentrale an unserem Modell ist, dass nicht nur Familien mit kleinen Einkommen, sondern vor allem auch Familien mit mittleren Einkommen wirksam und einfach von der Belastung durch die Krankenkassenprämien befreit werden können. Den Kantonen kommt nach wie vor die Aufgabe zu, die Prämien von versicherten Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu verbilligen; wir wollen also an diesem Prin-

zip nichts ändern. Wenn unser Modell, unser Antrag zu einem Artikel 64a, angenommen würde, würde das bedeuten, dass dann auch entsprechende Anpassungen in den Artikeln 65 und 66 vorgenommen werden müssten.
Jedes Modell, auch unseres, ist letztlich von der Höhe der finanziellen Mittel abhängig, die wir für die Prämienverbilligung bzw. in diesem Fall für die Prämienbefreiung zur Verfügung stellen wollen. Von daher versteht es sich für uns auch von selbst, dass wir im Bereich der Prämienverbilligungen das Modell des Ständerates, das bereits beschlossen wurde, unterstützen. Der Ständerat schlägt nämlich vor, die Mittel für die Prämienverbilligungen um mindestens – mindestens! – 300 Millionen Franken aufzustocken. Das heisst, dass unser Modell mit diesen zusätzlichen Mitteln, die der Ständerat bereits beschlossen hat, finanzierbar wäre.
Zum Schluss noch ein Wort an die «Giesskannen-Fraktion», die uns vorwirft, dass wir hier nach dem Giesskannenprinzip alle Kinderprämien vergüten wollen: Ich möchte einfach, dass Sie sich die sozialen und wirtschaftlichen Realitäten in diesem Lande vor Augen führen: Die allermeisten Kinder in diesem Land – das sind 700 000 Kinder – stammen aus Familien mit tiefen oder mittleren Einkommen, also konkret aus Familien mit einem Jahreseinkommen zwischen 45 000 und 75 000 Franken. Sie sehen also: Wenn Sie unserem Minderheitsantrag zustimmen, schaffen Sie eine rasche und wirksame Entlastung für alle Familien mit tiefen oder mittleren Einkommen.

**Estermann** Heinrich (C, LU): Frau Goll, darf ich Sie fragen: Ist es Ihr Ernst, dass alle Prämien der Kinder, auch der Kinder der Väter und Mütter in diesem Saal, vom Staat bezahlt werden sollen?

**Goll** Christine (S, ZH): Herr Estermann, wie Sie wissen, ist es ja heute schon so – auch bei den individuellen Prämienverbilligungen –, dass sämtliche Versicherte ein Formular erhalten, auf dem sie angeben können, ob sie die Prämienverbilligung brauchen oder nicht. Das gleiche Vorgehen könnte man sich auch bei unserem Modell vorstellen. Wir ändern grundsätzlich nichts am Prämienverbilligungssystem. Ich rufe Ihnen noch einmal die Tatsache in Erinnerung, dass die allermeisten Kinder in diesem Land nicht aus reichen Familien stammen, sondern aus Familien mit mittleren oder tieferen Einkommen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Je serai bref puisque Mme Goll a développé de manière approfondie la proposition de minorité à l'article 64a. Nous avons tout à l'heure, en évoquant la problématique des primes en pour cent des revenus, mis le doigt sur le véritable problème. Maintenant, il s'agit de développer les garde-fous et, en fait, de trouver des solutions pour répondre aux difficultés sociales que génère le principe de la prime par tête qui, si l'on observe la réalité et les faits vécus par les citoyennes et les citoyens de ce pays, est un élément antisocial.
Aujourd'hui, nous devons véritablement saluer l'effort de la Confédération et des cantons pour lier le niveau des primes à la situation économique des ménages, après la décision du Conseil des Etats ainsi qu'après les discussions que nous allons avoir tout à l'heure. En effet, l'essentiel ne réside pas dans cette proposition de minorité, mais il y aura aussi l'article 65 touchant les seuils de subventionnement, l'article 66 et l'arrêté 2 qui définit le montant des subsides fédéraux. Néanmoins, malgré cet effort, il reste toute une série de problèmes et ce n'est qu'une demi-mesure à laquelle nous procédons.
Il reste d'une part le problème des inégalités de traitement évidentes qui résultent de la pratique fédéraliste helvétique. Mme Meyer a cité une série d'exemples qui ne sont que des exemples moyens. Il faut multiplier cela par 26 cantons, par 90 caisses et par une, deux ou trois régions, et ça devient quelque chose d'extrêmement complexe.
D'autre part, du fait que nous n'avons pas de seuils sociaux définis, on génère toute une série d'inégalités. Enfin, il y a le problème des subventions montants qui ne sont pas utilisées et qui fait que nous sommes au-dessous des objectifs politiques assignés. Dans ce contexte, il y a toute une série de familles qui sont dans une situation difficile en raison, justement, du poids des primes d'assurance-maladie.
La proposition de minorité Goll a un axe important, c'est le recentrage de l'effort public sur une catégorie particulière de la population, les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans. En ciblant le financement des primes de cette catégorie de la population par la Confédération, on permet véritablement aux cantons, ensuite, d'orienter au mieux leur soutien aux personnes économiquement modestes. Nous y reviendrons tout à l'heure lorsqu'on parlera des seuils.
Dans les pratiques cantonales, il y a des inégalités crasses de traitement qui sont inacceptables. Je pense par exemple, uniquement pour la Suisse romande, entre un assuré valaisan ou un assuré genevois, neuchâtelois ou vaudois, eh bien la pratique du subventionnement de l'assuré économiquement modeste pénalise finalement celui qui a les primes les plus élevées, c'est notamment le cas des genevois, en fonction des critères qui sont retenus et sur lesquels je reviendrai tout à l'heure.
Par conséquent, la proposition de minorité à l'article 46a a le mérite de cibler l'effort de la Confédération et de permettre ensuite aux cantons d'atteindre effectivement les objectifs sociaux définis par l'assurance-maladie dans le cadre de la réduction des primes par la subvention; c'est la raison pour laquelle je vous demande de soutenir la minorité Goll.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir sprechen jetzt nur zur Minderheit Goll und zur Minderheit II (Meyer Thérèse).
Die Minderheit II (Meyer Thérèse) will die Krankenversicherung von einer Einzel- in eine Familienversicherung umwandeln. Das zweite Kind ist zu 50 Prozent prämienpflichtig, und für das dritte und die weiteren Kinder müssen keine Prämien bezahlt werden. Das Krankenversicherungsgesetz geht von der Einzelversicherung aus, sodass nicht alle Familienmitglieder verpflichtet werden, sich derselben Kasse anzuschliessen. Wir haben diese Frage bereits bei der letzten KVG-Revision diskutiert. Die Prämien können theoretisch für die Kinder bis zu einem Franken gesenkt werden, falls die Kassen dies aus Konkurrenzgründen wünschen.
Das Anliegen, das die Kommission in den Artikeln zur Prämienverbilligung aufgenommen hat, hat eine andere Zielrichtung. Es ermöglicht aber gerade Familien aus mittleren Einkommensschichten, sich wesentlich zu entlasten.
In Artikel 65 wurde dieses Modell von der Kommission geregelt, während beim Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse) irgendjemand die Kosten für die Kinder übernehmen muss. Das führt automatisch zu einer Erhöhung der Prämien für die restlichen Familienmitglieder.
Daher beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit – bei einem Verhältnis von 6 zu 5 Stimmen bei 7 Enthaltungen –, den Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse) und den Antrag der Minderheit Goll abzulehnen.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Excusez-moi, Madame Heberlein, mais je propose, par une modification des articles y relatifs, un financement qui soit englobé dans la réduction générale des primes.

**Le président** (Christen Yves, président): Die SVP- und die FDP-Fraktion unterstützen die Mehrheit. Die Abstimmung über den Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse) gilt auch für den Antrag Meyer Thérèse zu Artikel 65.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag
der Minderheit II (Meyer Thérèse) .... 83 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 52 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 86 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit Goll .... 65 Stimmen

**Art. 61a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Minderheit*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Maury Pasquier)
*Abs. 2*
.... zur Folge:
a. ist der Versicherer verpflichtet, umgehend eine Betreibung einzuleiten und durchzuführen;
b. sind die Kantone verpflichtet, bei Vorliegen eines Verlustscheins dem Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen zu vergüten. Die entsprechende Beträge können dem Prämienverbilligungsbudget entnommen werden.
c. Jegliche Einstellung der obligatorischen Sozialversicherungsdeckung ist verboten.
d. Es ist nicht zulässig, fällige und ausstehende Leistungen miteinander zu verrechnen.

**Art. 61a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Minorité*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Maury Pasquier)
*Al. 2*
.... aucun paiement:
a. l'assureur a l'obligation d'ouvrir une procédure de poursuite et de la mener à terme avec diligence;
b. les cantons, sur présentation d'un acte de défaut de biens, ont l'obligation de rembourser à l'assureur les primes et participations aux coûts impayées. Un prélèvement sur le budget consacré à la réduction des primes est possible.
c. Toute suspension de la couverture d'assurance sociale obligatoire est interdite.
d. Il n'est pas admis de pratiquer la compensation entre prestations dues et prestations échues.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Nous abordons un article qui me paraît extrêmement important. Au-delà d'une présentation qui revêt des allures de simplification administrative, on touche ici à plusieurs questions fondamentales au niveau des principes de la sécurité sociale. J'espère que nous pourrons trouver une solution plus satisfaisante que celle du Conseil des Etats.
En fait, en matière de contentieux – et les assureurs nous ont présenté l'évolution relativement importante du volume de contentieux –, la version du Conseil des Etats se rapporte à la démarche de réquisition et de continuation de la poursuite. A partir du moment où l'assureur aurait déposé une réquisition en continuation de la poursuite, il pourrait ensuite suspendre la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts soient échues.
Il se pose un problème fondamental. D'abord, le problème du positionnement des assureurs. D'un côté, depuis plusieurs heures, on nous parle de la concurrence, du rôle des assureurs, de principes économiques, et, à cet article, on voudrait privilégier les assureurs dans le domaine du contentieux. Je trouve qu'il y a une contradiction: pourquoi un traitement de faveur dans ce domaine pour les assureurs? et pourquoi ne devraient-ils pas fonctionner comme tous les autres agents économiques en matière de contentieux, c'est-à-dire ouvrir une procédure de poursuite et la mener à terme avec diligence, c'est ce qui est demandé aujourd'hui dans l'ordonnance? C'est le premier point de la proposition de minorité. Je crois que c'est fondamental: il n'y a pas de raison de traiter les assureurs de manière privilégiée dans ce domaine.
D'un autre côté, autre élément fondamental, c'est le principe du respect des droits fondamentaux. Nous avons introduit une assurance-maladie obligatoire et on voudrait, à partir du moment où l'assureur dépose une réquisition en continuation de la poursuite, suspendre des prestations. Or, le lien entre la suspension des prestations et l'obligation d'assurance qui est faite aux habitants de ce pays n'est pas clairement réglée malgré le fait, et j'y insiste, que l'on informe les autorités cantonales chargées de contrôler l'exécution de l'obligation d'assurance. Je crois qu'il y a là un deuxième problème, le risque qu'on ne peut pas prendre, à savoir de mettre en péril les droits fondamentaux et le principe de l'obligation d'assurance. Il y a là des dangers qu'il ne serait pas responsable d'encourir.
Par ailleurs, cette pratique génère un nouveau transfert de charges sur les cantons. Pour le seul canton de Vaud, cette nouvelle situation entraînerait pour l'administration cantonale la gestion de 70 000 dossiers de contentieux. C'est pratiquement impossible à réaliser. D'ailleurs, la LAMal n'a pas confié cette mission aux cantons. Les aspects de financement relèvent des assureurs. C'est aux assureurs, effectivement, d'assumer cette pratique et les conséquences qui en résultent. On ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. Voilà les éléments principaux de cette argumentation.
Enfin, la question fondamentale qu'on a déjà débattue, et je ne veux pas y revenir, c'est: pourquoi y a-t-il autant de contentieux? C'est bien évidemment partiellement en fonction de ce système antisocial des primes par tête qui génère, pour les plus faibles, des problèmes de capacité financière et qui rend impossible le paiement des primes. Par ailleurs, si on veut suspendre des prestations, on frappe une deuxième fois la population la plus faible qui est, par définition, et cela a aussi été démontré, la population dans la situation la plus précaire en termes d'état de santé.
Par conséquent, la proposition de minorité n'a rien de nouveau. C'est une proposition qui reprend tout simplement l'ordonnance actuelle et maintient le statu quo, qui évite de mettre en péril certains droits fondamentaux et de privilégier les assureurs qui nous font la leçon dans ce débat depuis plusieurs heures. Qu'ils assument aussi leurs responsabilités!

**Dormann** Rosmarie (C, LU): Bei dieser Diskussion zum Antrag der Minderheit Rossini geht es nicht um Leute mit kleinen Einkommen. Es geht um Leute, die nicht bereit sind, ihre Prämien für die Krankenversicherung zu bezahlen, obwohl sie dies könnten. Es gibt eine wachsende Anzahl von Leuten, die Mühe mit den Krankenkassenprämien haben, weil sie nicht einsehen, dass diese von Wichtigkeit sind. Es scheint mir bald wie in der Landwirtschaft zu sein, wo alle über die Situation schimpfen und jammern, obwohl nicht alle den gleichen Grund dazu haben.
Es geht um die Zahlungsmoral. Es ist nicht richtig, dass wir Leuten, die nicht bereit sind, ihre Prämien zu bezahlen, die Prämien dann aus der Kasse der Prämienverbilligung begleichen. Es ist viel eher an der Zeit, dass die Versicherer die kantonalen Stellen und die Sozialbehörden rascher über die säumigen Zahler informieren. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt nämlich, dass dann drei Viertel der ausstehenden Prämien eingebracht werden können. Es gibt in der Tat in unserem Land vermehrt Leute, die einen Druck brauchen, damit sie bezahlen, ähnlich wie dies bei der Verpflichtung für die Bezahlung der Alimente der Fall ist.
Ich bitte Sie deshalb, der Mehrheit der Kommission zuzustimmen.

**Goll** Christine (S, ZH): Ich halte es für eine etwas kühne Behauptung, es handle sich bei jenen Leuten, deren Prämien ausstehend sind, ausschliesslich um Leute, die ihre Prämien nicht bezahlen wollen, wie sie jetzt Frau Dormann hier vorne verkündet hat. Ich muss Ihnen einfach Folgendes sagen: Diese neue Bestimmung bzw. dieser Antrag, der ja schon vom Bundesrat in diese KVG-Revision eingebracht und

dann vom Ständerat übernommen worden ist, beinhaltet einen Angriff auf die sozialen Grundrechte. Konkret heisst das nämlich, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung infrage gestellt wird. Wenn wir heute Probleme mit ausstehenden Krankenkassenbeiträgen haben, zeigt dies vor allem eines: dass nämlich die Prämienbelastung für eine grosse Zahl von Haushalten heute ein unerträgliches Mass angenommen hat. In diesem Sinne besteht die Lösung für uns auch im Bereich der einkommensabhängigen Prämien, wie wir das vorhin diskutiert haben. Das Problem ist auch, dass es hier nicht nur um Haushalte mit kleinen Einkommen geht, sondern durchaus auch um Haushalte mit mittleren Einkommen, die in eine Verschuldungsspirale geraten können.
Sichtbar wird bei dieser Inkassoproblematik auch ein weiteres Problem, nämlich dass das System des «tiers garant» versagt hat und dass wir eigentlich besser zum System des «tiers payant» übergehen müssten, wie wir das übrigens in der ersten Teilrevision des KVG gefordert haben. Dadurch, dass nämlich die Versicherten die Arztrechnungen selber bezahlen und diese an die Krankenkasse schicken müssen, um die Rückerstattung zu erhalten, wird eigentlich gerade eine «Falle» aufgestellt, weil dann Leute, die finanziell in Schwierigkeiten sind, dieses Geld für den Lebensunterhalt statt für die Begleichung der Rechnungen brauchen.
Die Bestimmung des Bundesrates, die der Ständerat übernommen hat, ist keine Lösung, sondern schafft neue Probleme. Konkret heisst das nämlich, dass medizinische Leistungen abgebrochen werden können; in dieser Bestimmung wird formuliert, dass der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschiebt. Das bedeutet Folgendes: Wenn jemand in Behandlung ist, können die medizinische Versorgung und die medizinischen Leistungen abgebrochen werden. Wir wissen auch: Wer Schulden hat, ist nicht nur sozial und ökonomisch in einer prekären Lebenssituation, sondern diese Menschen haben sehr oft auch gesundheitliche Probleme. Faktisch bedeutet diese neue Bestimmung, dass für Leute, die Schulden haben, kein Zugang mehr zu den medizinischen Leistungen bestehen soll.
In der Praxis wird dieser bürokratische Vorschlag zwei Auswirkungen haben: Erstens wird es so sein, dass sich die Folgekosten um ein Vielfaches erhöhen werden, wenn Behandlungen abgebrochen werden. Zweitens – das ist das viel Fatalere an dieser neuen Bestimmung – werden durch den Abbruch dieser Leistungen vor allem die gesundheitlichen Probleme für die betroffenen Patientinnen und Patienten lebensbedrohlich.

**Le président** (Christen Yves, président): Die SVP- und die FDP-Fraktion unterstützen die Mehrheit.

**Ruey** Claude (L, VD): Je vais essayer d'être bref. J'ai entendu M. Rossini s'exprimer et plaider pour les petits et les gens qui sont dans des situations difficiles. Il a parfaitement raison. Mais il ne faut pas là encore peindre le diable sur la muraille pour la veuve et l'orphelin. Les gens qui ont de petits revenus ont des primes qui sont subventionnées. Ils ne peuvent pas se trouver dans la situation de ne pas payer leurs primes puisque ce sont la Confédération et le canton qui les leur payent.
Dans le canton de Vaud, la limite pour un individu célibataire est de 31 000 francs de revenu imposable, ce qui correspond probablement à 40 000 à 44 000 francs de revenu réel; pour un couple sans enfant, elle est à 46 000 francs de revenu imposable, ce qui revient à peu près à 60 000 à 65 000 francs de revenu réel. Tous les gens qui se trouvent au-dessous de ces limites sont subventionnés et ne se trouvent pas forcément dans la situation que l'on a indiquée.
En revanche, pour les autres, il y a quand même ce que l'on appelle le principe de la responsabilité. La responsabilité, ça signifie que si je ne m'acquitte pas de ce que je dois, il doit y avoir des conséquences. On nous dit, et vous avez pu le lire, que les assureurs ont toutes les peines du monde à faire rentrer des primes: peut-être parce qu'elles sont chères, mais peut-être aussi parce qu'on sait qu'il n'y a pas de conséquences en raison de l'irresponsabilité dont on peut faire preuve, parce qu'on sait qu'il n'y a pas de conséquences si l'on ne paie pas certaines factures pour pouvoir en payer d'autres ou peut-être pour effectuer des dépenses de confort ou de luxe qui ne pourraient pas être faites si les factures d'assurance étaient payées. Dès lors, on profite du système. C'est d'ailleurs assez humain. Que vous le vouliez ou non, la réalité humaine est ainsi faite que, s'il n'y a pas de sanctions, eh bien on finit par abuser de la situation.
Au final, les petits revenus ne sont pas pénalisés par les dispositions prévues. Donc, il ne faut pas peindre le diable sur la muraille et venir parler des droits de l'homme. Qui plus est, si l'on maintient ce système d'irresponsabilité, cela coûte puisque les assureurs doivent faire des relances, des poursuites, etc. Cela alourdit et renchérit l'ensemble des coûts de la santé au détriment de l'ensemble des gens qui sont disciplinés.

**Zisyadis** Josef (–, VD): Je suis vraiment choqué des propos qui sont tenus ici. Les propos que tiennent un certain nombre de représentants de la droite sont quand même curieux. Ils ne cessent d'exiger en permanence que les entreprises soient entreprenantes. Ces représentants viennent les défendre pour faire en sorte que des démarches qui doivent être effectuées ne soient pas poursuivies. Lorsqu'on fait une poursuite, on va jusqu'au bout et on demande des actes de défaut de biens. Au fond, ce que demandent les personnes qui ont adopté la version du Conseil des Etats, c'est simplement de faire en sorte que les entreprises qui doivent faire l'effort de poursuivre les démarches n'aillent pas jusqu'au bout de celles-ci.
Je m'inscris en faux contre toutes les déclarations qui ont été faites, car je constate que ce sont les personnes les plus démunies qui seront touchées par l'application de cet article. Encore une fois, ce sont elles qui vont subir les suspensions de couverture d'assurance.
Je constate que ce n'est pas de la mauvaise volonté. Aujourd'hui, des personnes, dans notre pays, vivent durement. Elles n'arrivent pas à payer leurs primes d'assurance-maladie. Ces gens-là, vous voulez les pénaliser encore plus. C'est cela qui est fondamentalement inacceptable. Un tout petit exemple, simple: dans le canton de Vaud, chaque année, lorsqu'il y a des relances d'information concernant les subventions pour les primes d'assurance-maladie, il y a chaque fois 25 000 ou 30 000 personnes qui découvrent qu'elles ont droit aux subventions. Cela signifie qu'à un certain moment, ces gens qui sont aux poursuites ne savent pas quels sont leurs droits.
Il faut donc, à l'article 61a, rejeter la version du Conseil des Etats qui est véritablement scélérate.

**Ruey** Claude (L, VD): J'interviens simplement pour rappeler à M. Zisyadis – qui, si je ne m'abuse, s'y connaît en endettement! – qu'un entrepreneur, face à des clients qui ne le paient pas, est encore en droit de ne plus les livrer. C'est de ça qu'il s'agit. Il ne s'agit pas de venir en aide à des entrepreneurs, il s'agit simplement de permettre que le droit commun et général s'applique à des gens que l'on ne paie plus. Ils n'ont pas à assurer des prestations quand on ne les paie plus, surtout si c'est parce qu'on est indiscipliné. *(Remarque intermédiaire Zisyadis: C'est faux!)*

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Ich möchte einen Versuch starten, die Beratung dieser KVG-Revision doch noch in dieser Session abzuschliessen.
Die Kommission hat mit 14 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung jenem Antrag zugestimmt, der als Antrag der Mehrheit vorliegt. Nach Aussage der Krankenkassen sind es in keiner Art und Weise die Personen in finanziell prekären Verhältnissen, welche die Prämien nicht bezahlen. Ursachen dieser Verzögerungen sind weitgehend Nachlässigkeit und allenfalls vorübergehende finanzielle Schwierigkeiten. Ich denke, dies müssen wir zur Kenntnis nehmen, ebenso wie die Tat-

sache, dass man die Prämien um rund 2 Prozent senken könnte, wenn alle Zahlungen rechtzeitig eintreffen würden.

**Cavalli** Franco (S, TI): Verschiedene Hausärzte haben mich in den letzten Tagen angerufen und mich gebeten, gegen diese Bestimmung anzutreten. Wir müssen uns darüber im Klaren sein, was das heisst. Wir wollen die Übernahme der Kosten und die Leistungen aufschieben. Hausärzte, die mit sozial Marginalisierten, die chronisch krank sind, zu tun haben – sie haben mir das ausdrücklich gesagt –, haben nun Angst, dass einige dieser sozial marginalisierten Personen sich dann nicht mehr behandeln lassen würden. Wenn wir diese Bestimmung annehmen, nehmen wir mindestens die Gefahr von Todesfällen in Kauf. Man kann das beschliessen, aber man muss das wissen: Man nimmt die Gefahr von Todesfällen in Kauf.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 77 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 60 Stimmen

**Art. 62**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Abs. 2*
Unverändert
*Abs. 3*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Minderheit*
(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Gutzwiller, Hassler, Heberlein, Triponez)
*Abs. 2*
....
a. .... zu beteiligen (Versicherung mit wählbaren Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene mindestens 600 Franken und maximal 4000 Franken, für Kinder mindestens 200 Franken und maximal 1500 Franken;
....

*Antrag Weyeneth*
(zum Antrag der Minderheit Stahl)
*Abs. 2*
....
a. .... Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene mindestens 600 Franken und maximal 4000 Franken. (Rest streichen)

**Art. 62**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Al. 2*
Inchangé
*Al. 3*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Minorité*
(Stahl, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Gutzwiller, Hassler, Heberlein, Triponez)
*Al. 2*
....
a. .... réduction de prime (assurance avec franchises à option). Les franchises à option varient de 600 francs minimum à 4000 francs maximum, pour un adulte, et de 200 francs minimum à 1500 francs maximum pour un enfant;
....

*Proposition Weyeneth*
(selon la proposition de la minorité Stahl)
*Al. 2*
....
a. .... Les franchises à option varient de 600 francs minimum à 4000 francs maximum pour un adulte. (Biffer le reste)

**Art. 64**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Abs. 2*
....
a. einem festen Jahresbeitrag von mindestens 400 Franken (Franchise) und ....
....
*Abs. 3*
Unverändert

*Minderheit*
(Robbiani, Baumann Stephanie, Dormann Rosmarie, Hollenstein, Meyer Thérèse, Rechsteiner-Basel)
*Abs. 2*
....
a. Unverändert
....

*Minderheit*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 3*
Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Sie wird in ihrer Höhe einkommensabhängig ausgestaltet, und zwar in einer Bandbreite von null bis maximal 4000 Franken bei hohem Einkommen. Die Einkommensabstufung gilt auch als Basis für die wählbare Franchise im Rahmen besonderer Versicherungsformen (Art. 62 Abs. 2 Bst. a).

*Antrag Sommaruga*
*Abs. 2*
Diese Kostenbeteiligung besteht aus:
a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Leistungen, die im Rahmen einer besonderen Versicherungsform gemäss Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f bezogen werden sowie für sämtliche Leistungen, sofern der Versicherte an einem Ort wohnt, an welchem diese Versicherungsform nicht angeboten werden muss;
c. 30 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), sofern die Leistungen nicht im Rahmen einer besonderen Versicherungsform gemäss Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f bezogen werden.
*Abs. 3*
.... jährlichen Höchstbetrag fest. Für Leistungen, die nicht im Rahmen einer besonderen Versicherungsform gemäss Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f erbracht werden, ist der Höchstbetrag wesentlich höher. Er beträgt mindestens das Doppelte.

**Art. 64**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Al. 2*
....
a. une contribution annuelle fixe d'au moins 400 francs et ....
....
*Al. 3*
Inchangé

*Minorité*
(Robbiani, Baumann Stephanie, Dormann Rosmarie, Hollenstein, Meyer Thérèse, Rechsteiner-Basel)
*Al. 2*
....
a. Inchangé
....

*Minorité*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 3*
Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise. Ce montant est fonction du revenu et est compris entre zéro et

4000 francs au maximum pour les revenus élevés. L'échelonnement en fonction du salaire vaut également pour la franchise proposée dans le cadre de formes d'assurance particulières (art. 62 al. 2 let. a).

*Proposition Sommaruga*
*Al. 2*
Leur participation comprend:
a. un montant fixe par année (franchise); et
b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) pour les prestations perçues dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 13 alinéa 2 lettre f, et, pour autant que l'assuré réside dans un lieu où cette forme d'assurance n'est pas proposée, pour l'ensemble des prestations;
c. 30 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part), pour autant que les prestations ne soient pas perçues dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 13 alinéa 2 lettre f.
*Al. 3*
.... montant maximal annuel de la quote-part. En ce qui concerne les prestations qui ne sont pas fournies dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 13 alinéa 2 lettre f, le montant maximal est fixé au moins au double dudit montant.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Der Minderheitsantrag zu Artikel 62 entspricht einem grossen Bedürfnis der Bevölkerung. Mit 10 zu 13 Stimmen ist der entsprechende Antrag in der Kommission knapp gescheitert; er verdient es, hier von Ihnen noch einmal einer gründlichen Prüfung unterzogen zu werden, denn verschiedene Studien zeigen auf, dass die frei wählbaren Franchisen einen wesentlichen Beitrag zur Kostenstabilisierung leisten können.
Die im KVG zaghaft vorgesehene und in der Verordnung noch zaghafter umgesetzte Lösung ist ein richtiger Anfang. Mit dem Minderheitsantrag gehen Sie auf diesem Weg einen entscheidenden und wichtigen Schritt weiter. Wenn Sie diesen Schritt machen, dann ermöglichen und fördern Sie eine erhöhte Eigenverantwortung der einzelnen Versicherten in der Schweiz. Eigenverantwortung ist ja gut – vor allem in einem freiheitlichen Staat ist sie das tragende Grundgerüst –, und wir müssen die Eigenverantwortung auch in diesem System zulassen. Doch es ist eine Tatsache, dass Sparen im Schweizer Gesundheitssystem nicht vorgesehen ist, und zwar auf allen Stufen: falsche, verfehlte finanzielle Anreize, keine klare Trennung von Leistungserbringern und Kostenträgern, quantitative Faktoren bei der Tarifierung usw. Das alles sind Auswüchse dieses interventionistischen Systems, welches durch das staatlich verordnete Überobligatorium in der Grundversicherung wenig Eigenverantwortung zulässt.
Eines der wenigen Elemente in dieser Krankenversicherungsgesetzgebung, in der die Eigenverantwortung gefördert würde, können Sie jetzt stärken, indem Sie die Bandbreite der frei wählbaren Franchisen ausdehnen und so die Wahlfreiheit jedes Einzelnen im System erhöhen. Mit der Annahme des Minderheitsantrages ermöglichen Sie es jedem Versicherten – auf freiwilliger Basis versteht sich –, einen wesentlichen Beitrag an die Kostenstabilisierung zu leisten. Ich sehe nicht ein, warum die Mehrheit diesen Beitrag verwehren will.
Darum bitte ich Sie, das System der frei wählbaren Franchisen jetzt im Gesetz grosszügig und zukunftsweisend zu verankern.
Noch eine Bemerkung zum Einbezug des Franchisensystems bei den Kindern: Für mich persönlich ist es in der Konsequenz durchaus der richtige Weg. Ich könnte mich aber auch mit dem Antrag Weyeneth anfreunden.

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Stahl, ich mache für Sie eine Berechnung: Wir haben mindestens 50 Prozent Versicherte, die nur die fixe Franchise haben – mindestens! Es sind also mehr als 3 Millionen Versicherte; ich will aber zu Ihren Gunsten rechnen und gehe für die Berechnung von 3 Millionen aus. Mindestens zwei Drittel der Versicherten – aufgrund von dem, was wir wissen – gehen jedes Jahr zum Arzt. Das heisst also: 170 Franken pro Jahr mal 2 Millionen. Mit Ihrem Vorschlag nehmen Sie jetzt nicht nur Familien mit mittleren Einkommen, sondern auch Leuten mit tiefem Einkommen mindestens 340 Millionen Franken aus der Tasche. Sind Sie mit dieser Rechnung einverstanden?

**Stahl** Jürg (V, ZH): Wir haben jetzt noch nicht über den Antrag der Mehrheit zu Artikel 64 gesprochen; dazu wird sich die Fraktion noch äussern. Ich kann Ihnen nur sagen, dass im Jahr 2001 jeder einzelne Schweizer im Durchschnitt 6300 Franken für die Gesundheit ausgegeben hat. 10 Prozent Kostensteigerung bei der Prämienentwicklung haben Sie mit der Politik der SP mitzuverantworten. Wenn Sie diese 600 Franken den 170 Franken gegenüberstellen, ist das ein Pappenstiel. *(Zwischenruf Cavalli: Sie haben nicht geantwortet!)*

**Robbiani** Meinrado (C, TI): Le système de la franchise se trouve au centre d'un double champ de considérations. Il y a, d'un côté, les considérations concernant la responsabilité des assurés visant à éviter qu'ils ne soient incités à utiliser le système de manière excessive. Il y a, de l'autre, les considérations qui touchent aux exigences de garantir un accès aux soins égal pour tous, indépendamment du revenu.
Toute modification de la franchise doit donc tenir compte de cet équilibre assez précaire et délicat qu'il faut évidemment éviter de compromettre. La proposition de faire passer la franchise du montant actuel à 400 francs me paraît, de ce point de vue, insuffisamment soucieuse de cet équilibre. J'invite donc à s'en tenir à la norme actuelle, et cela pour différentes raisons.
Première considération: je ne constate qu'il n'y a aucun motif convaincant qui plaide en faveur de l'inscription dans la loi du montant de la franchise. La solution actuelle, qui attribue au Conseil fédéral la compétence et la tâche de définir ce montant, me paraît bien plus adéquate.
Deuxième considération: la proposition de presque doubler la franchise est excessive. La porter d'un seul coup à 400 francs risque de pénaliser des groupes déjà défavorisés. Je pense en particulier aux malades chroniques, aux personnes âgées, et même aux ménages.
Troisième considération: chacun, déjà aujourd'hui, a la possibilité de modifier ses primes en assumant un risque plus élevé d'avoir à payer les frais médicaux soi-même. On peut choisir une franchise à option. Je rappelle que cette solution est déjà utilisée par à peu près 40 pour cent des assurés.
Quatrième considération: la solution actuelle jouit, auprès de la population, d'un bon niveau d'acceptation qu'il serait maladroit de compromettre. On a trouvé un équilibre supportable, qui est satisfaisant, qui est compris et accepté.
Cinquième considération: une telle modification risque au contraire de conduire les assurés à se sentir doublement frappés, d'un côté par la hausse des primes et de l'autre, par l'augmentation de la franchise, ce qui pourrait restreindre l'adhésion au système.
Sixième considération: les assurés participent directement à la couverture des coûts de la santé à un niveau déjà significatif. Il y a un rapport de 1 à 6 aujourd'hui entre les frais que les assurés paient eux-mêmes et les frais couverts par les assureurs. Il s'agit d'ailleurs, comme le rappelait Mme Dreifuss, conseillère fédérale, d'une proportion des plus élevées au niveau européen.
Septième et dernière considération: avant de fixer le montant à 400 francs, on n'a pas assez approfondi la question. On doit par contre relever que le département a reçu du Conseil fédéral le mandat d'approfondir toute la question de la relation entre la participation directe des assurés aux coûts et leur revenu. Il paraît donc souhaitable d'attendre le résultat de cet examen.
C'est pourquoi je vous invite à soutenir la proposition de minorité à l'article 64 alinéa 2, c'est-à-dire à maintenir le droit en vigueur.

Il est évident que, au cas où le Conseil devrait adopter une franchise en relation avec le revenu, ce qui figure à l'article 64 alinéa 3, tel que proposé par la minorité Gross Jost, c'est ce choix qui s'imposerait. Si cela ne devait pas être le cas, je souhaite qu'on renonce à introduire un montant fixe de franchise dans la loi et surtout à en augmenter sensiblement le montant.

**Gross** Jost (S, TG): Es gibt auch ehrenvolle Niederlagen im Leben eines Parlamentariers. Sie haben soeben den Systemwechsel zur einkommensabhängigen Prämie abgelehnt. Sie schaffen damit klare Verhältnisse für die Volksabstimmung vom 18. Mai 2003.
Man bekommt aber im Leben ja meistens zwei Chancen. Sie haben die einkommensabhängige Prämie abgelehnt. Vielleicht haben Sie mehr soziale Sensibilität für eine einkommensabhängige Gestaltung der Franchise. Sie haben nämlich eine entsprechende Motion von Kollege Cavalli (97.3286) vor einiger Zeit oppositionslos und mit Zustimmung des Bundesrates als Postulat überwiesen. Parteien, auch bürgerliche Parteien wie beispielsweise die FDP, haben signalisiert, dass sie einem solchen Systemwechsel grundsätzlich mit Sympathie gegenüberstehen. Der Bundesrat bzw. das entsprechende Departement hat mit den Vorarbeiten für einen solchen Systemwechsel bereits begonnen.
Was macht nun heute die FDP, insbesondere einer ihrer massgebenden Vertreter in der Kommission? Kollege Gutzwiller, Sie treten nicht für eine sozialverträglichere Bemessung der Franchise ein, sondern für eine Erhöhung des Selbstbehaltes. Sie vertreten, zusammen mit einer bürgerlichen Mehrheit in der Kommission, eine massive Erhöhung der gesetzlichen Mindestfranchise von 230 auf 400 Franken.
Herr Stahl, Sie haben die Frage nach den finanziellen Auswirkungen zulasten der Patienten überhaupt nicht beantwortet. Sie müssen davon ausgehen – weil Sie die Frage nicht beantworten können –, dass wir kommunizieren werden, dass pro Jahr Mehrkosten bzw. Mehrbelastungen von rund 350 Millionen Franken für die Patienten entstehen.
Es gibt schon heute zahlreiche Personen in der Grenzzone der neuen Armut, die sich selbst bei einer ernsthaften Krankheit überlegen, ob sie noch einen Arzt in Anspruch nehmen wollen oder sich einen Spitalaufenthalt leisten können, weil sie vor allem den Selbstbehalt nicht mehr tragen können. Die Belastung des Patienten in unserem System ist ohnehin schon gewaltig. Zusammen mit den Kopfprämien, den Franchisen und dem Selbstbehalt sind das rund zwei Drittel der effektiven Kosten.
Ich muss hier an die Adresse von Herrn Ruey sagen: Es kommt natürlich auf die effektive Kostenträgerschaft an. Die Kassen sind ja nur Durchgangsstationen für die Kopfprämien. Wenn Sie den Anteil des Gemeinwesens noch betrachten, dann ist es klar so, dass dieser Anteil rückläufig ist und unter 30 Prozent liegt.
Es ist auch empirisch erwiesen – Herr Robbiani hat völlig zu Recht darauf hingewiesen –, dass nichts dafür spricht, dass höhere Franchisen und ein erhöhter Selbstbehalt das Verhalten der Patienten tatsächlich beeinflussen. Sie beeinflussen es umso weniger, wenn es bei den Betroffenen um echte Kranke, vor allem um Chronischkranke, geht. Diese treffen Sie mit einer solchen Erhöhung!
Ich bitte Sie deshalb, hier ein politisches Signal zu setzen und einer sozialen Abstufung der Franchise zuzustimmen. Unser Minderheitsantrag ist wiederum sehr moderat. Wir wollen nämlich die effektive Abstufung in einer Bandbreite zwischen null und 4000 Franken in das Ermessen des Bundesrates stellen, d. h., wir wollen sie der Verordnungskompetenz des Bundesrates überlassen.
Noch ein Wort zum Antrag Sommaruga, der mit einem erhöhten Selbstbehalt Anreize für den Eintritt in die Ärztenetze schaffen möchte: Unsere Fraktion stimmt zwar Ärztenetzen zu, aber nicht mit Anreizen zulasten der Patienten. Wir setzen auf ein angebotssteuerndes System der Budgetverantwortung als Zugangsbarriere zur Grundversicherung. Ein massiv erhöhter Selbstbehalt – in welchem Zusammenhang auch immer – wäre aus unserer Sicht ein völlig falsches politisches Signal, vor allem im Zusammenhang mit dieser völlig unverständlichen, unsozialen Erhöhung der Mindestfranchise von 230 auf 400 Franken, wie sie die Mehrheit beantragt.

**Ruey** Claude (L, VD): Monsieur Gross Jost, vous proposez une franchise à option sociale. A vrai dire, le groupe libéral a pris position en disant que c'était probablement une solution envisageable et possible, même si elle pose des problèmes techniques aux caisses-maladie. Ce qui m'étonne dans votre proposition, c'est que la franchise part à zéro franc et peut se monter jusqu'à 4000 francs. J'ai de la peine à admettre vos arguments. On sait que la franchise a quand même, malgré ce que vous avez dit, un effet dissuasif et un effet économique évident. Pourquoi avez-vous commencé à zéro franc? Et seriez-vous prêt à accepter, puisque vous venez de dire que le Conseil fédéral fixerait les limites, que la franchise commence au minimum au montant actuel dans le cadre de la décision prise par le Conseil fédéral?

**Gross** Jost (S, TG): Herr Ruey, wir stellen das System der wählbaren Franchise selbstverständlich nicht infrage. Wir sind auch der Meinung, dass bei einer einkommensabhängigen Franchise ein zusätzliches System der wählbaren Franchise möglich ist. Warum fangen wir in der Bandbreite bei null Franken an? Wir sind tatsächlich der Auffassung, dass es betroffene Kranke gibt – Chronischkranke vor allem –, bei denen es unsozial wäre, überhaupt eine Franchise zu verlangen, weil der Selbstbehalt keinerlei Auswirkungen, keinerlei verhaltenssteuernde Wirkung, hat. Im Übrigen treten wir für die jetzige gesetzliche Regelung bzw. die entsprechende Festsetzung der gesetzlichen Mindestfranchise von 230 Franken in der Verordnung ein. Die Kompetenz liegt ja beim Bundesrat. Wir sind nicht glücklich über diesen Ansatz, aber wir werden ihn mit aller Entschlossenheit gegen jede Versuche verteidigen, ihn zu erhöhen.

**Weyeneth** Hermann (V, BE): Gestatten Sie, dass ich meine Verbindungen offen lege: Ich bin Vater von vier Kindern. Drei davon sind erwachsen und bezahlen ihre Versicherung selber. Ich bin grundsätzlich nicht dagegen, dass man den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit gibt auszuwählen, welche Risiken sie grundsätzlich versichern wollen. Ich bin auch der Auffassung, es sollte nicht verboten sein, nach einer einzelnen Arztkonsultation die Rechnung von 60 oder 80 Franken ohne Belastung des Verwaltungsapparates einer Krankenkasse zu bezahlen, denn der Verwaltungsapparat verursacht Kosten in etwa der gleichen Höhe. Aus diesen Überlegungen heraus habe ich grundsätzlich nichts dagegen, dass man bis auf 4000 Franken geht.
Aber nachdem wir jetzt bei Kindern und Erwachsenen eine unterschiedliche Prämiengestaltung haben, nachdem wir die Subventionierung der Krankenkassenprämien in erheblichem Ausmass eingeführt haben und wir heute Vormittag auch noch den Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse) zu Artikel 61 Absatz 3bis angenommen haben, wonach das zweite Kind zu 50 Prozent und alle weiteren Kinder gratis zu versichern seien, halte ich die Festlegung eines Franchisevertrages für Kinder für absolut absurd. Kranke Kleinkinder gehören zum Arzt. Sie sollen nicht wegen der Franchise zuhause bleiben und nicht zum Arzt gehen.
Ich bitte Sie also, den Antrag der Minderheit Stahl abzulehnen und dafür meinem Antrag zuzustimmen.

**Sommaruga** Simonetta (S, BE): Mein Antrag bezieht sich auf Artikel 64 Absätze 2 und 3. Er ist aber keine Alternative zu den Anträgen der Minderheiten Robbiani und Gross Jost, die ich beide sehr unterstütze und Ihnen auch zur Annahme empfehle.
Wir haben im Rahmen dieser KVG-Revision viel über die Vorteile einer vernetzten und koordinierten medizinischen Behandlung gesprochen. Deshalb haben wir die Krankenversicherer gestern im Rahmen von Artikel 13 mit grosser

Mehrheit dazu verpflichtet, besondere Versicherungsformen anzubieten, nämlich Hausarztmodelle oder Ärztenetze mit Budgetverantwortung.
Mit meinem Antrag, den ich übrigens wie jenen zu Artikel 13 zusammen mit Kollege Gutzwiller eingereicht habe, soll jetzt erreicht werden, dass dieser koordinierten medizinischen Behandlung auch tatsächlich zum Durchbruch verholfen wird. Die koordinierte medizinische Behandlung hat nämlich nicht nur das Ziel, unnötige Leistungen zu verhindern sowie die Absprache und die Kontrolle zwischen den Leistungserbringenden zu verbessern, sondern sie hat auch und vor allem für die Versicherten und die Patientinnen und Patienten den Vorteil, dass ihre gesamte Behandlung von einer Vertrauensperson koordiniert und begleitet wird. Behandlungssteuerungsmassnahmen, aber auch Qualitätskontrolle und Budgetverantwortung sollen die Leistungserbringenden mit den Krankenversicherern aushandeln müssen, denn für diese alternativen Versicherungsmodelle besteht kein Vertragszwang.
Für Versicherte, die sich für eine koordinierte und vernetzte Medizin entscheiden, die ihre Behandlung also zusammen mit ihrem Vertrauensarzt planen und durchführen, gibt es gegenüber heute keine Änderung. Sie behalten wie bisher einen Selbstbehalt von 10 Prozent mit einer Höchstgrenze von 600 Franken. Wollen die Versicherten aber Leistungen beziehen, ohne sich mit ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin abzusprechen, bezahlen sie einen höheren Selbstbehalt, nach meiner Vorstellung 30 Prozent. Für die Patientinnen und Patienten bleibt damit die freie Arztwahl, die für viele Versicherte zumindest psychologisch sehr wichtig ist, erhalten.
Nun stellt sich die Frage, ob dieses Modell ungerecht oder sogar unsozial ist, weil es jene Patienten «bestraft», die ohne Absprache mehrere Ärzte parallel und gleichzeitig aufsuchen. Ich meine, das Gegenteil ist der Fall. Unsozial ist, wenn heute alle Versicherten für unnötige und doppelt erbrachte Leistungen in einem System zur Kasse gebeten werden, das zu wenige Anreize für Leistungserbringende bietet, sich abzusprechen und auf unnötige Leistungen zu verzichten.
Die Beweise, dass diese alternativen Versicherungsformen nicht nur gut funktionieren, sondern auch in Bezug auf die Kosten und die Mengensteuerung etwas bringen, liegen heute vor. Es gibt verschiedene und gut funktionierende Modelle, und zwar in den Städten und in den Randregionen; deshalb wird mein Antrag auch von sehr vielen Hausärzten mitgetragen. Diese schon heute funktionierenden Modelle zeigen aber auch sehr deutlich auf, dass die Versicherten sich in solchen Modellen wohl fühlen und gut aufgehoben sind, denn sie werden zum Beispiel auch während des Spitalaufenthaltes von ihrer Vertrauensärztin oder ihrem Vertrauensarzt begleitet, und gleichzeitig sind durch diese Begleitung die grössten Kosteneinsparungen möglich.
Qualitätsverbesserung durch Koordination und Vernetzung und die Vermeidung von unnötigen und überflüssigen Leistungen: diese Ziele müssen wir unbedingt weiterverfolgen. Ein gutes Modell hat Ihnen gestern unsere Fraktion vorgeschlagen, es wurde von der Mehrheit des Rates aber abgelehnt. Das Resultat darf jetzt nicht sein, dass wir auf dem Weg zu diesem Ziel gar nichts mehr tun.
Ich bitte Sie deshalb, meinem Antrag zuzustimmen, damit wir in dieser entscheidenden Frage einen Schritt weiterkommen.

**Zäch** Guido (C, AG): Die CVP-Fraktion wird grösstenteils die Mehrheit unterstützen und weder den Begehren von rechts nach einer massiven Erhöhung der Franchisen noch der Forderung von links nach sofortiger Einführung einkommensabhängiger Franchisen nachgeben. Das ist kein Zeichen von Unentschlossenheit, sondern Sachpolitik, deren Blick sich auf konkrete Lösungen statt nach Ideologien richtet. Während für die einen eine Lösung nur dann gut ist, wenn sie einkommensabhängig ausgestaltet ist, und für die anderen nur eine grosse und willkürliche Erhöhung der Franchisen infrage kommt, wollen wir sachliche Entscheide. Wir haben von Anfang an klare Grundlagen und Untersuchungen gefordert, die uns über die Auswirkungen eines Systemwechsels bei den Franchisen Zahlen und Fakten liefern. Diese Entscheidungsgrundlagen sind zurzeit nicht vorhanden.
Bei dieser KVG-Revision geht es längst nicht mehr nur um die Revision der Spitalfinanzierung, sondern um die Korrektur von falschen Anreizen und das Setzen von richtigen Anreizen bei allen Beteiligten, seien es stationäre oder ambulante Leistungserbringer, Kassen und, wie in diesem Fall, Patientinnen und Patienten. Eine Mehrheit der CVP-Fraktion wird deshalb bei Artikel 64 Absatz 2 einer Erhöhung der minimalen Franchise auf 400 Franken zustimmen, um auch bei den Leistungsbezügern einen Anreiz zu setzen.
In der Kommission haben auch die Verantwortlichen des BSV gesagt, dass eine Anpassung der unteren Stufe der Franchise nötig sei. Die Erhöhung auf 400 Franken bringt gemäss BSV eine tiefere Prämie; bei den Erwachsenen beträgt die Verminderung 4 Prozent, bei den Kindern sogar 17,5 Prozent. Wir sind bereit, einkommensabhängige Franchisen zu diskutieren, wenn wir wissen, was sie dannzumal bewirken. Das BSV hat im erwähnten Bericht schwerwiegende Probleme bei der Umsetzung aufgezeigt, die wir nicht einfach übersehen dürfen.
Zusätzlich will die CVP-Fraktion die Vorlage mit einer deutlichen Entlastung der Familien noch stärker zu einer KVG-Revision für jene machen, die es am nötigsten haben.
Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen und die Anträge der Minderheiten abzulehnen.

**Rechsteiner** Rudolf (S, BS): In den Artikeln 62 und 64 geht es um die Franchisen. Franchisen verfolgen den Zweck, die Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zur Zurückhaltung anzuhalten. Diese Zurückhaltung ist aber nur wirksam zu erreichen, wenn die Kostenbeteiligung nach Einkommen abgestuft wird. Ich möchte Sie daran erinnern, dass dieser Rat erst vor kurzem ein Postulat Cavalli überwiesen hat, welches einkommensabhängige Franchisen vorsieht. Auch der Bundesrat hat dieses Postulat begrüsst.
Jetzt, wo es darauf ankommt, dass man diese Reform umsetzt, wird einfach die pauschale, einkommensunabhängige Franchise – und zwar auf 400 Franken – nahezu verdoppelt. Wir lehnen dies ab und möchten dem Antrag der Minderheit Robbiani zustimmen.
Wir bitten Sie, auf das Modell der einkommensabhängigen Franchise gemäss Minderheit Gross Jost umzuschwenken, denn nur dieses ist wirklich in der Lage, auch für mittlere und hohe Einkommen Anreize zu schaffen. Sehen Sie, für einen Millionär ist eine Franchise von 400 Franken ein Trinkgeld. Damit wecken Sie keine Zurückhaltung. Dagegen sind 400 Franken für eine Person mit kleinem Einkommen, beispielsweise eine Verkäuferin oder eine Rentnerin, ein bedeutender Betrag, eine eindeutige Mehrbelastung.
Ich bin von dieser KVG-Revision ziemlich enttäuscht, denn die Quintessenz in finanzieller Hinsicht ist die: Man gibt den Privatspitälern Subventionen und holt jetzt das Geld über die Franchise von Leuten mit kleinen Einkommen. Das trifft natürlich vor allem die Familien und besonders die Kranken. Franchisen sind eigentlich Kopfsteuern für die Kranken, Kopfprämien sind Kopfsteuern für das ganze Volk. In der Schweiz – das ist bemerkenswert – können Sie gegen jede Steuer das Referendum ergreifen, aber nicht gegen die Kopfsteuern der Krankenversicherung; dagegen gibt es offenbar keine Handhabe. Deshalb ist dieses ganze Paket der KVG-Revision nicht ausgewogen.
Zur Wahl der Franchise: Die Minderheit Stahl stellt einen sehr extremen Antrag mit bis zu 4000 Franken Wahlfranchise. Ich denke, wir sollten uns in Erinnerung rufen, dass der Zweck einer Krankenversicherung darin besteht, dass sich Gesunde und Kranke das Kostenrisiko teilen. Wenn die Gesunden jetzt eingeladen werden, sehr hohe Franchisen zu wählen, dann muss die finanzielle Bürde für die Kranken

immer mehr über Hochkostenpools und andere Ausgleichsmassnahmen wieder ausgeglichen werden. Das System der Versicherung wird so zu einem guten Stück ad absurdum geführt.
Vor allem besteht hier auch ein Denkfehler. Man hat bei Artikel 35 darauf verzichtet, die Ärzte in diese Revision einzubinden und das Angebot mit der Lockerung des Kontrahierungszwanges zurückzunehmen. Die wichtigen Reformen wurden versäumt. Dafür tut man jetzt bei der Franchise so, als wäre der Patient der Motor dieser Kostensteigerung. Ich bin überhaupt nicht dieser Ansicht. Es sind die Ärzte, die im Wesentlichen mit den Diagnosen den Konsum bestimmen. Sie – und nicht die Patienten – lösen die Operationen aus und bestimmen die Nachfrage. Die einzige Folge von hohen Franchisen wird sein, dass sich Personen mit niedrigem Einkommen unter Umständen zu spät zum Arzt begeben und sich zu spät behandeln lassen. Dies könnte unter Umständen gerade zum Gegenteil dessen führen, was wir eigentlich wollen, nämlich dass Behandlungen erst in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium aufgenommen werden und zu teuren Folgekosten führen.
Bleiben Sie deshalb bei der alten Franchise. Die Mehrbelastung ist unsozial; sie bewirkt nichts Vernünftiges und belastet in erster Linie die kleinen Einkommen. Dem können wir so nicht zustimmen.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Nachdem die Linke geschlossen die Lockerung des Vertragszwanges verhindert hat, hat es mich natürlich enorm gefreut, dass Kollege Rechsteiner-Basel hier nun sagt, dass dies für die Anreizrevolution, die wir hätten durchführen wollen, eigentlich ein wichtiger Schritt gewesen wäre. Ich bin froh über diese klare Aussage. Sie gibt mir nämlich auch die Möglichkeit, vorab nochmals in Erinnerung zu rufen, weshalb wir überhaupt über eine Erhöhung der Franchise reden. Wir hätten nämlich eine Reform der Anreize durchführen wollen, und zwar eine Reform der Anreize für alle Beteiligten, selbstverständlich nicht nur für die Versicherten. Wir hätten eine Anreizreform durchführen wollen, in die die Spitäler, die Ärzteschaft – aus genau den Gründen, die Herr Rechsteiner-Basel erwähnt hat – und eben auch die Versicherten eingebunden gewesen wären. Wenn wir dieses System in den Griff bekommen wollen – so lautete die Ausgangshypothese –, dann brauchen wir eine Änderung der Anreize für alle Beteiligten.
Wir sind jetzt bei der Frage, welche Anreize wir beim Versicherten schaffen können. Diese Frage kann man nicht ohne den Gesamtkontext der Reform beantworten, die wir eigentlich hätten durchführen wollen.
Was wollen wir hier, wo es um die Versicherten geht?
1. Wir wollen die Erhöhung der wählbaren Franchisen. Ich muss das nicht weiter kommentieren, das wurde schon getan. Wir unterstützen also den Antrag der Minderheit Stahl, allenfalls den Antrag Weyeneth.
2. Wir möchten auch einen massvollen Akzent beim Versicherten selber setzen, und zwar über die Erhöhung der Franchise auf 400 Franken. Das ist eine massvolle Erhöhung.
3. Wir möchten zurzeit keine einkommensabhängigen Franchisen. Kollege Gross Jost, Sie sind vorhin sehr persönlich geworden. Ich muss Ihnen einfach sagen: Wir haben – wie Herr Kollege Zäch das vorhin erwähnt hat – immer gesagt: Wir sind bereit, etwas Derartiges zu prüfen. Aber Sie müssen selber sagen, dass bis heute keine Konzepte, keine Zahlen über die verschiedenen denkbaren Modelle, keine Aussagen über die Lenkungswirkung, keine Vorgaben über die Umverteilungsaspekte auf dem Tisch des Hauses liegen. Deshalb halten wir es zumindest zurzeit nicht für sinnvoll, solche einkommensabhängigen Franchisen mit einem definitiven System zu verankern.
4. Wir sind natürlich – auch das gehört ins System – für die Prämienverbilligung, über die wir später noch sprechen werden. Diese dient ja dazu, dass wirtschaftlich Schwache nicht zu stark unter der Last der Prämie leiden. Die Prämienverbilligung beginnt durchaus zu greifen.
Im Rahmen der Einzelanträge sind wir – ohne dass wir das in der Fraktion ausdiskutieren konnten, ich möchte das hier noch einmal unterstreichen – aus meiner Optik durchaus für den Antrag Sommaruga, den wir, wie Frau Sommaruga erwähnt hat, zusammen entwickelt haben. Der Antrag Sommaruga setzt gerade im Rahmen des jetzigen Konzeptes der Mehrheit einen starken Akzent zugunsten von Ärztenetzwerken. Den Versicherten, die keine erhöhte Franchise wollen, zeigt er den Weg klar auf: Über den fraktionellen Selbstbehalt – über den Anreiz, den sie erhalten, wenn sie ein Ärztenetzwerk wählen – können sie diesen Franchisenerhöhungen entgehen.
Zu den Franchisenerhöhungen selber muss Herrn Cavalli entgegengehalten werden: Er spricht von 300, 400 Millionen Franken, die man den Leuten aus den Taschen nehme. Dies ist eine Unterstellung; wir propagieren doch nicht eine massvolle Erhöhung der Franchise aus Selbstzweck oder aus Freude daran, den Leuten irgendetwas aus der Tasche zu nehmen. Wir tun dies, weil wir ein Ziel haben. Das Ziel ist, endlich etwas Beruhigung an der Prämienfront in dieses System zu bringen. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten: Es geht zum einen über die Lenkung des Konsums, bei den Ärzten, bei den Spitälern, aber auch bei den Versicherten; und es geht zum anderen über Kostenveränderungen, die mithelfen, die Prämien zu finanzieren.
Was heisst es nun, wenn wir die Franchise auf 400 Franken erhöhen? Es heisst erstens, dass wir zwar keinen grossen, aber doch einen Lenkungseffekt auf den Konsum haben werden. Es gibt eine Studie der Universität Lausanne, wonach die letzte Veränderung von 150 auf 230 Franken eine Auswirkung auf den Konsum in der Grössenordnung von 4 bis 5 Prozent zur Folge hatte. Unterstellen wir hier einen ähnlichen Effekt auf den Konsum, dann sind das – Sie können das hochrechnen – Hunderte von Millionen Franken. Dies ist sogar bei einer kleinen Auswirkung auf den Konsum der Fall. Diese massvolle Erhöhung ist sicher nicht unsozial, weil sich dadurch niemand von einem Arztbesuch wird abhalten lassen, wenn er wirklich krank ist.
Eine Erhöhung der Franchise hat zweitens einen Prämieneffekt. Selbstverständlich wird dieses Geld nicht einfach verschwinden. Wir haben eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung; also gibt es einen Prämieneffekt, wenn wir diese Lenkung leicht erhöhen. Dieser Prämieneffekt ist nicht gewaltig, er wird von den Spezialisten auf 4 bis 5 Prozent geschätzt; aber eine Prämienreduktion von 4 bis 5 Prozent ergibt sich durch diese Umlagerung der Finanzierung.
Es ist nicht nur ein Denkfehler, sondern es ist doch sehr einseitig, wenn man nur von den zusätzlichen Belastungen spricht und vergisst, dass ein klarer Lenkungseffekt, ein klarer Prämiendämpfungseffekt, zustande käme. Unser Konzept: eine massvolle Erhöhung, eine Anreizveränderung auch beim Versicherten, zudem ein fraktioneller Selbstbehalt bei den Managed-Care-Organisationen aus den genannten Gründen.
Ich bitte Sie, diesem Konzept zuzustimmen.

**Gross** Jost (S, TG): Herr Gutzwiller, wenn Sie und Ihre Partei offenbar die Auswirkungen einkommensabhängiger Franchisen nicht kalkulieren können oder wollen – obwohl Sie seit langer Zeit an der Arbeit an diesem Projekt sind, was man feststellen kann, wenn man Ihre Programme betrachtet –, können Sie wenigstens die Rechnung, die hier schon einmal in den Raum gestellt wurde, nachvollziehen? Finden Sie es richtig oder falsch, dass bei einer Erhöhung der Mindestfranchise von 230 auf 400 Franken etwa 2 Millionen Versicherte mit Mehrkosten von 170 Franken, somit einer Gesamtbelastung der Patienten von 340 Millionen Franken pro Jahr, rechnen müssen? Sind Sie mit dieser Rechnung einverstanden, oder wollen Sie diese korrigieren?

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Herr Gross, ich bin nicht ganz sicher, ob dieser Saal der Ort sein kann, wo wir detaillierte Kostenmodelle ausbreiten, ohne dass diese im Detail vorliegen. Ich sage Ihnen, es liegen solche Berechnungen vor. Sie

zeigen klar, dass es eine leichte Verschiebung auf die Patienten, auf die Kranken, gibt, aber klar eine Entlastung für die Versicherten bei den Prämien um 4 bis 5 Prozent. Diese Transfers könnten wir im Einzelnen ausrechnen; ich habe meine Zahlen auch hier. Tatsache ist: Es gibt sicher eine Verlagerung in der Grössenordnung von 300 bis 400 Millionen Franken, aber das ist ja nur die eine Seite. Die andere Seite ist, dass wir nach dieser Studie der Universität Lausanne erstens einen deutlich höheren Lenkungseffekt auf den Konsum von mehreren 100 Millionen Franken haben. Zweitens haben wir eine Prämiensenkung in der Grössenordnung von 4 bis 5 Prozent, die sämtlichen Prämienzahlerinnen und -zahlern zugute kommt.

**Le président** (Christen Yves, président): Messieurs les poseurs de questions patentés, savez-vous qu'à vous tout seuls, selon mes statistiques personnelles, vous avez pris la parole pendant près de deux heures et demie au cours de ce débat?

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Gutzwiller, wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie gesagt, dass Sie jetzt gegen die einkommensabhängigen Franchisen seien, nachdem Sie sie zuerst an einem Parteitag selbst vorgeschlagen hatten. In der Kommission nahmen Sie die gleiche Haltung ein; wir führten dort diese Diskussion, bevor wir über den Vertragszwang sprachen. Jetzt sind Sie für die Beinahe-Verdoppelung der fixen Franchisen, nur weil wir hier den Kontrahierungszwang nicht aufgehoben haben. Wie kommt es dazu, dass Sie Ihre Haltung geändert haben?

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Es freut mich natürlich, dass Herr Cavalli unser Parteiprogramm emsig studiert. Er hat vielleicht überlesen, dass wir schon immer für eine massvolle Erhöhung der fixen Franchise eingestanden sind. Das war immer ein Bestandteil unserer Strategie im vorher geschilderten Anreizmodell.
Zum Zweiten: Wir haben in der Tat schon seit langem gesagt, dass einkommensabhängige Franchisen diskutiert werden könnten, wenn wir entsprechende Modelle auf dem Tisch haben. Dass solche Modelle nicht vorliegen, ist nicht unser Fehler, denn wir haben ja sogar in der Kommission um sie nachgefragt. Wir haben von der Verwaltung die entsprechenden Unterlagen nicht bekommen. Ich bin aber überzeugt, dass das Thema – auch wenn wir heute dagegen stimmen – nicht vom Tisch ist, sondern dass wir diese Frage wieder aufgreifen werden.

**Fasel** Hugo (G, FR): Die grüne Fraktion wird dem Antrag der Minderheit Robbiani klar und deutlich zustimmen.
Eine Erhöhung der Franchise bedeutet für kleinere Einkommen eine starke zusätzliche Belastung. Sie führt auch dazu, dass Leute, von denen wir eigentlich erwarten, dass sie tatsächlich zum Arzt gehen, vom Gesundheitssystem ausgeschlossen werden. Wir sind der Auffassung, dass kranke Menschen grundsätzlich zum Arzt und nicht «in die Franchise» gehören.
Da man vorher das Kapitel «Rechnerei» eröffnet hat und damit wir dieses Kapitel noch vervollständigen können, möchte ich zu Herrn Gutzwiller sagen, dass die erwähnte Lausanner Studie etwas nicht berücksichtigt hat: Es gibt ja immer den sehr gefährlichen Effekt, dass kranke Personen – man kennt das gerade aus den Betrieben – Arztbesuche hinausschieben und dann einfach in den Betrieben länger fehlen. Volkswirtschaftlich gesehen müsste man das demnach hineinrechnen. Aber genau das hat die Lausanner Studie nicht getan; dies einfach zur Ergänzung Ihrer Ausführungen.
Im Weiteren möchte ich Herrn Ruey noch antworten, weil er auch die Anreizfunktionen angesprochen hat: Wir müssen wissen, dass es kein einziges Lehrbuch gibt, nach dem Anreizmechanismen nicht so ausgestaltet sind, dass auch die Einkommenssituation berücksichtigt wird. Wenn man will, dass die Anreizmechanismen wirken, muss man auch die Einkommenssituation berücksichtigen. An und für sich ist das ja klar, weil ein Selbstbehalt von 400 Franken für jemanden mit einem Jahreseinkommen von 40 000 Franken nicht dasselbe ist wie für jemanden mit einem Jahreseinkommen von 150 000 Franken. Deshalb müssten alle – alle! –, die das Wort «Anreize» in den Mund nehmen, eigentlich nur eines tun: Sie müssten sich unbedingt dafür engagieren, dass jede Franchise einkommensabhängig ausgestaltet wird, sonst wird der Steuerungseffekt nie eintreten. Das sagt uns jede ökonomische Studie, das steht in jedem Ökonomielehrbuch bereits auf Seite 3! Wenn wir in diesem Bereich Franchisen und Erhöhungen vorschlagen, müssten wir uns auch an die Gesetzmässigkeiten halten, weil das zum gesicherten Wissen bei Steuerungsmechanismen gehört.
Vor diesem Hintergrund wird die grüne Fraktion dem Antrag der Minderheit Robbiani zustimmen und dann allenfalls auch dem Antrag der Minderheit Gross Jost.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei unterstützt bei Artikel 62 die Minderheit mit der Modifikation, wie sie der Antrag Weyeneth vorsieht. Ich kann Ihnen hier auch bekannt geben, dass ich meinen Minderheitsantrag zugunsten des Antrages Weyeneth zurückziehe.
Bei Artikel 64 unterstützt die SVP-Fraktion die Mehrheit. Den Antrag Sommaruga lehnen wir dagegen ab.
Nachdem Sie es gestern in diesem Rat nicht geschafft haben, die Hürde der Aufhebung des Vertragszwanges zu nehmen, was die SVP-Fraktion sehr bedauert, haben wir jetzt bei den Artikeln 62 und 64 die Möglichkeit, nötige Korrekturen zu initiieren. Warum ist es nötig? Es ist nötig, weil sowohl bei der Erhöhung der Bandbreite frei wählbarer Franchisen als auch bei der Erhöhung des Jahresbeitrages als Eintritt ins System eine erhöhte Eigen- und Selbstverantwortung im Vordergrund steht. Durch Ihre Zustimmung ermöglichen Sie es, die Versicherten in die Verantwortung zu nehmen und einen Beitrag an die Kostenstabilisierung zu leisten. Diese Eigenverantwortung wollen wir, und die Mehrheit der Kommission will sie auch. Ich bitte Sie, das auch zu tun.
Ein Wort noch an die Adresse der Kollegen Gross Jost und Cavalli: Auch wenn Sie Unwahrheiten in dreifacher Ausführung erzählen, werden diese nicht zu Wahrheiten. Ich möchte hier festhalten, dass es mir nicht darum geht, dass die Kassen gefüllt werden, sondern darum, konkret Anreizsysteme zu schaffen, jetzt Korrekturen vorzunehmen, damit endlich einmal die Eigenverantwortung in diesem Gesundheitssystem gefördert wird.
Die SVP-Fraktion ist überzeugt, dass nach jahrelanger Misswirtschaft und einer Kostensteigerung bei den Prämien von durchschnittlich 10 Prozent pro Jahr das Parlament das Heft in die Hand nehmen muss und die Beträge im Gesetz festlegen sollte. An dieser Haltung hat die gestrige Rochade im Bundesrat nichts geändert.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: J'aimerais rappeler d'abord qu'à l'article 62, nous traitons bien des franchises à option, par rapport aux franchises obligatoires qui figurent à l'article 64.
Les franchises à option sont ce que les assurances peuvent offrir comme forme particulière d'assurance aux assurés qui choisissent une franchise plus élevée contre une prime inférieure. C'est une formule où l'assuré prend un certain risque à sa charge, sa responsabilisation est ainsi mieux mise en valeur. C'est une contribution pour éviter la surconsommation et les cas bagatelles. Cela offre une possibilité à certaines catégories de personnes qui consultent moins volontiers leur médecin de payer des primes moins cher.
Il est évident que si l'on va trop loin avec les franchises à option, on entame l'obligation de s'assurer, qui est une base fondamentale de cette assurance sociale. Mais en plafonnant la franchise à option à 4000 francs, si l'on déduit de ces 4000 francs la diminution de primes, on doit considérer que le risque pris par l'assuré n'est pas énorme, ceci comparé aux autres postes de son budget familial. Le but est de sus-

citer une prise de conscience. Par conséquent, il conviendrait d'encourager ce genre de démarches qui tendraient à diminuer le coût total de la santé. On peut aussi imaginer des démarches en faveur de la prévention qui pourraient être offertes hors franchise. Mais là, c'est le travail des caisses-maladie et non pas du législateur.
A l'article 62 alinéa 2 lettre a, la minorité Stahl propose de fixer les montants minimums et maximums des franchises dans la loi, au lieu de laisser cette compétence au Conseil fédéral. Les fourchettes iraient de 600 à 4000 francs pour les adultes et de 200 à 1500 francs pour les enfants. La majorité, elle, veut garder ces chiffres dans l'ordonnance et considère que les chiffres actuels sont suffisamment élevés: 1500 francs pour les adultes et 375 francs pour les enfants. La minorité veut inciter les assurés à se responsabiliser et à éviter la surconsommation.
A l'article 64, par opposition, nous traitons des franchises qui sont une participation des familles aux coûts de la santé. Le droit en vigueur prévoit que le Conseil fédéral, par voie d'ordonnance, fixe une franchise annuelle par tête, actuellement à 230 francs, et une quote-part des coûts qui dépasse la franchise de 10 pour cent, limite dépendant de la compétence du Conseil fédéral actuellement fixée à 600 francs.
A l'article 64 alinéa 2 lettre a, la majorité de la commission propose d'inscrire dans la loi le montant de la franchise: contribution annuelle d'au moins 400 francs. Il s'agit de faire savoir que la santé a un coût. La minorité Robbiani vous invite au contraire à laisser cette compétence au Conseil fédéral.
A l'article 64 alinéa 3, la minorité Gross Jost vous invite à fixer la franchise entre zéro et 4000 francs en fonction du revenu, en indiquant de fixer une même fourchette à l'article 62. De l'avis de la majorité, cette proposition n'est pas acceptable pour les mêmes raisons que l'échelonnement des primes en fonction des revenus. Ici, la déresponsabilisation serait encore plus flagrante. Nous sommes conscients que nombre de personnes n'ont pas la chance voire pas la volonté d'être bien loties dans notre société. Les subventions pour réduction de primes sont là pour pallier ces handicaps, mais on ne saurait tenir toute une partie de la population à bout de bras.
Je ne peux pas me prononcer au nom de la commission sur les autres propositions. Toutefois, je peux imaginer que la majorité me soutient si je vous dis que nous ne pouvons pas prendre en compte la proposition Zisyadis: zéro franc pour les primes, zéro franc pour les franchises, zéro responsabilité. On en arrive au self-service. Nous estimons que ce serait se moquer des gens qui sont les moins bien lotis qui seraient considérés comme des irrécupérables.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: J'aimerais répéter ce que j'ai dit lors du débat d'entrée en matière: il faut savoir achever une révision lorsqu'elle est mûre et définir quels sont les domaines où on a besoin d'en savoir davantage pour trouver les mécanismes d'incitation qui conviennent vraiment, sans porter préjudice à la santé publique ou sans entraver l'accès aux soins.
A l'article 62 alinéa 2 lettre a, je vous demande de suivre la majorité, c'est-à-dire d'en rester à la réglementation actuelle.
A l'article 64 alinéa 2 lettre a, je vous invite à suivre la minorité Robbiani, c'est-à-dire d'en rester là aussi au droit en vigueur.
J'aimerais expliquer pourquoi. Premièrement, il s'agit d'une question de nature formelle. Donner au Conseil fédéral ce type de compétence, qui consiste à fixer des seuils, des minimums, est judicieux. Par contre, rien n'est moins habile que de mettre des montants en francs et en centimes ou en pour cent dans une loi, d'enlever au pouvoir exécutif la possibilité de tenir compte des besoins, d'adapter la législation en temps utile en tenant compte du résultat des études, etc. Donc, je considère qu'en fixant par voie parlementaire dans la loi le montant des franchises à option, ce que veut la minorité Stahl à l'article 62 – en les augmentant bien sûr au passage –, et le montant de la franchise de base, ce que veut la majorité de la commission, on mélange les compétences et les responsabilités respectives du législatif et de l'exécutif.
Deuxièmement, j'aimerais rappeler, d'une part, que la Suisse est un des pays d'Europe, parmi tous ceux qui ont un système moderne d'assurance, où la participation des patients aux coûts de la santé est la plus élevée, et d'autre part qu'on ne sait strictement pas quel est l'effet incitatif positif, que l'on recherche, et quel est le seuil qui empêche les gens d'aller assez tôt chez le médecin, ce qui peut entraîner une aggravation de leur maladie.
Troisièmement, il y a un transfert d'argent avec ce qui est proposé, du fait notamment de l'augmentation de la franchise de base. M. Gutzwiller a beau jeu de venir dire ici: «On prend 400 millions de francs, il ne faut pas oublier qu'on rend 400 millions de francs.» Oui, on prend 400 millions de francs aux malades et on réduit ainsi dans la même mesure les primes de l'ensemble de la population. Mais en fait, je l'ai bien vu, moi; j'ai augmenté la franchise et je sais l'effet que ça fait sur la population, elle dit: «En fait, vous prétendez agir sur les primes, mais vous nous piquez l'argent d'une autre façon et de la façon la moins solidaire possible.» Bien sûr qu'il y a des malades imaginaires; bien sûr qu'il peut y avoir des consultations médicales inutiles, mais il faut savoir trouver une mesure qui n'empêche pas les gens d'aller chez le médecin lorsque cela s'avère nécessaire. Et dans ce sens-là, je considère que ce sont des propositions qui sont faites à la légère. On fixe, comme ça, un chiffre, et on se dit: «Tiens, qu'est-ce qui ferait joli dans le paysage surtout en 2003 en termes d'effet sur les primes, le temps que les gens comprennent que c'est un gadget.» Cela, je crois que ça ne devrait pas se faire.
Par contre, et là j'en prends l'engagement, et certainement aussi au nom de mon successeur puisque je le prends au nom du Conseil fédéral, un des groupes de travail constitué dans la perspective d'une troisième révision de la LAMal – je vous ai expliqué hier comment ces quatre groupes travaillaient ensemble pour préparer pour l'été prochain des réponses à ces questions – s'intéresse au mécanisme franchise/participation aux coûts. C'est la réponse que j'aimerais aussi donner à Mme Sommaruga. Nous voulons que ce groupe aussi examine l'effet d'une modulation de la participation aux coûts, par exemple pour les médicaments, d'une participation plus basse pour les génériques que pour les médicaments de marque, là où il y a le choix effectif.
Et l'on doit vraiment, je le dis encore une fois, créer des incitations, mais, là, dans cette proposition de minorité, il y a d'un côté une décision qui devrait relever des adaptations du «fine tuning» nécessaire que doit réaliser un gouvernement et, d'un autre côté, c'est une proposition que je qualifie de légère dans la mesure où on fait quelque chose pour faire quelque chose, sans prévoir quels sont les effets.
Donc, j'aimerais vous inciter à avoir la sagesse de ne pas modifier l'article 62 et l'article 64 alinéas 1er à 3 et de vous dire que c'est un rendez-vous que vous prenez avec vous-mêmes et que cela sert vraiment à atteindre le but d'incitation que vous poursuivez. Ce n'est pas simplement de la poudre aux yeux par rapport au niveau des primes et obstacles quant à l'accès aux médecins, et qui coûterait en fin de compte plus cher au système de santé.
En d'autres termes, je vous incite à accepter la proposition de la majorité à l'article 62 et la proposition de la minorité Robbiani à l'article 64, voilà le point de vue du Conseil fédéral.

*Art. 62*

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité à l'article 62 alinéa 2 a été retirée en faveur de la proposition Weyeneth.

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3208)
Für den Antrag der Mehrheit .... 101 Stimmen
Für den Antrag Weyeneth .... 62 Stimmen

Ref. 3208

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 62 al. 2 let. a

**Abstimmung vom / Vote du:** 12.12.2002 12:16:19

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | + | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | = | R | BE |
| Baumann Alexander | = | V | TG |
| Baumann Ruedi | + | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | = | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | * | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | = | V | ZH |
| Bosshard | = | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | = | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | = | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | * | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | = | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | + | S | SG |
| Fattebert | = | V | VD |
| Favre | + | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | * | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | = | V | ZH |
| Fehr Mario | * | S | ZH |
| Fetz | + | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Föhn | = | V | SZ |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | = | R | NE |
| Gadient | * | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | = | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | + | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | = | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | = | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | = | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | o | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | * | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | = | R | SO |
| Kunz | = | V | LU |
| Kurrus | = | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | = | V | ZH |
| Maury Pasquier | + | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | = | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | = | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | = | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | = | R | TI |
| Pfister Theophil | = | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | + | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | = | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | = | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | = | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | = | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | = | V | AG |
| Spielmann | + | - | GE |
| Spuhler | = | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | = | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | * | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | + | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | = | V | BE |
| Wasserfallen | = | R | BE |
| Weigelt | * | R | SG |
| Weyeneth | = | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | = | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | * | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 101 |
| nein / non / no | 62 |
| enth. / abst. / ast. | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 35 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 28 | 10 | 0 | 11 | 47 | 3 | 0 | 2 |
| nein / non / no | 0 | 0 | 5 | 23 | 0 | 1 | 33 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 7 | 0 | 1 | 7 | 5 | 1 | 12 | 2 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition Weyeneth

*Art. 64*

*Erste Abstimmung – Premier vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3209)
Für den Antrag Sommaruga .... 42 Stimmen
Dagegen .... 106 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): M. Gross Jost demande de voter séparément sur les propositions des minorités Gross Jost et Robbiani à l'article 64. Selon moi, c'est impossible parce que, dans ce cas, les deux pourraient être adoptées. Dès lors, je vous invite à en rester à ce que je vous ai dit: opposer les deux propositions précitées.

**Gross** Jost (S, TG): Mein Antrag will einen Systemwechsel. Ich möchte Sie bitten, dass Sie zuerst den Antrag der Minderheit Robbiani dem bestehenden System gegenüberstellen und dann das Ergebnis dem Systemwechsel gegenüberstellen.

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3215)
Für den Antrag der Minderheit Robbiani .... 87 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 83 Stimmen

*Dritte Abstimmung – Troisième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3214)
Für den Antrag der Minderheit Robbiani .... 101 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit Gross Jost .... 66 Stimmen

**Art. 65**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
*Mehrheit*
Die Kantone gewähren folgenden Personen Prämienverbilligungen:
a. Versicherten, die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind;
b. Familien mit Kindern, für die ein Sozialabzug nach Artikel 213 Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer geltend gemacht werden kann und die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind.
*Minderheit*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Gross Jost, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
....
c. der Bundesrat legt die für einen Beitragsanspruch massgebenden Schwellen fest.

*Abs. 1bis*
Die Kantone berücksichtigen bei der Prämienverbilligung die wirtschaftliche Situation aufgrund des Reineinkommens nach Artikel 25 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer, korrigiert um einen Vermögensfaktor von 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens.
*Abs. 1ter*
Der Bundesrat legt nach Anhören der Kantone die für die Ermittlung des Anspruchs auf Prämienverbilligung massgebende Referenzprämie fest. Sie wird in einem Verhältnis zur gewichteten Durchschnittsprämie für den einzelnen Kanton festgelegt.
*Abs. 1quater*
Die massgebenden Referenzprämien werden verbilligt, soweit sie einen nach Einkommenskategorien abgestuften Eigenanteil der Versicherten übersteigen. Die Kantone teilen die Versicherten in mindestens vier Einkommenskategorien ein. Der Eigenanteil beträgt für:
a. Personen nach Absatz 1 Buchstabe a höchstens 4 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 12 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie;
b. Personen nach Absatz 1 Buchstabe b höchstens 2 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 10 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie.
*Abs. 1quinquies*
Personen, für die ein Sozialabzug nach Artikel 213 Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer gewährt wird, haben keinen selbstständigen Anspruch auf Prämienverbilligung.
*Abs. 1sexies*
Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.
*Abs. 2*
Die Prämienverbilligungen sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden.

*Antrag Meyer Thérèse*
(in Verbindung mit Art. 61 Abs. 3bis, Minderheit Meyer Thérèse)
*Abs. 1bis*
.... Vermögensfaktor in der Höhe von 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Einkommens und der Anzahl Kinder nach Artikel 61 Absatz 3bis.
*Abs. 2*
Die Prämienverbilligungen und Erleichterung für Familien nach Artikel 61 Absatz 3bis sind so festzulegen ....

*Antrag Zisyadis*
*Abs. 1quater*
a. Personen nach Absatz 1 Buchstabe a höchstens 0 Prozent des massgebenden Einkommens ....
b. Personen nach Absatz 1 Buchstabe b höchstens 0 Prozent des massgebenden Einkommens ....

**Art. 65**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
*Majorité*
Les cantons accordent des réductions de primes aux personnes suivantes:
a. les assurés pour lesquels les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge;
b. les familles avec enfants qui peuvent faire valoir le droit à une réduction sociale conformément à l'article 213 alinéa 1er lettre a de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct et pour lesquelles les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge.
*Minorité*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Gross Jost, Hollenstein, Hubmann, Rechsteiner-Basel)
....
c. le Conseil fédéral définit les seuils déterminant l'ouverture du droit aux subventions.

*Al. 1bis*
Pour la réduction des primes, les cantons tiennent compte de la situation économique en se basant sur le revenu net au sens de l'article 25 de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct, corrigé d'un facteur de fortune égal à 10 pour cent du revenu imposable selon le droit cantonal.
*Al. 1ter*
Après consultation des cantons, le Conseil fédéral calcule la prime de référence permettant de déterminer le droit à la réduction des primes. Il en fixe le montant par rapport à la prime moyenne pondérée pour chacun des cantons.
*Al. 1quater*
Les primes de référence déterminantes font l'objet d'une réduction quand elles sont supérieures à la participation des assurés, échelonnée en fonction de la catégorie de revenu. Les cantons répartissent les assurés en au moins quatre catégories de revenu. La participation s'élève:

Ref. 3209

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 64 Proposition Sommaruga

**Abstimmung vom / Vote du:** 12.12.2002 12:17:50

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | = | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | + | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | = | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | = | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | * | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | * | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | = | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | = | V | VD |
| Bühlmann | o | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | = | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | = | C | VS |
| Cuche | o | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | = | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | = | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | * | V | BS |
| Dupraz | = | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | = | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Estermann | = | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | = | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | = | V | ZH |
| Fehr Mario | * | S | ZH |
| Fetz | o | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | o | V | SZ |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | = | R | NE |
| Gadient | = | V | GR |
| Galli | o | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | = | R | FR |
| Glur | = | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | + | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | = | R | BL |
| Gysin Remo | o | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | o | - | BE |
| Hess Peter | = | C | ZG |
| Hess Walter | o | C | SG |
| Hofmann Urs | o | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | = | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | * | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | = | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | = | C | FR |
| Leu | = | C | LU |
| Leutenegger Hajo | o | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | o | S | BL |
| Leuthard | o | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | = | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | = | C | GE |
| Mariétan | = | C | VS |
| Marti Werner | o | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | = | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | = | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | o | R | TG |
| Meyer Thérèse | = | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | o | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | o | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | = | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | = | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | = | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | o | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | = | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | = | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | = | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | = | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | = | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | = | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | = | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | = | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | + | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | = | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | o | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | = | V | BE |
| Wasserfallen | = | R | BE |
| Weigelt | * | R | SG |
| Weyeneth | = | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | = | C | AG |
| Zanetti | o | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | * | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 42 |
| nein / non / no | 106 |
| enth. / abst. / ast. | 19 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 32 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 2 | 3 | 0 | 11 | 17 | 4 | 5 | 0 |
| nein / non / no | 22 | 5 | 4 | 21 | 24 | 1 | 27 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 4 | 2 | 0 | 3 | 7 | 0 | 2 | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 7 | 0 | 2 | 6 | 4 | 0 | 11 | 2 |

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

Ref. 3215

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 64

**Abstimmung vom / Vote du:** 12.12.2002 12:21:03

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | + | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | = | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | * | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | = | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | = | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | = | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | = | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | * | V | BS |
| Dupraz | = | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | = | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | * | S | ZH |
| Fetz | = | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | + | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | = | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Günter | = | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | + | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | + | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | = | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | * | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | + | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | = | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | = | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | = | C | GE |
| Mariétan | = | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | = | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | = | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | = | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | = | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | = | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | = | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | * | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 83 |
| nein / non / no | 87 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 29 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 8 | 0 | 5 | 31 | 0 | 4 | 34 | 1 |
| nein / non / no | 21 | 10 | 0 | 5 | 48 | 1 | 0 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 6 | 0 | 1 | 5 | 4 | 0 | 11 | 2 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Robbiani

Ref. 3214

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 64

**Abstimmung vom / Vote du:** 12.12.2002 12:22:12

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | = | R | TI |
| Aeppli Wartmann | + | S | ZH |
| Aeschbacher | + | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | * | V | BL |
| Bader Elvira | = | C | SO |
| Banga | + | S | SO |
| Bangerter | = | R | BE |
| Baumann Alexander | = | V | TG |
| Baumann Ruedi | + | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | = | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | * | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | = | V | ZH |
| Bosshard | = | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | = | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | = | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | = | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | = | C | VS |
| Cuche | + | G | NE |
| de Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | = | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | = | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | * | V | BS |
| Dupraz | = | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | = | R | AG |
| Eggly | + | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Estermann | = | C | LU |
| Fasel | + | G | FR |
| Fässler | + | S | SG |
| Fattebert | = | V | VD |
| Favre | = | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | = | V | ZH |
| Fehr Mario | * | S | ZH |
| Fetz | + | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Föhn | = | V | SZ |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | = | R | NE |
| Gadient | = | V | GR |
| Galli | = | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | = | R | FR |
| Glur | = | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | + | S | GE |
| Gross Andreas | + | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Günter | + | S | BE |
| Gutzwiller | = | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | = | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | = | R | ZH |
| Hegetschweiler | * | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | o | - | BE |
| Hess Peter | = | C | ZG |
| Hess Walter | = | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Imfeld | = | C | OW |
| Imhof | = | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | * | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | o | R | SO |
| Kunz | = | V | LU |
| Kurrus | = | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | = | C | FR |
| Leu | = | C | LU |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | = | C | AG |
| Loepfe | = | C | AI |
| Lustenberger | = | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | = | C | GE |
| Mariétan | = | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | = | V | ZH |
| Maury Pasquier | + | S | GE |
| Meier-Schatz | = | C | SG |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Messmer | = | R | TG |
| Meyer Thérèse | = | C | FR |
| Mörgeli | = | V | ZH |
| Mugny | + | G | GE |
| Müller Erich | = | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | = | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | = | R | TI |
| Pfister Theophil | = | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | = | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | + | S | VD |
| Sandoz Marcel | = | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | = | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | = | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | = | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | = | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | = | C | TI |
| Sommaruga | + | S | BE |
| Speck | = | V | AG |
| Spielmann | + | - | GE |
| Spuhler | = | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | = | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | * | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | + | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | = | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | + | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | = | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | = | V | BE |
| Wasserfallen | = | R | BE |
| Weigelt | = | R | SG |
| Weyeneth | = | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | = | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | = | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zäch | = | C | AG |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | + | - | VD |
| Zuppiger | * | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 66 |
| nein / non / no | 101 |
| enth. / abst. / ast. | 2 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 30 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 0 | 10 | 2 | 0 | 48 | 4 | 0 | 2 |
| nein / non / no | 29 | 0 | 3 | 34 | 0 | 1 | 34 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 6 | 0 | 1 | 6 | 4 | 0 | 11 | 2 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la minorité Gross Jost
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Robbiani

a. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre a, à 4 pour cent maximum du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et à 12 pour cent maximum pour la catégorie de revenu la plus élevée;
b. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre b, à 2 pour cent maximum du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et à 10 pour cent maximum pour la catégorie de revenu la plus élevée.
*Al. 1quinquies*
Les personnes à qui est accordée une déduction sociale en vertu de l'article 213 alinéa 1er lettre a de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct n'ont pas droit par ailleurs à la réduction des primes.
*Al. 1sexies*
Le Conseil fédéral peut étendre le droit aux subsides aux personnes tenues de s'assurer qui ne sont pas domiciliées en Suisse, mais qui y séjournent suffisamment longtemps.
*Al. 2*
Les réductions de primes sont fixées de façon que les contributions annuelles de la Confédération et des cantons selon l'article 66 soient entièrement utilisées.

*Proposition Meyer Thérèse*
(liée à l'art. 61 al. 3bis, minorité Meyer Thérèse)
*Al. 1bis*
.... facteur de fortune égal à 10 pour cent du revenu imposable selon le droit cantonal et du nombre d'enfants des familles selon l'article 61 alinéa 3bis.
*Al. 2*
Les réductions de primes et allègements pour les familles selon l'article 61 alinéa 3bis sont fixés de façon ....

*Proposition Zisyadis*
*Al. 1quater*
a. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre a, à 0 pour cent maximum du revenu déterminant ....
b. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre b, à 0 pour cent maximum du revenu déterminant ....

**Rossini** Stéphane (S, VS): Je me demande s'il faut encore tenter quelque chose pour transférer des compétences des cantons à la Confédération. Néanmoins, l'exercice me paraît incontournable parce qu'il convient de mettre en évidence un certain nombre de problèmes par rapport à la pratique actuelle de la réduction des primes.
J'ai évoqué tout à l'heure la question des primes par tête, la question des modalités relevant de l'application des réductions de primes en faveur des assurés économiquement modestes en rappelant les inégalités de traitement, en rappelant les définitions différentes d'accès à la réduction des primes, la pluralité des niveaux de prestations de ces contributions, en rappelant aussi l'aspect de non-utilisation d'un certain nombre de centaines de millions de francs qui ont été décidés ici pour atteindre les objectifs politiques définis par l'autorité.
Pourquoi sommes-nous confrontés à ces problèmes? Tout simplement parce que la pratique de la réduction des primes n'est pas fondée sur le principe qui est habituellement utilisé en matière de protection sociale, c'est-à-dire sur la définition de seuils sociaux. C'est par exemple le cas pour les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants ou à l'assurance-invalidité. Ici, nous empoignons le problème à l'envers. La Confédération définit une enveloppe et la répartit aux cantons sur la base de critères qui n'ont strictement rien à faire avec le système de santé, c'est-à-dire la population et l'indice de capacité financière.
En empoignant ce problème de cette manière on répartit des enveloppes et sur la base de celles-ci, ce sont les cantons qui vont essayer de répartir au plus juste, au mieux, les montants à disposition des assurés modestes, d'où la pluralité des définitions, d'où la diversité des niveaux d'accès, du niveau des prestations. Cette analyse conduit à à un certain nombre d'aberrations et d'insatisfactions, parce que ce n'est pas forcément là où les primes sont les plus élevées que l'aide est la plus ciblée. Par conséquent, après réduction des primes, on arrive à des situations qui varient fortement d'un canton à l'autre. Par exemple, dans le canton du Valais, après réduction des primes, alors qu'on est dans un canton où les primes sont parmi les plus basses, on n'a quasiment plus aucun assuré dont les primes représentent un pourcentage du revenu supérieur à 4 pour cent. Dans d'autres cantons, après réduction des primes, on a parfois encore une frange plus ou moins importante de la population qui bénéficie des subventions, dont les primes représentent 7, 8, 9, 10, voire 15 pour cent de revenu, comme dans le canton de Genève.
Par conséquent, il nous paraît important qu'il y ait ici une clarification. Pour pallier ces inégalités de traitement, il faut que la Confédération définisse, comme elle le fait dans d'autres assurances sociales, des seuils à partir desquels les cantons peuvent véritablement définir quels assurés ont besoin d'une aide et éventuellement comment aller plus loin si leur situation financière et leurs choix politiques ordonnent un effort supplémentaire en matière de subventions.
Voilà les éléments qui motivent la proposition de la minorité de définition de seuils par la Confédération.

**Zisyadis** Josef (–, VD): La proposition que je vous ai faite est basée sur un certain nombre de réalités sociales qui sont plus ou moins bien connues dans les différents cantons. On ne peut pas, à l'alinéa 1quater de l'article 65, faire démarrer, aussi bien pour les lettres a et b, les maximums à 4 pour cent et à 2 pour cent du revenu. En effet, il y a toute une série de personnes qui, aujourd'hui, touchent des subsides en plein et qui seront concernées par les propositions qui sont faites. C'est dire que je suis extrêmement inquiet en ce qui concerne un certain nombre de personnes qui sont parmi les plus modestes. J'entends ici énormément de discours sur les classes moyennes, mais, dans le même temps, l'alinéa 1quater qui répond effectivement à des préoccupations des classes moyennes, délaisse une fois de plus les personnes qui sont les plus modestes dans notre pays.
Et je ne souhaite en tout cas pas que les cantons se voient dans l'obligation de laisser tomber cette partie de la population qui, aujourd'hui, est soutenue, et souvent mal soutenue déjà. Si nous défavorisions cette catégorie de personnes, ce serait extrêmement grave. Je constate que les propositions qui sont faites ici auront des conséquences extrêmement importantes sur les finances des cantons. Par exemple, dans le système qui a été choisi, il y aura 200 millions de francs de plus de dépenses pour le canton de Genève, 150 millions de francs de plus pour le canton de Vaud, 80 millions de francs de plus pour le canton de Fribourg, 24 millions de francs de plus pour le canton du Jura. C'est dire que le report de charges que nous sommes en train d'effectuer avec ces propositions est considérable. Donc, si en plus du report de charges, les cantons se mettent eux-mêmes à reporter les charges sur les personnes les plus modestes, alors, véritablement, nous avons affaire à quelque chose qui est extrêmement grave.
Je vous invite à soutenir ma proposition qui consiste à situer les seuils maximums à zéro pour cent dans les deux cas.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe démocrate-chrétien communique qu'il suit la majorité.

**Goll** Christine (S, ZH): Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, die Minderheit Rossini zu unterstützen, und zwar aus folgenden Gründen: Wir haben bisher im Rahmen des KVG keine soziale Finanzierung, und wir haben das Problem, dass wir zwar ein individuelles Prämienverbilligungssystem haben, aber ein System, das bisher versagt hat. Das können wir auch sehen, wenn wir zur Kenntnis nehmen, dass die Prämiensubventionen des Bundes jedes Jahr um rund 500 Millionen Franken nicht voll ausgeschöpft wurden. Das führt dazu, dass wir zwischen den Kantonen sehr grosse

Prämienunterschiede haben, durch die Schaffung von drei Regionen mit drei unterschiedlichen Prämienansätzen sogar innerhalb der Kantone selber. Ich habe Ihnen vorher die Unterschiede im Bereich der Kinderprämien mit Zahlen aufgezeigt. Wir bewegen uns hier bezüglich der Kinderprämien in einer Bandbreite von 41 bis 95 Franken pro Monat. Wir haben beim Prämienverbilligungssystem nicht nur Ungleichheiten, weil die Kantone die Beiträge des Bundes nicht voll ausschöpfen, sondern wir haben auch deshalb Ungleichheiten, weil die Definition der Einkommensgrenzen von den Kantonen unterschiedlich gehandhabt wird und deshalb je nachdem auch die vorhandenen Gelder auf eine grössere oder kleinere Bevölkerungsgruppe – die eben Subventionen erhält – verteilt werden müssen. Das heisst im Klartext: Das Modell, für das sich die SGK entschieden hat, reicht nicht. Letztlich bleibt es dabei, dass die Kantone weiterhin die Einkommensgrenzen definieren können. Die einzige Vorgabe auf Bundesebene ist, dass die Kantone mindestens vier Einkommenskategorien schaffen.
Die Minderheit Rossini beantragt Ihnen, dass der Bundesrat die für einen Beitragsanspruch massgebenden Schwellen festlegen soll. Das ist deshalb wichtig, weil wir die Fehler nicht wiederholen wollen, die wir heute im individuellen Prämienverbilligungssystem haben. Ich muss Ihnen hier sehr deutlich sagen: Wenn Sie dieser Ergänzung nicht zustimmen, dann streuen Sie den Versicherten letztlich Sand in die Augen. Sie geben dann nämlich vor, dass Sie zwar ein Sozialziel verankern wollen, Sie geben vor, dass Sie das Einkommen der Versicherten berücksichtigen wollen, und Sie geben auch vor, dass Sie Familien mit Kindern entlasten wollen – aber das alles letztlich mit einem Modell, dem eine reine Feigenblattfunktion zukommt.
Deshalb bitte ich Sie, die Minderheit Rossini zu unterstützen.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Nach Ablehnung des ständerätlichen Vorschlages eines Sozialzieles von 8 Prozent gingen Bund und Kantone über die Bücher und erarbeiteten gemeinsam eine neue Regelung. Dieser Regelung, Herr Zisyadis, haben sämtliche Sanitäts- und Finanzdirektoren zugestimmt. Für sie war die einzige Bedingung, dass sie noch diese Schwelle haben.
Das neue Prämienverbilligungsmodell – Sie können es in Artikel 65 nachlesen – hat ganz klare Voraussetzungen; die Beiträge werden denjenigen Versicherten geleistet, welche durch die obligatorische Versicherung stark belastet sind. Familien mit Kindern, die gemäss Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer einen Sozialabzug geltend machen können, werden ebenfalls unterstützt.
Der Minderheitsantrag Rossini will den Bund noch weiter verpflichten, nämlich dazu, auch noch die massgebenden Schwellen festzulegen – ein Antrag, den die Kantone in ihrer Einigung ganz klar abgelehnt haben. Es wird jetzt eine einheitliche Prämienverbilligung geschaffen – es gibt nicht mehr 26 verschiedene Systeme –; dafür ist es endlich Zeit. Die Kantone können nur noch innerhalb eines schmalen Rahmens die Schwellen festlegen.
Die Kommission hat diesem Modell mit 13 zu 8 Stimmen zugestimmt. Die Mehrheit der Kommission beantragt Ihnen also, den Minderheitsantrag Rossini abzulehnen.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 95 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 54 Stimmen

*Abs. 1bis, 2 – Al. 1bis, 2*
*Angenommen gemäss Antrag Meyer Thérèse*
*Adopté selon la proposition Meyer Thérèse*

*Abs. 1ter, 1quinquies, 1sexies – Al. 1ter, 1quinquies, 1sexies*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 1quater – Al. 1quater*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 97 Stimmen
Für den Antrag Zisyadis .... 47 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): Nous traiterons l'article 66 dans le cadre du projet 2.

**Art. 66b**
*Antrag der Kommission*
Streichen
*Proposition de la commission*
Biffer

*Angenommen – Adopté*

**Art. 77a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Beitritt
*Abs. 1*
Wer in der Schweiz obligatorisch für Krankenpflege versichert ist, kann bei einem Versicherer nach Artikel 11 eine freiwillige Hotellerieversicherung abschliessen.
*Abs. 2*
Er kann hierfür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Adhésion
*Al. 1*
Toute personne qui est obligatoirement assurée pour les soins en cas de maladie en Suisse peut conclure une assurance des frais hôteliers avec un assureur au sens de l'article 11.
*Al. 2*
Elle peut, à cet effet, choisir un autre assureur que celui de l'assurance obligatoire des soins.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77b**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Versicherer
*Abs. 1*
Die Versicherer nach Artikel 11 müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede zum Beitritt berechtigte Person aufnehmen.
*Abs. 2*
Die Artikel 11 bis 17 gelten sinngemäss.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77b**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Assureurs
*Al. 1*
Les assureurs au sens de l'article 11 doivent admettre, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, toute personne en droit de s'assurer.
*Al. 2*
Les articles 11 à 17 sont applicables par analogie.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77c**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Versicherungsvorbehalt
*Abs. 1*
Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das Gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.
*Abs. 2*
Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.
*Abs. 3*
Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet sind.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77c**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Réserve d'assurance
*Al. 1*
Les assureurs peuvent exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible.
*Al. 2*
Les réserves sont caduques au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.
*Al. 3*
La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77d**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Wechsel des Versicherers
*Abs. 1*
Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person den Versicherer wechselt, weil:
a. sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet; oder
b. der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.
*Abs. 2*
Der neue Versicherer kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.
*Abs. 3*
Der bisherige Versicherer sorgt dafür, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.
*Abs. 4*
Der neue Versicherer muss auf Verlangen der versicherten Person die Leistungen im bisherigen Umfang weiterversichern.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77d**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Changement d'assureur
*Al. 1*
Le nouvel assureur n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves si l'assuré a changé d'assureur:
a. parce qu'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur; ou
b. parce que son assureur ne pratique plus l'assurance-maladie sociale.
*Al. 2*
Le nouvel assureur peut maintenir en vigueur, jusqu'à l'échéance du délai initial, des réserves instaurées par l'ancien assureur.
*Al. 3*
L'ancien assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de libre passage. S'il omet de le faire, la couverture d'assurance auprès de lui subsiste. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.
*Al. 4*
Le nouvel assureur doit, sur demande de l'assuré, continuer d'assurer les mêmes prestations que précédemment.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77e**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Leistungen

*Abs. 1*
Der Versicherer übernimmt die von der obligatorischen Krankenpflege- oder Unfallversicherung nicht gedeckten zusätzlichen Hotelleriekosten aufgrund der Benützung eines 2-Bett- oder 1-Bett-Zimmers aus anderen als medizinischen Gründen in einem Spital nach Artikel 39 gemäss vereinbarter Deckung.
*Abs. 2*
Der Anspruch auf Deckung der Hotelleriekosten entsteht mit dem Eintritt der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflege- oder Unfallversicherung bei Benützung eines 2-Bett- oder 1-Bett-Zimmers aus anderen als medizinischen Gründen in einem Spital nach Artikel 39.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77e**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Prestations
*Al. 1*
L'assureur prend en charge les frais hôteliers complémentaires qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins ou par l'assurance-accidents obligatoire en raison de l'utilisation d'une chambre à un ou à deux lits dans un hôpital au sens de l'article 39 selon la couverture convenue.
*Al. 2*
Le droit à la couverture des frais hôteliers prend naissance lorsque l'assurance obligatoire des soins ou l'assurance-accidents obligatoire prend en charge des prestations en cas d'utilisation d'une chambre à un ou à deux lits pour des raisons autres que médicales dans un établissement hospitalier au sens de l'article 39.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77f**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Leistungen bei Mutterschaft
*Text*
Die Versicherer haben bei Schwangerschaft und Niederkunft die Deckung der zusätzlichen Hotelleriekosten zu leisten, wenn die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77f**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Prestations en cas de maternité
*Texte*
En cas de grossesse et d'accouchement, les assureurs doivent couvrir les frais hôteliers complémentaires, si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77g**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Tarife und Preise
*Text*
Die Versicherer vereinbaren mit den Spitälern nach Artikel 39 Pauschalen für die Vergütung der zusätzlichen Hotelleriekosten. Im Übrigen gelten die Artikel 43, 44, 46 und 47 sinngemäss.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77g**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Tarifs et prix
*Texte*
Les assureurs conviennent avec les hôpitaux au sens de l'article 39 des forfaits pour rémunérer les prestations hôtelières complémentaires. Au surplus, les articles 43, 44, 46 et 47 sont applicables par analogie.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77h**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Finanzierungsverfahren und Rechnungsablage
*Text*
Die Hotellerieversicherung wird nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert. Die Versicherer bilden für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven. Im Übrigen gelten die Absätze 2 bis 4 von Artikel 60 sinngemäss.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77h**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Système financier et présentation des comptes
*Texte*
L'assurance des frais hôteliers est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme. Au surplus, les alinéas 2 à 4 de l'article 60 sont applicables par analogie.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 77i**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
*Titel*
Prämien der Versicherten
*Abs. 1*
Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Er erhebt für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien.
*Abs. 2*
Der Versicherer kann die Prämien nach dem Eintrittsalter und nach Regionen abstufen.
*Abs. 3*
Artikel 61 Absätze 2 und 4 gelten sinngemäss.
*Abs. 4*
Der Bundesrat kann für die Prämienabstufungen nach Absatz 2 nähere Vorschriften erlassen.

*Minderheit*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Streichen

**Art. 77i**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
*Titre*
Primes des assurés
*Al. 1*
L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Il perçoit des primes égales s'il s'agit de prestations assurées égales.
*Al. 2*
L'assureur peut échelonner les primes d'après l'âge d'entrée et selon les régions.
*Al. 3*
L'article 61 alinéas 2 et 4 est applicable par analogie.
*Al. 4*
Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions plus détaillées sur l'échelonnement des primes au sens de l'alinéa 2.

*Minorité*
(Gutzwiller, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Fattebert, Guisan, Hassler, Heberlein, Triponez, Widrig)
Biffer

*Angenommen gemäss Antrag der Minderheit*
*Adopté selon la proposition de la minorité*

**Art. 79 Abs. 2bis**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 79 al. 2bis**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 83a**
*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Ablehnung des Antrages der Minderheit

*Minderheit*
(Suter, Borer, Bortoluzzi, Dormann Rosmarie, Guisan, Stahl, Triponez, Widrig)
*Titel*
Ausstandspflicht
*Text*
Personen, die an der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der sozialen Krankenversicherung beteiligt sind oder für deren Durchführung hoheitliche Funktionen wahrnehmen, namentlich den Mitgliedern der kantonalen Sanitätsdirektorenkonferenz, ist die Mitwirkung in Organen von Leistungserbringern im Sinne von Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben e bis n untersagt.

**Art. 83a**
*Proposition de la commission*
*Majorité*
Rejeter la proposition de la minorité

*Minorité*
(Suter, Borer, Bortoluzzi, Dormann Rosmarie, Guisan, Stahl, Triponez, Widrig)
*Titre*
Obligation de se récuser
*Texte*
Les personnes qui participent au contrôle ou à la surveillance de la loi sur l'assurance-maladie sociale, ou qui accomplissent, pour son application, des tâches relevant de la puissance publique, à savoir notamment les membres de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, ne sont pas autorisées à collaborer aux organes des fournisseurs de prestations au sens de l'article 35 alinéa 2 lettres e à n.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Kommissionsmehrheit hat diese Ausstandspflicht klar abgelehnt; sie ist nicht umsetzbar. Stellen Sie sich vor, dass in sämtlichen Bezirks- und Regionalspitälern, in denen die Gemeinden finanziell engagiert sind, kein Mitglied des Gemeinderates mehr in dieser Behörde Einsitz nehmen und mitentscheiden dürfte, was mit diesem Geld passieren soll. Wir haben Ausstandspflichten, die aus ethischen Gründen vorgesehen sind, wir können aber z. B. nicht sämtliche Sanitätsdirektoren aus den Verwaltungsräten der Universitätsspitäler ausschliessen. Das ist eine undurchsetzbare Forderung, die von der Mehrheit in dieser Form klar abgelehnt wurde.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 120 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 19 Stimmen

**Art. 90 Abs. 2**
*Antrag Strahm*
Beschwerdeberechtigt sind:
– Arzneimittelhersteller und -importeure;
– Krankenversicherer;
– Organisationen, welche Interessen von Konsumenten, Patienten und Krankenversicherten vertreten.

**Art. 90 al. 2**
*Proposition Strahm*
Sont habilités à recourir:
– les fabricants et les importateurs de médicaments;
– les assureurs-maladie;
– les organisations représentant les intérêts des consommateurs, des patients ou des assureurs-maladie.

**Strahm** Rudolf (S, BE): Mein Antrag ist eigentlich eher ein pharmamarktpolitischer und nicht in engerem Sinn ein krankenversicherungspolitischer Vorschlag. Ich möchte in Artikel 90 klar festlegen, wer bei der Rekurskommission für die Spezialitätenliste der Pharmazeutika beschwerdeberechtigt ist. Wie Sie wissen, sind die Entscheide im Zusammenhang mit der Spezialitätenliste meistens ein Politikum. Die Aus-

wahl der Medikamente, die auf die Spezialitätenliste kommen, ist teils das Resultat von Ermessensentscheiden und teils das Resultat von interessenorientierten Entscheiden. Oft besteht die Frage, ob es sich dabei nur um Scheininnovationen handelt.
Mein Antrag verlangt, dass die Rekursmöglichkeit ausgeweitet wird. Bisher hatten nur gerade die Pharmafirmen ein Rekursrecht. Ich möchte, dass auch die Krankenversicherungen sowie die Konsumenten- oder Patientenorganisationen ein Rekursrecht haben.
Weshalb diese Ausweitung? Es besteht ein öffentliches Interesse, dass die Aufnahme der Medikamente – diese sind ja sehr kostenwirksam – in die Spezialitätenliste im Sinne der Kostendämpfung besser kontrolliert und besser eingegrenzt wird. Es besteht auch ein öffentliches Interesse, dass die Wirksamkeit neuer Medikamente besser geprüft wird. Das erreichen wir mit dem Rekursrecht dieser Organisationen. Wir haben erlebt, dass ständig Medikamente, die eigentlich nur Scheininnovationen enthalten, auf den Markt gedrückt werden, damit z. B. einfach das Patent und die Marktbeherrschung weitergeführt werden können.
Wir möchten es mit dem Rekursrecht für die Krankenkassen und für die Konsumenten- oder Patientenorganisationen ermöglichen, dass die Zulassung restriktiver gehandhabt wird. Stimmen Sie diesem Antrag bitte zu! Er dient der Kostendämpfung, der besseren Kontrolle und der sorgfältigeren Medikamentenzulassung. Es wird kein neues Medikament behindert; aber das erweiterte Beschwerderecht würde es erlauben, dass auch die Kostenträger etwas zu sagen hätten.
Ich finde es ungerecht, unrichtig und einseitig, wenn – wie nach bisheriger Praxis – nur gerade die Pharmafirmen ein Rekursrecht haben, während die anderen, die das Medikament zahlen sollen oder ertragen müssen, kein Rekursrecht haben. Wie gesagt, es ist eher ein pharmamarktpolitischer Vorschlag – deshalb bin ich überhaupt hier vorne. Er hat Auswirkungen auf die Kostenentwicklung auf dem Pharmamarkt, aber es geht nicht um eine Sache, die die Gesundheitspolitik im engeren Sinn betrifft.
Stimmen Sie meinem Antrag bitte zu! Es geht um eine kleine Ausweitung der Kontrolle über die Aufnahme von Medikamenten in die Spezialitätenliste.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Zwar konnte sich die Kommission nicht über den Antrag Strahm aussprechen; wenn man aber den Artikel 90 anschaut, dann sieht man, dass Herr Strahm nicht nur eine kleine Revision, sondern eine völlige Veränderung der Beschwerdeberechtigung bei der Eidgenössischen Rekurskommission für die Spezialitätenliste erreichen möchte. Wer ist in dieser Kommission denn vertreten? Die Krankenversicherer und die Patientenvertreter sind in der Eidgenössischen Arzneimittelkommission vertreten. Sie können dort ihre Stimme erheben und ihre Meinung äussern. Wenn ihnen nachher noch ein zusätzliches Beschwerderecht eingeräumt wird, führt das zu einer taktischen Beschwerdeerhebung. Sie haben den Xenical-Fall noch im Kopf. Das würde dazu führen, dass das Leistungspaket der Grundversicherung nicht durch eine demokratisch legitimierte Behörde, wie es die Arzneimittelkommission ist, definiert wird, sondern durch die Gerichte. Diesen Systemwechsel dürfen wir jetzt hier nicht einfach übers Knie brechen, ohne dass jemand Gelegenheit hatte, sich über die Konsequenzen auszusprechen.
Ich denke, dass wir bei der heutigen Regelung bleiben müssen, denn wir können nicht einfach mit einem Einzelantrag einen Systemwechsel formulieren und beschliessen. Wir würden damit das System völlig ändern. Es wäre nicht mehr die Arzneimittelkommission, die über die Leistungen entschiede, sondern die Gerichte würden dies tun. Das wollen wir nicht.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Strahm .... 59 Stimmen
Dagegen .... 76 Stimmen

**Art. 104a Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 104a al. 2**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 105**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1–3, 5*
Unverändert
*Abs. 4*
.... Dauer von zehn Jahren ab Inkrafttreten dieser Gesetzesrevision vom .... befristet ....

**Art. 105**
*Proposition de la commission*
*Al. 1–3, 5*
Inchangé
*Al. 4*
.... dès l'entrée en vigueur de la présente révision de la loi du .... Le Conseil fédéral ....

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. II**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1, 2*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 3*
.... an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3, ausgehend vom Finanzierungsverhältnis im Zeitpunkt des Inkrafttretens, so angepasst, dass die Differenz zwischen aktuellem und hälftigem Anteil im ersten Jahr um einen Drittel erhöht oder verringert und im zweiten Jahr um zwei Drittel erhöht oder verringert wird, sodass der hälftige Anteil im dritten Jahr nach Inkrafttreten erreicht wird.

*Abs. 4*
*Mehrheit*
Der Bundesrat wird beauftragt, bis Ende Juni 2005 dem Parlament eine Botschaft zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen. Dabei kann für die Finanzierung eine Clearingstelle vorgesehen werden. Gleichzeitig ....
*Minderheit I*
(Widrig, Dormann Rosmarie, Meyer Thérèse)
Der Bundesrat beantragt innerhalb von drei Jahren eine Gesetzesrevision ....
*Minderheit II*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier)
Der Bundesrat beantragt .... den Leistungserbringern als Kostenträger nur die Kantone gegenüberstehen. (Rest des Absatzes streichen)
*Minderheit III*
(Eventualantrag zu Minderheit II)
(Cavalli, Baumann Stephanie, Fasel, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rossini)
Streichen

*Abs. 5*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 6*
*Mehrheit*
Im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung haben die Kantone ihren Kostenanteil für die stationäre Behandlung in nichtsubventionierten Privatspitälern nur dann zu übernehmen, wenn diese auf der Spitalliste aufgeführt sind sowie einen Leistungsauftrag haben. Die Kantone haben ihre Spitallisten nach Artikel 39 innert einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung dem neuen Recht anzupassen.

*Minderheit I*
(Guisan, Baumann Stephanie, Cavalli, Rossini)
.... Artikel 39 innert zwei Jahren ....
*Minderheit II*
(Borer, Dunant, Fattebert, Gutzwiller)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 7*
Streichen
*Abs. 8*
Die Bedingungen nach Artikel 43 Absatz 2 Buchstabe d sind von den Berufsorganisationen in Zusammenarbeit mit den Versicherern bis zum 31. Dezember 2004 aufzustellen. Sie sind vom Bundesrat zu genehmigen. Können sich Berufsorganisationen und Versicherer nicht einigen, erlässt der Bundesrat eine entsprechende Verordnung. Dabei kann er besonderen Versicherungsformen nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f, bei denen mit Leistungserbringern eine Versichertenpauschale vereinbart wird, durch besondere Vorschriften Rechnung tragen.

**Ch. II**
*Proposition de la commission*
*Al. 1, 2*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 3*
.... doit être adaptée, sur la base de la part de chacun au financement au moment de l'entrée en vigueur, de façon à ce que la différence entre la part actuelle et pour moitié soit augmentée ou réduite d'un tiers pendant la première année et de deux tiers pendant la deuxième année de sorte que la part pour moitié soit atteinte la troisième année.

*Al. 4*
*Majorité*
Le Conseil fédéral est chargé de présenter au Parlement, d'ici la fin juin 2005, un message sur l'introduction du financement moniste des hôpitaux. Un service de compensation (clearing house) peut être érigé pour le financement. Dans le même temps ....
*Minorité I*
(Widrig, Dormann Rosmarie, Meyer Thérèse)
Le Conseil fédéral propose, dans un délai de trois ans, une révision de la loi ....
*Minorité II*
(Rossini, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier)
Le Conseil fédéral propose, dans un délai de trois ans, une révision de la loi .... un seul agent payeur, à savoir les cantons. (Biffer le reste de l'alinéa)
*Minorité III*
(Proposition subsidiaire de la minorité II)
(Cavalli, Baumann Stephanie, Fasel, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rossini)
Biffer

*Al. 5*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 6*
*Majorité*
Pendant l'année qui suit l'entrée en vigueur de la présente modification, les cantons ne doivent prendre en charge leur part aux coûts pour les traitements hospitaliers dans les hôpitaux privés non subventionnés que lorsque ces hôpitaux figurent sur la liste hospitalière et ont un mandat de prestations. Les cantons sont tenus d'adapter leurs listes hospitalières selon l'article 39 au nouveau droit dans le délai d'une année après l'entrée en vigueur de la présente modification.
*Minorité I*
(Guisan, Baumann Stephanie, Cavalli, Rossini)
.... dans le délai de deux années ....
*Minorité II*
(Borer, Dunant, Fattebert, Gutzwiller)
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 7*
Biffer
*Al. 8*
Les conditions selon l'article 43 alinéa 2 lettre d sont arrêtées par les organisations professionelles en collaboration avec les assureurs jusqu'au 31 décembre 2004. Elles sont approuvées par le Conseil fédéral. Si les organisations professionnelles et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral édicte une ordonnance à ce sujet. A cet égard, il peut, au moyen de dispositions particulières, prendre en considération des formes particulières d'assurance au sens de l'article 13 alinéa 2 lettre f pour lesquelles un forfait par assuré est convenu avec des fournisseurs de prestations.

**Widrig** Hans Werner (C, SG): Ich leiste einen Beschleunigungsbeitrag, indem ich den Antrag der Minderheit I zu Absatz 4 zugunsten des Antrages der Mehrheit zurückziehe. Sämtliche Experten befürworten einen raschen Wechsel zum monistischen System. Das hat viele Vorteile. Mein ursprünglicher Antrag wurde bei der Beratung von Artikel 49 hierhin platziert. Inzwischen hat die Mehrheit eine raschere Gangart vorgeschlagen, die ich sehr unterstütze. Ich ziehe den Antrag der Minderheit I zugunsten des Antrages der Mehrheit zurück.
Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen. Das ist übrigens auch die Auffassung der CVP-Fraktion.

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité I (Widrig) a été retirée.

**Rossini** Stéphane (S, VS): La question du financement moniste est relativement importante. Elle l'est parce qu'elle soulève toute la problématique de la régulation que nous avons évoquée ces deux jours, et ce dans une logique qui va tout simplement dans une perspective de retrait de la régulation par les pouvoirs publics et, finalement, de livrer le système hospitalier aux règles de la concurrence, comme cela a été dit notamment par plusieurs intervenants des partis bourgeois.
Cette question est particulièrement problématique parce qu'on se demande finalement si, lorsqu'il y a un financement moniste et que l'on donne – dans l'état d'esprit – le pouvoir aux assureurs, on règle effectivement la question du financement. On a entendu en commission des choses assez cocasses comme par exemple qu'il y aura un retrait des financements des pouvoirs publics alors que dans la réalité, le financement moniste n'entraîne strictement aucune dépense inférieure pour les cantons, puisque ceux-ci devront allouer des montants aux assureurs qui, ensuite, iront acheter des prestations dans les différents établissements hospitaliers.
Aujourd'hui, la question qui peut se poser – et elle se pose dans d'autres débats: dans le cadre de la nouvelle péréquation financière, on a eu toute une discussion sur la relation entre celui qui commande et celui qui paie – est celle-ci: si l'Etat paie aux assureurs, n'aurait-il plus rien à dire puisque la suite logique, c'est la fin pure et simple de la planification hospitalière et la concurrence entre les établissements? Par conséquent, dans notre optique de régulation du système de santé, non pas par la concurrence parce que cela comporte trop de risques en matière d'offre de prestations et d'accès aux prestations pour la population, je développe la proposition de la minorité II qui tend à garder un financement unique, c'est-à-dire une seule source de financement – le mot «moniste» veut dire unique. Ce financement unique ne devrait pas ensuite, pour son utilisation, être confié aux seuls assureurs, mais effectivement provenir de ceux qui doivent réguler à notre avis le système hospitalier, à savoir des pouvoirs publics. Donc, la proposition de financement moniste, telle qu'elle relève de l'état d'esprit de la majorité de la commission et aussi du Conseil des Etats, n'est à mon avis qu'un élément de façade, parce que le financement est en fait fourni par les pouvoirs publics, et les pouvoirs publics

n'auraient en fait rien à dire dans les décisions. Cela paraît parfaitement incohérent.
D'autre part, il faut savoir que le problème de la constitutionnalité – je l'ai évoqué hier – a été développé dans un rapport de l'OFAS où il est très clairement dit que le financement moniste par les assureurs est anticonstitutionnel. Il l'est parce que la couverture des prestations doit être garantie par les pouvoirs publics. Il y avait dans ce rapport une prise de position très claire sur une dimension anticonstitutionnelle. Alors que, dans d'autres débats, l'anticonstitutionnalité est un élément prioritaire, ici, on marginalise cet élément. Cela nous paraît particulièrement problématique.
Par conséquent, si nous voulons simplifier la structure de financement et avoir un financement moniste, nous pouvons admettre cette volonté de simplification, mais alors elle doit être en main des pouvoirs publics.
C'est la raison pour laquelle je vous demande de soutenir la proposition de la minorité II.

**Cavalli** Franco (S, TI): Es handelt sich hier um einen der wichtigsten Diskussionspunkte. Ich hoffe, dass die Fraktionsbeiträge und die weitere Diskussion nicht mehr vor stark gelichteten Reihen stattfinden, weil es sich wirklich um einen zentralen Punkt dieser Vorlage handelt.
Mit dem Eventualantrag – wenn der Antrag der Minderheit II (Rossini) nicht angenommen wird – beantragt die Minderheit III und mit ihr die SP-Fraktion, den ganzen Absatz 4 zu streichen. Warum? Man muss sich vergegenwärtigen, was diese sehr rasche Einführung der monistischen Finanzierung bedeutet. Die monistische Finanzierung ist ein Schlagwort, das vor allem Journalisten, die wenig von den Problemen verstehen, benützen. Aber die monistische Finanzierung im stationären Bereich ist im Grunde genommen nichts anderes als die Aufhebung des Kontrahierungszwanges für den ambulanten Bereich. Gestern haben wir diese Aufhebung verworfen – nachdem diese Frage zuerst eine grosse Begeisterungswelle in der Presse ausgelöst hatte –, weil wir realisiert haben, was für Probleme damit verbunden sind. Man muss sich vorstellen: Monistische Finanzierung heisst, dass die Kantone nur noch zu bezahlen haben; das ganze Geld geht an die Krankenkassen. Die Krankenkassen entscheiden dann, welche Spitäler noch betrieben werden können, welche Spitäler nicht mehr betrieben werden können und wer noch in welches Spital gehen darf.
Man sagt uns, das sei notwendig, weil wir momentan mit dem Problem konfrontiert seien, dass vor allem die ambulanten Kosten explodierten, nämlich um 15 bis 17 Prozent pro Jahr. Die Kantone zwingen uns Spitalärzte, immer weniger Behandlungen im Spital stationär durchzuführen und alles, was nur möglich und manchmal sogar unmöglich ist, ambulant durchzuführen, bevor der Patient hospitalisiert wird oder nachdem er hospitalisiert war. Wenn eine Leistung im Spital stationär durchgeführt wird, muss der Kanton 50 Prozent zahlen; wenn die genau gleiche Leistung ambulant durchgeführt wird, muss die Krankenkasse alles bezahlen. Es gibt diese paradoxe Verschiebung der Kosten vom stationären zum ambulanten Bereich. Das ist der Hauptgrund für die Kostenexplosion. Deswegen sagt man uns: Dieses Problem können wir nur lösen, indem wir eine monistische Spitalfinanzierung einführen, mit der die Krankenkassen alles bezahlen werden. Das stimmt nicht. Dieses Problem können wir genauso gut auch anders lösen.
Die Kommission hat ein Postulat beschlossen, mit dem sie den Bundesrat beauftragen möchte, zusammen mit der monistischen Finanzierung auch diese Frage zu studieren. Dieses Problem können wir genau gleich lösen, indem wir überall im Gesundheitssystem ein dual-fixes System einführen. Wenn wir sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich und vielleicht auch in den Pflegeheimen ein dual-fixes System haben, dann gibt es diese Verschiebung der Kosten nicht mehr. Somit hätten wir dieses Problem gelöst. Dann bleibt nur noch die andere Begründung, d. h., man will den Krankenkassen die ganze Macht geben. Die Kantone müssen nur noch zahlen, die Krankenkassen entscheiden. Ich glaube aber nicht, dass wir damit so schnell einverstanden sein können.
Herr Rossini und die Minderheit II sagen: Wenn man sich schon für das monistische Finanzierungssystem entscheidet, dann soll der Staat allein die Kostenträgerschaft übernehmen, weil die Spitäler momentan meistens den Kantonen oder dann den Gemeinden gehören. Für den Fall, dass man nicht akzeptiert, dass der Kanton allein der Kostenträger ist, beantragt die Minderheit III, den ganzen Absatz 4, der unausgegoren ist, einfach zu streichen.

**Le président** (Christen Yves, président): Les propositions des minorités I (Guisan) et II (Borer) seront développées demain.

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

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

## Vierzehnte Sitzung – Quatorzième séance

**Freitag, 13. Dezember 2002**
**Vendredi, 13 décembre 2002**

*08.00 h*

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)

### 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

*Ziff. II (Fortsetzung) – Ch. II (suite)*

**Guisan** Yves (R, VD): La différence entre la proposition de la majorité et celle de la minorité I à l'alinéa 6 réside uniquement dans la durée des délais impartis. La planification, en particulier l'incorporation des cliniques privées incluant tout ou partie de leur mission, est difficilement envisageable dans le délai d'une année seulement. On me dira évidemment que plus on prolonge les délais, plus les protagonistes reporteront à l'ultime limite leur décision.
Le projet tel que formulé par le Conseil des Etats demande à être affiné; il requiert des études complémentaires et se heurte à des difficultés d'application indiscutables. Le mérite de notre Conseil a été de le recentrer sur des réformes concrètes dépourvues de provocations inutiles et réalisables à court terme avec des délais précis de réalisation. Les assurés ne sont donc ainsi pas confrontés à une nébuleuse. Il n'en demeure pas moins qu'il faut rester dans un cadre temporel réaliste et ne pas sombrer a contrario dans la précipitation.
Je vous prie par conséquent de soutenir la proposition de la minorité I qui accorde deux ans aux cantons pour réaliser cette planification.

**Borer** Roland (V, SO): Da Sie auch bei Artikel 39 Ja zum Beschluss des Ständerates gesagt haben, verlangt es die Logik eigentlich, dass Sie hier den Antrag der Minderheit II unterstützen. Es geht auch hier darum, dass wir auf der Linie des Ständerates bleiben und die Leistungen endlich aus der Sicht der Versicherten und nicht aus der Sicht der Leistungserbringer betrachten. Mit der Zustimmung zum Antrag der Minderheit II (Borer), der bei Absatz 6 dem Ständerat folgt, sorgen wir endlich dafür, dass alle Grundversicherten die gleichen Leistungen empfangen können, dass also alle Grundversicherten gleich behandelt werden. Die Ausgrenzung respektive die Einschränkung, die hier gemäss Mehrheit bei den Privatspitälern vorgenommen wird, ist in dieser Art nicht akzeptabel. Ich bitte Sie – wie Sie es schon bei Artikel 39 gemacht haben –, auch hier auf der Linie des Ständerates zu bleiben, also der Minderheit II (Borer) zuzustimmen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich werde mich kurz fassen, da ich einen grossen Teil meiner Argumente schon gestern dargelegt habe, als ich meinen Minderheitsantrag III vorgestellt habe. Es geht heute Morgen um die so genannte monistische Finanzierung. Es hat wahrscheinlich auch keinen grossen Sinn, unsererseits sehr stark dagegen zu kämpfen, weil es ja so ist, dass einfache Ideen immer verfangen, vor allem wenn sie falsch sind. Wenn in einem komplizierten System jemand kommt und eine ganz einfache Idee hat, dann ist jeder zuerst einmal sicher, dass damit die Lösung gefunden worden ist. Das gilt für alle Gehirne, und nicht nur für die einfache Seele vieler Journalisten. Das haben wir bei der Aufhebung des Kontrahierungszwanges gesehen: Viele haben darin lange das Allheilmittel gesehen, bis sie verstanden haben, worum es geht.
Ich bin mir sicher, dass das Gleiche in nächster Zeit auch bei der monistischen Finanzierung passieren wird. Diese ist im stationären Bereich eben das Pendant zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Also, ob Herr Gutzwiller es wahrhaben will oder nicht: Wenn wir den Kontrahierungszwang aufheben und die monistische Finanzierung einführen, dann haben wir in der Schweiz amerikanische Verhältnisse. Das heisst: Es gibt keine Planungsmöglichkeit mehr. Alles ist in den Händen der Versicherungen bzw. der Krankenkassen – sie steuern das ganze System –, und wir können dann das KVG wahrscheinlich vereinfachen und auf zwei Artikel zurückstutzen.
Stellen Sie sich einmal vor, was «bis 2005» heisst, wenn die Kantone Ende 2004 beginnen werden, das neue System mit den Fallpauschalen einzuführen, das wir hier beschlossen haben. Sie wissen, dass wenige Monate später eine Botschaft kommen soll, die alles das zur Makulatur werden lässt und alles ändert. Wenn wir seriös arbeiten würden, würden wir dem niemals zustimmen können.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Es geht hier ja um die Übergangsbestimmungen. Es geht um das monistische Finanzierungssystem. Das ist ein ganz wichtiges Thema für die zukünftigen Reformen, das nun vonseiten der Linken in den Übergangsbestimmungen ganz rausgekippt werden soll. Ich bitte Sie im Namen der Fraktion eindringlich, bei diesem Beschluss zu bleiben. Im Bereich Spitalfinanzierung haben wir in dieser zweiten Revision einen ersten Schritt Richtung monistisches Finanzierungssystem getan, und wir wollen hier sicherstellen, dass der zweite Schritt auch folgen wird.
Herr Cavalli, ob Journalisten «einfache Seelen» haben, wie Sie es gestern und heute gesagt haben, weiss ich nicht. Was ich aber weiss, ist, dass die Mehrheit der Gesundheitsökonomen dieses System empfiehlt und dass deshalb Ihre Unterstellung, das sei eine sehr einfache Sache, fehl am Platz ist. Es geht hier um die Anreizproblematik, es geht darum, dass die Steuerung im zukünftigen System durch eine Hand geschieht: Ein Finanzierer steht dem Leistungserbringer gegenüber. Es geht hier um einen Abbau von Fehlanreizen, die heute dadurch zustande kommen, dass im stationären Sektor 50 Prozent der Leistungen direkt gedeckt sind, aber nur 50 Prozent durch den Versicherer selbst. Dadurch ergeben sich Fehlanreize auch für die von der Linken favorisierten Managed-care-Organisationen, die dann nämlich ihre Einsparungen im Spital wirklich nicht dem Managed-care-Plan zuschreiben und die Prämien senken können. All dies sind Beispiele für Fehlanreize, die nach wie vor nicht behoben sind und die das monistische Finanzierungssystem beheben könnte. Es kann also nicht angehen, bei diesen Übergangsbestimmungen die zukünftigen, nächstfolgenden Reformschritte abzubauen. Es ist deshalb

ganz klar, dass wir bei dieser Übergangsbestimmung bleiben und dass wir eine Vorlage für den Übergang zum monistischen System bis 2005 sehen wollen.
Ich bitte Sie deshalb, der Übergangsbestimmung zuzustimmen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): J'aurai une question: puisque la majorité demande de présenter un message en 2005, ne pensez-vous pas qu'en introduisant, juste avant ce nouveau message – sur le financement moniste –, le nouveau financement tel qu'il sortira de cette loi, on va créer le chaos dans les cantons? ne pensez-vous pas que nul ne va oser décider quelque chose, sachant qu'il y a une épée de Damoclès audessus de sa tête, car le financement moniste va changer les règles du jeu, notamment – et vous l'avez déclaré en commission – en raison de la fin de la planification hospitalière?

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Herr Kollege Rossini, ich glaube, dass die Schritte in der jetzigen zweiten Revision in diese Richtung gehen. Sie schliessen ein späteres monistisches System nicht aus. Ich bin davon überzeugt, dass man bald sehen wird, wie die Umrisse dieser Vorlage sind, wenn man mit Dampf an diese Vorlage geht. Zusammen mit den anderen Themen – Ärztestopp, zukünftiges System der Vertragsfreiheit – gibt das ein Paket, das gut gesteuert auf 2005 bereit ist und per 2007 umgesetzt werden kann. Wenn man den Prozess richtig plant, liesse das genügend Zeit, dass sich die Kantone und die anderen Partner im Gesundheitswesen auf diese neue Finanzierung einstellen könnten. Aber ich bin mit Ihnen einverstanden: Es bräuchte ein sehr konzertiertes Vorgehen, das die Partner mit einbindet. Sonst wird das ein weiteres Chaos geben.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Bevor ich zu den Übergangsbestimmungen Stellung nehme, möchte ich zuhanden des Amtlichen Bulletins noch etwas nachholen, das wir übergangen haben, weil kein Antrag vorlag. Es betrifft die Artikel 66b und 105, den Risikoausgleich. Der Bundesrat und der Ständerat wollen den Risikoausgleich in das ordentliche Recht überführen; die Kommission hat den Risikoausgleich nochmals um zehn Jahre verlängert und regelt ihn daher in Artikel 105 der Übergangsbestimmungen. Wir sind uns bewusst, dass der Risikoausgleich überprüft und irgendwann ins ordentliche Recht überführt werden muss. Der Bundesrat hat aber für die 3. KVG-Revision eine Neuregelung vorgesehen. Daher hat die Kommission dieses Anliegen so aufgenommen.
Zu den Übergangsbestimmungen, zunächst zu Absatz 3: Die Kommission hat in Absatz 3 einen für die Kantone angemesseneren Übergang zur Finanzierung der stationären Einrichtungen von 50 zu 50 Prozent geschaffen. Der Bundesrat und der Ständerat haben mit Prozentpunkten gearbeitet, um welche die Beiträge erhöht werden sollten. Diese sind seit Erarbeitung der Botschaft angestiegen und schwierig kalkulierbar. Deshalb war die Kommission der Meinung, dass das angestrebte Ziel rascher erreicht werden müsse – nicht erst in fünf Jahren, sondern bereits im dritten Jahr. Dabei soll die Differenz zwischen dem heutigen Finanzierungsanteil und dem Ziel im ersten Jahr um einen Drittel, im zweiten Jahren um weitere zwei Drittel erhöht oder verringert werden.
Zu Absatz 4: Das Ziel ist nach wie vor der Übergang zu einer monistischen Finanzierung der stationären Leistungen. Damit wollen wir bezüglich der Finanzierung eine Gleichstellung der ambulanten und der stationären Medizin erreichen, nicht aber eine Entlastung des Staatswesens. Um den Übergang konkret vorzubereiten, will die Kommissionsmehrheit den Bundesrat beauftragen, bis Ende Juni 2005 dem Parlament eine Botschaft vorzulegen.
Wir haben schon mehrmals über diesen Punkt gesprochen. Diese Frist ist realistisch, das wurde uns in der Kommission auch bestätigt, denn der Bundesrat hat in seiner Klausursitzung diesen Weg eingeschlagen und dem Departement einen entsprechenden Auftrag erteilt.
Zum Antrag der Minderheit II (Rossini): Diese will die Kantone als Monisten zulassen, während sich die Kommissionsmehrheit auch eine Clearingstelle vorstellen könnte. Es gilt nochmals zu betonen, dass es sich beim monistischen System nicht darum handeln kann, die Prämienzahler stärker zu belasten, sondern es geht darum, gleich lange Spiesse für ambulante und stationäre Abrechnungssysteme zu schaffen. Transparenz kann nicht entstehen, wenn die vollen Kosten nicht ausgewiesen und in Rechnung gestellt werden können. Wer sie letztlich bezahlen muss, ist eine andere Frage, die separat entschieden werden muss. Die Spitäler haben es satt, als Defizitverursacher bezeichnet zu werden, ohne dass sie die Möglichkeit haben, auch vollumfänglich Rechnung zu stellen. Sie wollen mehr Handlungsspielraum und Verantwortung für ihre Unternehmen wahrnehmen. Sie wollen Leistungsaufträge und eine Abgeltung der entsprechenden Leistungen.
Zum Eventualantrag der Minderheit III (Cavalli): Sollte die Minderheit II unterliegen, will die Minderheit III gar nichts von einer Übergangsbestimmung wissen. Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen, beide Minderheitsanträge abzulehnen.
Jetzt noch zu Absatz 6 der Übergangsbestimmungen: Der Ständerat hat eine Übergangsbestimmung zur Beitragspflicht der Kantone an die Behandlung von zusatzversicherten Patienten in Privatspitälern aufgenommen, und zwar noch vor dem Erlass des dringlichen Bundesbeschlusses. In dieser Form ist sie heute nicht mehr korrekt. Dies wird auch Frau Bundesrätin Dreifuss nochmals erwähnen, weshalb die Kommissionsmehrheit eine vom Bundesrat vorgeschlagene Lösung übernahm. Sie verpflichtet die Kantone, ihre Spitallisten innerhalb eines Jahres anzupassen, das heisst diejenigen Privatspitäler auf ihre Spitalliste zu nehmen, die sie für ihren Bedarf als notwendig erachten. Damit will die Mehrheit raschmöglichst Rechtssicherheit für zusatzversicherte Patienten erreichen und nicht nochmals eine längere Übergangsfrist schaffen, nachdem das Gesetz dann in Kraft getreten ist.
Die Minderheit I (Guisan) möchte den Kantonen zwei Jahre Zeit geben. Wir haben aber gerade mit der Übernahme der Finanzierungsbestimmungen die Basis für diesen Übergang geschaffen und können hier nicht nochmals eine neue Frist vorsehen. Die Minderheit II (Borer) möchte die Ständeratsfassung übernehmen, will also eine Lösung, die auch laut Ausführungen des Ständerates nach dem dringlichen Bundesgesetz, das wir erlassen haben, so nicht mehr richtig ist. Die prozentbezogene Regelung des Ständerates macht wenig Sinn, wenn wir zur leistungsbezogenen Finanzierung übergehen. Deshalb wollte die Mehrheit eine klare Frist setzen, innerhalb derer die Kantone diese Pflicht erfüllen müssen, und nicht nochmals eine Übergangsbestimmung schaffen, die keine genauen Definitionen enthält.
Die Absätze 7 und 8 der Übergangsbestimmungen sind bereits erledigt. Absatz 7 gehört zum Minderheitskonzept bezüglich der Vertragsfreiheit, welches unterlegen ist. Absatz 8 gehört zum Konzept der Mehrheit und soll den Übergang sicherstellen, falls die Verträge zwischen den Leistungsanbietern und den Krankenkassen nicht rechtzeitig erfüllt werden.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Je n'ai pas à me prononcer sur le mandat que vous voulez donner au Conseil fédéral à travers cette disposition. Nous avions accepté sans difficulté la version du Conseil des Etats. La proposition de la majorité de la commission paraît un peu serrée. Il faut se rendre compte qu'il existe un risque que les hôpitaux ne mettent même pas en place les mécanismes prévus ici en disant: «De toute façon, les choses vont changer, donc prenons le temps.»
J'aimerais vous demander de ne pas sous-estimer la capacité d'inertie qui existe dans ce système. Mais vos désirs sont des ordres; je peux vous assurer que le travail est déjà entrepris dans les quatre groupes de travail et dans le groupe conjoint dont je vous ai parlé hier.
J'aimerais rappeler que par système moniste, on entend pour l'instant seulement un système comportant un seul

agent payeur; par contre, cette notion ne donne encore aucune indication sur le type de régulation. Il y aura forcément toute une série de variantes qui vont devoir être examinées, où la compétence et la responsabilité des cantons ainsi que leur contribution au financement du système joueront un rôle absolument central. Il est clair aux yeux du Conseil fédéral que le système moniste qui sera proposé ne pourra pas impliquer une déresponsabilisation des cantons, ni un retrait financier des cantons et de la Confédération du financement du système de santé suisse.

*Abs. 1–3, 5, 7, 8 – Al. 1–3, 5, 7, 8*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 4 – Al. 4*

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité I (Widrig) a été retirée hier en faveur de la majorité.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3235)
Für den Antrag der Mehrheit .... 112 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II .... 59 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3234)
Für den Antrag der Mehrheit .... 110 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit III .... 59 Stimmen

*Abs. 6 – Al. 6*

*Erste Abstimmung – Premier vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3233)
Für den Antrag der Mehrheit .... 105 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 67 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/3236)
Für den Antrag der Minderheit II .... 138 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 30 Stimmen

**Ziff. III**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Ch. III**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**2. Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung**
**2. Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie**

*Antrag der Kommission*
*Mehrheit*
Nichteintreten
*Minderheit*
(Guisan, Gutzwiller, Heberlein, Suter, Triponez, Widrig)
Eintreten

*Proposition de la commission*
*Majorité*
Ne pas entrer en matière
*Minorité*
(Guisan, Gutzwiller, Heberlein, Suter, Triponez, Widrig)
Entrer en matière

**Le président** (Christen Yves, président): Nous traiterons en même temps dans un seul débat l'ensemble des dispositions du projet 2 et l'article 66 du projet 1.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Es geht beim Schlussthema dieser Vorlage um eine etwas komplexe Geschichte, nämlich um die Finanzierung, die verschiedene Konzepte beinhaltet. Damit Sie sich orientieren können: Es gibt ein Konzept, nach dem fixe Beiträge – 150 Millionen Franken; es gibt dann auch noch höhere Beiträge, auch mit fixen Anteilen – festgelegt werden sollen. Die Minderheit vertritt dieses Konzept und möchten Sie bitten, darauf einzutreten. Daneben gibt es einen Antrag, der vor allem von den Fraktionen der SVP und SP gestützt wird und der verlangt, diese Beiträge zu indexieren. Dieses Konzept möchten wir nicht.

Ich möchte Ihnen das kurz auseinander setzen: Sie wissen, dass der Ständerat das Sozialziel ursprünglich so definiert hatte, dass die Gesamtbelastung 8 Prozent der Familieneinkommen nicht überschreiten sollte. Dafür hat er 300 Millionen Franken eingesetzt. Man hat in den Beratungen in unserem Rat aber gesehen, dass diese Limite sozial nicht besonders effizient ist. Wir haben ein neues Konzept entwickelt, dem Sie zugestimmt haben und bei dem die Limite zwischen 4 und 12 Prozent der Familieneinkommen beträgt. Dazu hat auch der Bundesrat ausgeführt – das ist sehr wichtig –, dass 150 Millionen und nicht 300 Millionen Franken nötig wären, dass das Ziel mit 150 Millionen Franken sozialpolitisch besser erfüllt werden kann, weil es stärker auf die niedrigeren Einkommen ausgerichtet ist.

Demgegenüber hat die Linke den Betrag ohne weitere Begründung einfach erhöht, und zwar auf 500 Millionen Franken. Vertreter der SVP-Fraktion ihrerseits beantragen zwei Varianten, die eine mit 150 Millionen, die andere mit 300 Millionen Franken, jeweils mit einer Indexierung versehen. Dies ist eine Indexierung, die wir sicher nicht möchten und bei welcher der Bundesbeitrag an die Kostensteigerung in der Krankenpflegeversicherung gebunden würde. Ich möchte Sie daran erinnern, dass eine der zentralen Debatten in diesem Saal in diesem Winter diejenige über Budget und Voranschlag war.

Wir haben für das nächste Jahr ein Budget, das schon mit 260 Millionen Franken im Defizit ist. Wir haben eine Schuldenbremse. Im Rahmen des Budgets haben wir in diesem Rat – der Bundespräsident hat es in Erinnerung gerufen – zu den 2,4 Milliarden Franken, die der Bund schon ausgibt, zusätzlich 150 Millionen Franken beschlossen. Zudem haben wir eine entsprechende Entlastung bei der Familienbesteuerung beschlossen. Diesem Konzept haben Sie hier zugestimmt. Es wäre nur kohärent, wenn wir jetzt auch bei diesem Konzept blieben. Das heisst ganz klar, bei 150 Millionen Franken zu bleiben, die nach Aussage des Bundesrates genügen, um das neue Sozialziel zu erreichen, und sicher keine Indexierung vorzusehen.

Ich verstehe die Kollegen aus der SVP-Fraktion nicht. Nach dem, was der Fraktionsvizepräsident etwa zum Budget gesagt hat, verstehe ich nicht, dass man nun hier ausgerechnet mit einem solchen Mechanismus kommt und die Dynamik der zukünftigen Kostensteigerung einbauen will. Denn genau dies sind die Mechanismen, die uns in die Schuldenwirtschaft treiben. Ich verstehe nicht, wie man über die Staatsquote, über das defizitäre Budget hat sprechen können und nun eine Indexierung einbaut. Wenn Sie von 300 Millionen Franken ausgehen – Sie können das selber ausrechnen –, ergibt das Folgendes: 300 Millionen Franken ergeben 2,7 anstatt 2,4 Milliarden Franken. Bei einem Zusatz von 5 Prozent pro Jahr erhöhen Sie über vier Jahre das Budget um ungefähr 130 Millionen Franken pro Jahr zusätzlich – einfach durch diesen Indexierungsmechanismus. Im Voranschlag wären das rund 500 Millionen Franken zusätzlich.

Ich möchte Sie sehr bitten, an diesem letzten Morgen dieser Session hier noch einmal genau hinzuschauen. Dieser Rat hat in der Budgetdebatte aufgrund der Ausführungen des Bundespräsidenten 150 Millionen Franken für diese Entlas-

Ref. 3235

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Dispositions transitoires al. 4

**Abstimmung vom / Vote du:** 13.12.2002 08:20:57

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | + | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | * | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | + | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | * | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | * | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | + | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | * | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | * | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | * | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | * | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | * | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | * | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 112 |
| nein / non / no | 59 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 28 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 29 | 0 | 5 | 34 | 0 | 3 | 41 | 0 |
| nein / non / no | 2 | 10 | 0 | 0 | 44 | 1 | 0 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 4 | 0 | 1 | 7 | 8 | 1 | 4 | 3 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité II Rossini

**NATIONALRAT** | Ref. 3234 | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Dispositions transitoires al. 4

**Abstimmung vom / Vote du:** 13.12.2002 08:21:52

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | + | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | + | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | * | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | * | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | + | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | * | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | * | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | * | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | * | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | * | R | BE |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | * | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | * | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | * | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | = | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | * | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / sì | 110 |
| nein / non / no | 59 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 30 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 29 | 0 | 5 | 33 | 0 | 3 | 40 | 0 |
| nein / non / no | 2 | 10 | 0 | 0 | 44 | 1 | 0 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 4 | 0 | 1 | 8 | 8 | 1 | 5 | 3 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité III Cavalli

Ref. 3233

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Dispositions transitoires al. 6

**Abstimmung vom / Vote du:** 13.12.2002 08:22:53

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | + | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | + | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | + | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | = | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | * | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | + | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Günter | * | S | BE |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | * | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | + | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | = | C | FR |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | * | S | ZH |
| Nabholz | = | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | = | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | + | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | * | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | + | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | * | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | o | R | BE |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Vallender | * | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | * | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / sì | 105 |
| nein / non / no | 67 |
| enth. / abst. / ast. | 1 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 26 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 29 | 0 | 1 | 29 | 0 | 4 | 42 | 0 |
| nein / non / no | 3 | 10 | 4 | 4 | 44 | 0 | 0 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 3 | 0 | 1 | 7 | 8 | 1 | 3 | 3 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité I Guisan

**NATIONALRAT** | Ref. 3236 | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Dispositions transitoires al. 6

**Abstimmung vom / Vote du:** 13.12.2002 08:23:41

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | = | R | TI |
| Aeppli Wartmann | = | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | = | V | BL |
| Bader Elvira | + | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | = | R | BE |
| Baumann Alexander | = | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | * | S | NE |
| Bernasconi | = | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | = | V | ZH |
| Blocher | = | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | = | V | ZH |
| Bosshard | = | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | = | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | = | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| de Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | = | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | = | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | = | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | = | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Estermann | + | C | LU |
| Fasel | = | G | FR |
| Fässler | = | S | SG |
| Fattebert | = | V | VD |
| Favre | = | R | VD |
| Fehr Hans | = | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | = | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Föhn | = | V | SZ |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | = | R | NE |
| Gadient | = | V | GR |
| Galli | * | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | = | V | AG |
| Glasson | = | R | FR |
| Glur | = | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | = | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Günter | * | S | BE |
| Gutzwiller | = | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | = | V | BE |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Hassler | * | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | = | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Imfeld | = | C | OW |
| Imhof | = | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | * | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | = | V | LU |
| Kurrus | = | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | * | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | = | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | = | V | ZH |
| Maury Pasquier | o | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Messmer | = | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Mörgeli | * | V | ZH |
| Mugny | = | G | GE |
| Müller Erich | = | R | ZH |
| Müller-Hemmi | * | S | ZH |
| Nabholz | = | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | = | R | TI |
| Pfister Theophil | = | V | SG |
| Polla | = | L | GE |
| Raggenbass | = | C | TG |
| Randegger | = | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | o | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | = | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | = | V | ZG |
| Scheurer Rémy | = | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | * | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | = | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | = | V | BE |
| Siegrist | = | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | * | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | = | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | + | R | UR |
| Steiner | = | R | SO |
| Strahm | * | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | = | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Vallender | * | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | = | E | BE |
| Walker Félix | * | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | = | V | BE |
| Wasserfallen | = | R | BE |
| Weigelt | = | R | SG |
| Weyeneth | * | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | + | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zäch | + | C | AG |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | = | V | ZH |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / sì | 30 |
| nein / non / no | 138 |
| enth. / abst. / ast. | 2 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 29 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 23 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| nein / non / no | 7 | 10 | 5 | 30 | 44 | 3 | 37 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 5 | 0 | 1 | 5 | 6 | 1 | 8 | 3 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité II Borer

tung vorgesehen. Nach Aussagen des Bundesrates genügen diese 150 Millionen Franken für eine sozialpolitisch effiziente Entlastung. Zusammen mit der Familienbesteuerung ist das ein Paket. Sie sollten konsistent sein und in diesem Rahmen bleiben.
Ich möchte Sie bitten, auf die fixen Beiträge einzutreten und dort bei 150 Millionen Franken zu bleiben. Ich möchte Sie bitten, diese nicht – wie das die Linke und, unter finanzpolitischem Gesichtspunkt unverständlich, für einmal auch die Rechte möchte – zu indexieren und keinen Mechanismus einzubauen, der uns weiter in die ganze Schuldenproblematik und in die Schuldenwirtschaft hineinführt.
Bleiben Sie also bei 150 Millionen Franken ohne Indexierung und treten Sie in diesem Sinne auf den Bundesbeschluss 2 ein.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich kann gut verstehen, dass Sie etwas verwirrt sind, weil hier verschiedene Themen vorliegen, die ineinander verschachtelt sind. Wir stimmen zuerst einmal dem Antrag der Minderheit Borer zu, d. h. Beschluss des Ständerates plus automatische Koppelung an die Kostenzunahme. Erst wenn der Antrag der Mehrheit durchfallen sollte – dies wurde alles in der Kommission so besprochen –, käme für unsere Fraktion mein Minderheitsantrag (Minderheit II) zum Tragen. Sollte der Antrag der Mehrheit nicht angenommen werden, haben wir folgende drei Möglichkeiten: gemäss Ständerat; Minderheitsantrag Gutzwiller, der gegenüber dem Beschluss des Ständerates jährlich 150 Millionen Franken weniger vorsieht; Minderheitsantrag Cavalli, der gegenüber dem Beschluss des Ständerates jährlich 200 Millionen Franken mehr vorsieht.
Warum mein Minderheitsantrag? Wir haben gestern das Sozialziel beschlossen. Angesichts unserer Beschlüsse heisst das Sozialziel aber nur, dass wir für die Prämienverbilligung eine Bandbreite von 2 bis 12 Prozent haben werden. Zudem werden noch die Kantone festlegen, wie breit diese Bandbreite sein wird. Was wir also mit diesem System erreichen werden, hängt nicht so sehr von der Methodologie ab, sondern davon, wie viel Geld hineingepumpt wird. Wenn wir, wie es der Minderheitsantrag Gutzwiller vorsieht, wenig Geld hineinpumpen, würden wir überhaupt nichts erreichen. Dann hätten wir eine Lösung, die schlechter ist als jene des Ständerates. Wenn wir bei diesem System bleiben, muss man, um zumindest eine gewisse soziale Lösung zu haben und das so programmierte Sozialziel zu erreichen, unseres Erachtens mindestens eine halbe Milliarde Franken hineinpumpen. Ansonsten ist die Wirkung relativ klein. Da wir uns eben gegenüber dem Beschluss des Ständerates für dieses System entschieden haben, haben wir in diesem Sinne beschlossen, dass, falls der Antrag der Minderheit Borer nicht durchkommen sollte, das Sozialziel erst dann erreicht werden kann, wenn man eine halbe Milliarde Franken in dieses System hineinpumpt.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Avec ma proposition subsidiaire à l'article 1er du projet 2 (arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie), je propose tout simplement, si la minorité II (Cavalli) est rejetée, d'en rester à la décision du Conseil des Etats.
Je ne reprendrai pas tous les arguments développés par M. Cavalli tout à l'heure, mais on ne peut pas d'un côté opter, comme nous l'avons fait hier, pour un soutien aux familles dans la réduction des primes, et de l'autre ne pas avoir les moyens nécessaires pour aboutir à cette réduction des primes. Nous ne pouvons pas choisir le principe de lier, comme nous l'avons fait aux articles précédents, le niveau de subventionnement à la capacité financière des ménages, et avoir en même temps des réserves sur les moyens à notre disposition.
Par conséquent, ma proposition subsidiaire vise surtout à ne pas descendre en dessous du montant des subventions du modèle des 8 pour cent décidé par le Conseil des Etats. Nous devons absolument pouvoir assumer le choix du modèle que notre Conseil a adopté, qui est meilleur que celui du Conseil des Etats, qui est beaucoup plus social et en lien avec la réalité économique des ménages.
Le modèle des 8 pour cent a été évalué par les cantons; il génère des coûts supplémentaires relativement importants à leur charge. Nous avons reçu de la documentation des cantons: pour les quelques cantons romands qui ont essayé de chiffrer le coût du maintien des droits acquis, et j'insiste sur cet élément, pour que ceux qui bénéficient des subventions aujourd'hui ne voient pas leurs subventions diminuer demain, eh bien pour le seul maintien de ces subventions, dans les cantons de Genève, de Vaud, de Fribourg, du Tessin, du Jura et de Neuchâtel, nous arrivons déjà à un surcoût estimé à 520 millions de francs. Alors effectivement, on peut discuter peut-être des chiffres, mais les ordres de grandeur sont quand même révélateurs et nous font réfléchir.
Par conséquent, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité II, et au pire, à soutenir ma proposition subsidiaire, mais en aucun cas à aller au-dessous de cette limite.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Mein Minderheitsantrag lehnt sich bei Artikel 66 an das System der Mehrheit an. Der einzige Unterschied ist, dass der Basisbetrag von einem um 150 Millionen Franken tieferen Niveau ausgeht als der ursprünglich vom Bundesrat vorgesehene Betrag. Aufgrund dieses Betrages werden dann nach dem System der Mehrheit in Artikel 66 die jährlichen Beiträge des Bundes ab dem Jahr 2005 an die Kostenentwicklung angepasst, und damit wird der Bund bei der Kostenstabilisierung in die Pflicht genommen.

**Meyer** Thérèse (C, FR): La proposition de minorité qui demande d'abroger l'alinéa 5 de l'article 66 est une manière de remettre en question une pratique qui a fait couler beaucoup d'encre ces dernières années, à savoir que les cantons n'utilisaient pas les subsides mis à disposition par la Confédération pour réduire les primes de leurs assurés.
Selon l'article 65 alinéa 1quater, les cantons doivent déterminer les détails de leur action, et ils sont aidés en cela par les subsides de la Confédération pour réduire les primes de leurs assurés. Selon l'article 65 alinéa 1ter, le Conseil fédéral détermine, après consultation des cantons, la prime de référence.
L'article 65 alinéa 2 stipule que les réductions de primes sont fixées de façon à ce que les contributions annuelles de la Confédération et des cantons au sens de l'article 66 soient utilisés entièrement.
L'article 66 alinéa 5 permet à ces cantons de renoncer au 50 pour cent de la contribution de la Confédération s'ils peuvent atteindre le but social en engageant un peu moins de moyens.
Cette façon de faire a suscité beaucoup de critiques. La minorité voudrait que les cantons et la Confédération fixent les moyens dont ils ont besoin pour atteindre le but social, et qu'ils les utilisent. On n'aurait pas ces montants de 500 millions de francs qui restent non utilisés et qui font l'objet ensuite de la convoitise de beaucoup de personnes, pour faire des allègements complémentaires.
Afin d'engager une réflexion sur cette manière de faire, je vous demande donc de suivre la minorité.

**Rossini** Stéphane (S, VS): On en revient alors cette fois-ci à l'article 66 du projet de loi, tel que prévu par la majorité de la commission et je vous invite à préférer cet article plutôt que l'arrêté fédéral 2 que nous avons débattu tout à l'heure et qui intègre exclusivement la question des montants alloués à la réduction des primes.
L'article 66, tel qu'il ressort de la proposition de la majorité, permet, d'une part, de faire un pas supplémentaire dans la question du subventionnement social, ce qui permet de pallier les lacunes du système des primes par tête et, d'autre part, de définir un certain nombre de seuils de départ sur la question des montants effectivement alloués et aussi sur le principe d'adaptation de ces montants. Aujourd'hui, nous sommes confrontés – et je ne reviendrai pas sur les propos que j'ai tenus hier par rapport à la question fédéraliste de dé-

finition des seuils sociaux et d'allocation des montants par les cantons en faveur de la réduction des primes – à un décalage entre ce que nous décidons ici, dans le cadre de l'enveloppe définie pour la réduction des primes et, finalement, la réalité de l'évolution des coûts, non pas seulement des coûts du système de santé, mais surtout de ceux de l'assurance-maladie.
Par conséquent, avec cette proposition de la majorité de la commission, nous réglons d'abord le seuil de départ, qui est celui qui a été retenu par le Conseil des Etats (projet 2, art. 1er), et je pense que c'est un seuil qui peut être acceptable, d'autant plus que l'article 66 alinéa 2 qui vous est proposé, règle finalement un débat politique annuel, ou quadriennal, que l'on pourrait tenir et qui, finalement, peut se trouver en décalage entre l'évolution des coûts et le soutien social que le Parlement veut accorder pour y parvenir. Alors, je crois que, ici, il y a une cohérence qui est proposée par la majorité de la commission et cette cohérence nous paraît essentielle.
Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir l'article 66 tel qu'il est proposé par la majorité de la commission.

**Robbiani** Meinrado (C, TI): Pour les assurés se situant au-dessus du seuil qui donne droit aujourd'hui aux subsides, les primes de l'assurance-maladie sont devenues un facteur croissant de difficulté, et même d'appauvrissement. Cette révision de la LAMal ne peut donc pas éluder le problème. Ce sont les familles des couches moyennes qui sont les plus touchées et cela a été démontré aussi par des études très détaillées. Et donc ces familles ont droit à une meilleure prise en considération de la charge représentée pour elles par l'assurance-maladie.
C'est pourquoi, pour le groupe démocrate-chrétien, il faut absolument profiter de cette révision pour introduire un système plus efficace et social de réduction des primes. Mais l'efficacité du nouveau modèle est indissociable des moyens financiers qu'on lui réserve.
Malheureusement, on ne dispose pas encore aujourd'hui de données permettant de définir, avec une extrême précision, les ressources nécessaires à l'application du nouveau modèle. Se basant toutefois sur des évaluations qui ont été avancées lors des discussions au sein du Conseil des Etats, la majorité de la commission propose qu'on accorde au financement du système de réduction des primes à peu près 300 millions de francs supplémentaires par rapport au montant actuel.
Le groupe démocrate-chrétien est convaincu qu'un tel montant est pleinement justifié et même indispensable si on désire éviter de vider le projet de son sens et de diminuer l'efficacité du nouveau modèle de réduction des primes.
Le groupe est aussi favorable à la solution consistant à ancrer dans la loi même le montant et, surtout, le principe de son adaptation à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie obligatoire.
Sur ce sujet, le groupe démocrate-chrétien vous invite donc à ne pas entrer en matière sur l'arrêté 2 et à régler cette question à l'article 66 de la loi, en soutenant là la proposition de la majorité de la commission.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Es geht um die Beteiligung des Bundes und darüber hinaus auch der Kantone an der Prämienverbilligung in diesem System. Wir unterstützen die Mehrheit bezüglich den Überlegungen, anstelle der Festlegung des Bundesbeitrages über vier Jahre den Betrag der Kostenentwicklung in der obligatorischen Grundversicherung anzupassen und damit zu verbinden. Damit wird der Bundesbeitrag wie bei den anderen Sozialversicherungen gehandhabt. Das heisst, bei der AHV und der IV, als sozialpolitischen Grundelementen für unsere Bevölkerung, wird der Bundesbeitrag auf die Ausgabenentwicklung bezogen gehandhabt. Unserer Meinung nach sollte das auch für die Krankenversicherung gelten.
Als Ausgangslage ist nicht eine prozentuale Beteiligung genannt – im Unterschied zu AHV und IV –, sondern eine Summe, bei der man sich noch streiten kann, ob es mehr oder weniger sein soll. Die Überlegung stützt sich auf den Umstand, dass Bund und Kantone wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung im Gesundheitswesen haben. Auf Bundesebene kennen wir die Bestimmung, dass der Katalog der Grundversicherung dem Departement oder dem Bundesrat obliegt. In den Kantonen ist es so, dass die Spitalpolitik und damit der Einfluss auf die Kosten im stationären Bereich bei den Kantonen liegt. Das rechtfertigt es unserer Meinung nach, dieses alle vier Jahre stattfindende Gezerre um den Beitrag des Staates an das System zu beenden und das Ganze auf eine neue Ebene zu stellen. Wir verzichten darauf, diese Bestimmung weiterzuführen, und sagen, wir machen das gleich wie bei den anderen Sozialversicherungen.
Es geht dann vor allem auch darum festzulegen, auf welcher Höhe und mit welcher Summe begonnen werden soll. Hier sind wir der Meinung, dass der Antrag der Minderheit Stahl, auf einem etwas bescheideneren Niveau als Ausgangslage zu beginnen, der richtige wäre. Wir beantragen Ihnen, auch mit Rücksicht auf die Bundesfinanzen, hier mit einer kleineren Summe zu starten. Es geht also darum – damit das klar ist –, die Beteiligung des Staates an die Entwicklung der Gesundheitskosten anzubinden und anteilmässig gleich bleibende Prämienverbilligungen für Bund und Kantone einzuführen.
Zum Schluss noch eine Bemerkung zum Vorgehen, weil es dann vielleicht etwas kompliziert ist: Der Präsident beabsichtigt, zuerst die Frage des Eintretens auf den Bundesbeschluss 2 zu stellen. Das heisst, wenn man diesen Wechsel zu einer anteilsmässigen Beteiligung des Bundes will, wie wir ihn unterstützen und wie ihn die Mehrheit beantragt, muss man nicht auf den Bundesbeschluss 2 eintreten, weil man nachher dann die Höhe der Summe in Artikel 66 bestimmen kann. Nichteintreten heisst dann nicht, dass es kein Geld gibt, sondern dann kommt die Mehrheit der Kommission zum Zuge, die einen anderen Ablauf vorsieht. Damit das ganz klar ist, wollte ich mich dazu noch äussern.
Die SVP-Fraktion wird der Kommissionsmehrheit zustimmen und dann dem Antrag der Minderheit Stahl, um 150 Millionen Franken tiefer zu starten, als das der Ständerat vorsieht.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: En se fondant sur le modèle de calcul basé sur les statistiques de l'OFAS ainsi que sur la distribution des revenus – revenus nets – selon la statistique de l'impôt fédéral direct de l'Administration fédérale des contributions, on a évalué le montant des subventions à accorder au titre de la réduction des primes pour que le but social puisse être atteint dans tous les cantons, en supposant que le montant mis à disposition par la Confédération soit totalement épuisé.
Puisque les assurés doivent continuer d'être incités à s'affilier à un assureur offrant des primes basses, le calcul des besoins de subvention part, comme grandeur de référence pour le droit à la réduction des primes, de la prime la plus basse du canton.
Le modèle de calcul prenant comme référence la prime la plus basse a pour effet qu'il faudrait augmenter les contributions de la Confédération et des cantons de 415 millions de francs au total. Comme les cantons fournissent 50 pour cent des fonds qui sont octroyés à titre de subventions, la Confédération devrait alors verser 280 millions de francs de plus pour que chaque canton puisse atteindre l'objectif en matière de subventions. L'augmentation de 300 millions de francs de la contribution fédérale prise en considération constitue donc un ordre de grandeur raisonnable, et il n'est humainement pas possible d'être plus précis.
La mise en place du modèle dans la pratique pose un certain nombre de problèmes, les assureurs offrant les primes les plus basses ne représentant jamais la moyenne de la population. En règle générale, il s'agit de mini-caisses ou d'assurances avec une structure de risques particulièrement favorable. Lorsque le Conseil fédéral fixe, après consultation des cantons, la prime de référence déterminante pour établir le droit à la réduction des primes, cette problématique doit

être prise en compte. Si on ne se réfère pas à la prime la plus basse, le besoin de subvention augmente.
L'arrêté fédéral du 31 mai 1999 prévoyait, pour 2003, que les subsides fédéraux s'élèveraient à 2314 millions de francs. La contribution fédérale a augmenté de 1,5 pour cent par an pendant la durée de validité de l'arrêté fédéral. Elle a donc augmenté bien moins vite que le montant des primes qui a connu une augmentation de 3,8 pour cent pendant la période 1999/2000 et de 5,5 pour cent pendant la période 2000/01. Aussi la majorité de la commission propose-t-elle que la contribution fédérale augmente de 3 pour cent à partir de 2004, année d'entrée en vigueur du nouvel arrêté fédéral. Ainsi, dans l'hypothèse où, à partir de cette date, l'augmentation ne serait plus de 1,5 mais de 3 pour cent et où, toujours à partir de cette même date, seraient débloqués 300 millions de francs par an pour permettre que le but social précité soit atteint, les subventions versées par la Confédération pendant la période 2004–2007 s'élèveraient au plus à 2684 millions de francs comme le propose la majorité de la commission.
Alors, comme cela a été dit tout à l'heure, il s'agira d'abord de savoir si nous voulons entrer en matière sur un arrêté ou si nous voulons inscrire ces chiffres dans la loi. Ensuite, il s'agira de se déterminer sur les chiffres: 2534 millions de francs selon la minorité I (Gutzwiller), 2684 millions de francs comme le propose la majorité de la commission ou 2884 millions de francs comme le propose la minorité II (Cavalli). Le chiffre de 2684 millions de francs tel que proposé par la majorité de la commission correspond à la solution du Conseil des Etats.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Ich möchte mich zuerst ganz kurz zum Antrag der Minderheit Meyer Thérèse bei Artikel 66 Absatz 5 äussern, über den unabhängig abgestimmt werden muss: Diese Minderheit will – Sie haben es gehört –, dass die Kantone den gesamten Betrag der Prämienverbilligung auszahlen müssen. Sie will also eine verpflichtende Formulierung einfügen, dies im Gegensatz zu den Regelungen, die wir bis heute hatten. Wir müssen diesen Minderheitsantrag auch im Zusammenhang mit der Neuregelung der Finanzierung und des Sozialzieles sehen.
Ich beantrage Ihnen im Namen der Kommissionsmehrheit, diesen Antrag der Minderheit Meyer Thérèse abzulehnen.
Jetzt zur Frage eines Bundesbeschlusses 2 über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung bzw. einer Regelung in Artikel 66 des Bundesgesetzes. Sie haben es gehört, als Grundlage für die Beiträge des Bundes an die Krankenversicherung liegen zwei verschiedene Konzepte vor: Die Kommissionsmehrheit unterstützt die Aufnahme des Finanzierungsbeschlusses in das Gesetz, in Artikel 66. Sie will nicht auf einen separaten Bundesbeschluss zur Finanzierung eintreten, wie er vom Ständerat beschlossen wurde.
Worin liegen die wesentlichen Unterschiede? Artikel 66 sieht vor, dass die Beiträge an die Krankenversicherung jährlich automatisch der Kostensteigerung im Gesundheitswesen angepasst werden. In einem Mehrheits- und einem Minderheitsantrag stehen sich zwei unterschiedliche Beitragshöhen als Ausgangsbasis gegenüber. Während die Mehrheit vom Betrag ausgeht, den der Ständerat in einem separaten Bundesbeschluss festgehalten hat und der 300 Millionen Franken mehr beinhaltet, als dies heute der Fall ist, will die Minderheit Stahl von einem tieferen Betrag ausgehen. Die Minderheit Stahl will die 150 Millionen Franken in Abzug bringen, die der Ständerat unterdessen in seinem Steuerpaket zur Entlastung der Familien beschlossen hat.
Den Anträgen der Mehrheit und der Minderheit ist jedoch gemeinsam, dass sie den Automatismus ins Gesetz einführen und dass diese jährlichen automatischen Beitragserhöhungen durch eine Gesetzesrevision wieder aufgehoben werden müssten. Die Beiträge dienen, das sei auch klargestellt, selbstverständlich der durchschnittlichen Prämienreduzierung, denn wenn die Bundesbeiträge höher sind, werden auch die Prämien reduziert.
Der Ständerat und die Minderheit Guisan bevorzugen das Modell eines separaten Bundesbeschlusses, wie dies bis heute der Fall war. Dabei geht der Ständerat von einer Beitragserhöhung von 300 Millionen Franken aus. Er fasste diesen Beschluss wie erwähnt, bevor die Entlastung der Familien im Steuerpaket beschlossen wurde und ohne dass das heute veränderte Sozialziel so, wie wir es jetzt im Nationalrat genehmigt haben, beschlossen worden war.
Anstatt diese 300 Millionen Franken Mehrkosten gemäss Ständerat beantragen die Minderheit I (Gutzwiller) und bei Artikel 66 die Minderheit Stahl rund 150 Millionen Franken weniger. Während der Geltungsdauer des jetzt geltenden Bundesbeschlusses beträgt die jährliche Erhöhung rund 1,5 Prozent, die Erhöhung, wie sie im neuen Bundesbeschluss vorgesehen ist, beträgt rund 3 Prozent, während die Kostensteigerung rund 5,5 Prozent betrug. Im neuen Bundesbeschluss ist zwischen 2004 und 2007 wie gesagt ein jährliches Wachstum von 3 Prozent vorgesehen.
Gemäss Antrag der Mehrheit wird der Betrag laut Gesetz jährlich automatisch angepasst. Über den Antrag der Minderheit II (Cavalli) ist nur dann abzustimmen, wenn auf den Bundesbeschluss eingetreten würde.
Die Kommission hat mit 17 zu 6 Stimmen entschieden, dass diese Frage in Artikel 66 geregelt werden soll. Daher möchte ich Ihnen im Namen der Kommission beantragen, beim Bundesbeschluss 2 der Mehrheit zuzustimmen – persönlich bin ich bei der Minderheit.
Ich möchte zum Schluss noch ein Wort zu den Postulaten verlieren, damit wir nicht nochmals sprechen müssen: Die Postulate, die Sie am Ende der Fahne finden, waren in der Kommission alle unbestritten, und der Bundesrat ist bereit, sie entgegenzunehmen, sodass wir nicht mehr einzeln darüber abstimmen müssen.
Lassen Sie mich ganz am Schluss noch einen herzlichen Dank aussprechen, zuerst an Frau Bundesrätin Dreifuss, welche diese Verhandlungen sehr kompetent geleitet hat, dann aber auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Departementes, welche uns mit Bergen von Unterlagen immer bestens informiert haben, und an Herrn Urs Hänsenberger, Kommissionssekretär, der die Kommission ganz stark unterstützt hat.
Ich möchte Ihnen im Namen der Kommission beantragen, jetzt bei Artikel 66 der Mehrheit zuzustimmen und diesen Diskussionsmarathon abzuschliessen.

**Dreifuss** Ruth, conseillère fédérale: Nous avons plusieurs problèmes à régler ici. Je parlerai d'abord du montant et de l'adaptation du volume des moyens mis à disposition par la Confédération pour le subventionnement des primes.
La première question, et la plus difficile certainement, est celle de savoir s'il faut une indexation ou non des montants mis à disposition par la Confédération au titre de la réduction des primes. Je dois dire très honnêtement – je ferai comme Mme Heberlein – que l'avis que je défends ici est mon opinion qui correspond à celle de la majorité de la commission telle qu'elle est exprimée à l'article 66 alinéa 2. Même s'il n'a pas eu l'occasion de prendre position sur la proposition elle-même, je pars de l'idée que le Conseil fédéral est de l'avis de la minorité de la commission, à savoir qu'il faut régler la question non pas par une indexation, mais par la fixation périodique de montants disponibles fixes dans le plan financier.
J'aimerais cependant plaider ici pour une forme d'indexation des subsides de la Confédération pour la raison suivante. Nous avons un système d'assurance-maladie qui pèse lourd financièrement sur la population parce qu'il est indexé au niveau des primes. L'assurance-maladie connaît, année après année, l'équilibre financier – ce qui est en soi un avantage – parce qu'on ajuste les primes d'année en année. Or, les primes sont le seul élément indexé. Ainsi, en plus de l'augmentation des primes que doit supporter l'assuré par rapport à l'augmentation des coûts, il doit aussi assumer le retrait des moyens publics de ce système, en l'occurrence les subsides annuels versés par la Confédération et les cantons, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas indexés.
Le seul élément automatiquement indexé est le montant des primes. Or je considère que la responsabilité de l'Etat est

engagée en matière d'augmentation des coûts, que ce soit celle de la Confédération ou celle des cantons. C'est à ce niveau-là que se prennent les décisions qui ont de l'influence sur les coûts. Il est donc normal que l'assuré ne doive pas supporter davantage que l'augmentation réelle des coûts de l'assurance-maladie, ou en tout cas que l'évolution de ces coûts, et qu'il ne doive pas prendre en charge les coûts supplémentaires qui résulteraient du retrait de la Confédération et des cantons.
En ce qui concerne les couches de la population les plus pauvres, celles dont les revenus sont les plus bas, celles qui bénéficient de réductions de primes, je trouve qu'il ne faut pas que les moyens mis à disposition par la Confédération et aussi par les cantons pour alléger les charges des personnes de condition économique modeste fondent sous le soleil brûlant de l'augmentation des coûts, et qu'il faut au contraire que la disponibilité de les soutenir face à ces charges soit là. Je pense donc que l'idée d'une indexation est juste et qu'il faudra trouver le bon mécanisme, la bonne référence: est-ce que ce sont les coûts de l'assurance-maladie obligatoire? est-ce que ce sont les coûts des caisses-maladie? Je ne crois pas. Nous avons un élément régressif dans la proposition de la majorité par rapport à l'augmentation des primes telle que l'ont connue les assurés.
Voilà la raison pour laquelle je plaide, en ce qui concerne le mécanisme, en faveur de la proposition de la majorité.
La deuxième question est de savoir quel est le point de départ pour 2005. Je me demande s'il ne serait pas sage, dans la situation actuelle difficile que connaissent les finances fédérales, de vous rallier à la minorité comme point de départ, comme seuil; que ce soit à l'article 66 ou que ce soit surtout dans l'arrêté, en vous rattachant à la formule dans l'arrêté qui fait augmenter de 150 millions de francs de 2003 à 2004 le montant de départ affecté au système de subventionnement dans la nouvelle période, ou sous le régime de la nouvelle loi.
Pourquoi seulement 150 millions de francs d'augmentation? Parce que ces 150 millions de francs sont de toute façon un engagement qui a été pris dans le cadre de la discussion sur la réforme fiscale; ils sont dus de toute façon à la population. Mais aller au-delà dans la période difficile qui est la nôtre me semble délicat.
Voilà la raison pour laquelle j'aimerais vous recommander à ce stade, consciente que le débat doit continuer avec le Conseil des Etats, de vous rallier à la minorité à l'article 66, qui prévoit comme montant de départ 2534 millions de francs et une indexation sur les coûts de l'assurance-maladie obligatoire. C'est la position que je vous recommande de prendre dans ce vote.
Si tel n'était pas le cas et sans indexation, il faudrait alors qu'au niveau de l'arrêté, vous souteniez la formulation du Conseil des Etats.

**Cavalli** Franco (S, TI): Damit es auch von unserer Seite her klar ist: Wir sind für Nichteintreten auf den Bundesbeschluss 2, weil nach unserem Antrag die zweitbeste Lösung der Antrag der Mehrheit ist – Artikel 66 mit einer Indexierung. Wir wissen wohl, dass wir Gefahr laufen, dass dann der Antrag der Minderheit Stahl akzeptiert wird. Das können wir später immer noch ausräumen. Auch wenn wir eintreten, besteht die Gefahr, dass die Minderheit I (Gutzwiller) durchkommt, genau gleich. Dann haben wir lieber den gleichen Betrag mit Indexierung als den gleichen Betrag ohne Indexierung.

*Abstimmung – Vote*
Für Eintreten .... 48 Stimmen
Dagegen .... 134 Stimmen

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 66**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1bis*
*Mehrheit*
Für das Jahr 2004 beträgt der jährliche Beitrag des Bundes 2684 Millionen Franken.
*Minderheit*
(Stahl, Bortoluzzi, Gutzwiller, Triponez)
.... 2534 Millionen ....

*Abs. 2*
Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone werden ab dem Jahr 2005 der jährlichen Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angepasst.

*Abs. 5*
*Mehrheit*
Unverändert
*Minderheit*
(Meyer Thérèse, Cavalli, Maury Pasquier, Rossini, Zäch)
Aufheben

**Art. 66**
*Proposition de la commission*
*Al. 1bis*
*Majorité*
Le subside annuel de la Confédération pour l'année 2004 s'élève à 2684 millions de francs.
*Minorité*
(Stahl, Bortoluzzi, Gutzwiller, Triponez)
.... 2534 millions ....

*Al. 2*
A partir de l'année 2005, les subsides annuels de la Confédération aux cantons seront adaptés à l'évolution annuelle des coûts de l'assurance-maladie obligatoire.

*Al. 5*
*Majorité*
Inchangé
*Minorité*
(Meyer Thérèse, Cavalli, Maury Pasquier, Rossini, Zäch)
Abroger

*Abs. 1bis – Al. 1bis*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 97 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 89 Stimmen

*Abs. 2 – Al. 2*
*Angenommen – Adopté*

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*
Für Annahme der Ausgabe .... 112 Stimmen
Dagegen .... 53 Stimmen

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht*
*La majorité qualifiée est acquise*

*Abs. 5 – Al. 5*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 110 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 77 Stimmen

**Pelli** Fulvio (R, TI): On a suivi avec un tout petit peu de désarroi le développement des discussions autour de cette loi.

Un des buts les plus importants qu'on aurait dû essayer d'atteindre, c'était de freiner l'augmentation des coûts de la santé dans ce pays. Il y avait des propositions de droite et de gauche pour essayer de bloquer l'augmentation des coûts de la santé. Ni les unes ni les autres n'ont été acceptées par cette Chambre, ce qui signifie qu'on a choisi de faire augmenter les coûts de la santé.
La dernière décision qu'on a prise avec l'indexation des subventions de la Confédération, ce qui signifie aussi l'indexation des primes, constitue le motif pour lequel le parti radical-démocratique rejette le travail de notre Chambre.
Le groupe radical-démocratique rejettera l'ensemble de cette révision, qui est insupportable pour le système de santé suisse.

**Borer** Roland (V, SO): So wie wir heute und in den vergangenen drei Tagen legiferiert haben, zeigen wir, dass wir mit einer jährlichen Kostensteigerung im Gesundheitswesen im Umfang von ungefähr 10 Prozent einverstanden sind. Entgegen dem Ständerat, der wenigstens in Ansätzen einen Wechsel zu einem System mit mehr Wettbewerb und mehr Kostendämpfungselementen vorgesehen hat, haben wir eigentlich den heutigen Zustand betoniert. Auf der einen Seite wollen wir keinen Wettbewerb unter den Leistungserbrin-

permanence de l'exercer avec vous, dans le respect de vos fonctions, dans le respect de vos opinions et surtout avec l'estime que je porte à vos personnes.
Cette expérience a été pour moi un grand enrichissement. Je vous laisse beaucoup de travail et je vous souhaite non seulement bonne chance pour le réussir, mais surtout pour le réussir dans le sens des besoins de notre population.
Merci à tous. J'ai reçu des fleurs de toutes les couleurs; j'ai reçu des roses et des soucis; les roses ont des fleurs et des épines, j'en ai reçu de tous les groupes parlementaires et je les ai toutes acceptées de bon coeur.
Bonnes fêtes de fin d'année, bonne nouvelle année, bonnes élections l'année prochaine et surtout bon travail. *(Applaudissements nourris)*

99.464

## Parlamentarische Initiative Rechsteiner Paul. Rehabilitierung der Flüchtlingsretter und der Kämpfer gegen Nationalsozialismus

## ıus
## ɜmentaire
## ʾaul.
## ı des personnes
## les réfugiés
## e le nazisme

ˈeuxième étape

12.99
2
0
).00
ional 14.12.00 (Erste Phase – Première étape)
2 (BBl 2002 7781)
).02 (FF 2002 7226)
ndesrates 09.12.02 (BBl)
09.12.02 (FF)
ional 13.12.02 (Zweite Phase – Deuxième étape)

---

', AG), für die Kommission: Unser Rat hat
ır Parlamentarischen Initiative Rechsteiner
ən. Die Kommission für Rechtsfragen un-
ɜute einen ausführlichen Bericht und den

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)

Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01

Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)

---

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Eine Vorbemerkung: Die wichtigste Differenz besteht darin, dass wir und der Nationalrat auf die Vorlage eingetreten sind, dass der Nationalrat sie aber in der Gesamtabstimmung abgelehnt hat. Somit müssten wir eigentlich nur unser Eintreten bestätigen, denn die Ablehnung in der Gesamtabstimmung durch den Nationalrat kommt einem Widerruf des Eintretens gleich. Ich gehe aber davon aus, dass Sie damit einverstanden sind, dass wir darauf verzichten, noch einmal auf die Vorlage einzutreten, und dass wir hier sozusagen eine zweite Detailberatung durchführen, denn unsere Kommission hat die Vorlage aufgrund der Beschlüsse des Nationalrates, die inzwischen hinfällig sind, doch stark verändert.
Zum Vorgehen: Bei der Vorlage 1 handelt es sich um die Gesetzesrevision. Bei der Vorlage 2 handelt es sich um den entsprechenden Finanzierungsbeschluss. Ich gedenke, die Detailberatungen zu den beiden Vorlagen gemeinsam durchzuführen und anschliessend die beiden Gesamtabstimmungen vorzunehmen, sodass man in beiden Fällen en connaissance de cause entscheiden kann. – Sie sind damit einverstanden.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Als Erstrat haben wir in der Herbst- und Wintersession des Jahres 2001 über die Vorlage entschieden. Der Nationalrat hat sie während eines Jahres in seiner Kommission beraten und in der letzten Wintersession im Rat behandelt, und siehe: Am Freitag den 13. Dezember 2002 hat er sie in der Gesamtabstimmung mit 93 zu 89 Stimmen knapp verworfen. Ich hoffe, dass Donnerstag der 13. uns heute mehr Erfolg verspricht. Die Ablehnung des Nationalrates in der Gesamtabstimmung bewirkt, dass wir die Vorlage nach den parlamentarischen Gesetzen nochmals von vorne und völlig frei beraten können. Es geht um mehr als um blosses Eintreten. Wir sind völlig frei, wie wir die Vorlage behandeln.
Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgabe hat sich Ihre Kommission für folgendes Vorgehen entschieden: Sie hält grundsätzlich an ihren früheren Beschlüssen fest. Sie hat aber geprüft, ob sie einzelne Mehrheitsbeschlüsse des Nationalrates aus der Detailberatung übernehmen soll. Beispielsweise haben wir das bei der Prämienverbilligung getan. Wir haben aber auch die Entwicklung und Erkenntnisse der vergangenen 15 Monate berücksichtigt und unsere eigene Vorlage verbessert, beispielsweise bei der Einführung des Vertragsprinzips. Gleichzeitig haben wir einige Schlaglöcher geebnet, welche im Nationalrat zur Ablehnung in der Gesamtabstimmung geführt haben, kurz: Wir legen Ihnen eine insgesamt verbesserte Neuauflage vor.
Wir haben rasch gearbeitet. Seit Ende Januar haben wir an fünf Sitzungstagen während 22 Stunden beraten. Diese Eile hat folgende zwei Gründe: Zum Ersten ist die Revision des Krankenversicherungsgesetzes wichtig. Würden wir sie noch weiter verzögern – die Botschaft des Bundesrates liegt ja bereits zweieinhalb Jahre zurück – und weiter hinausschieben, würde unser Gesundheitssystem Schaden nehmen, weil nötige Verbesserungen nicht durchgeführt würden. Denn eine KVG-Revision wird, im Gegensatz zum Walliser Wein, nicht besser, je länger sie lagert, und die Reifezeit scheint mir hier überschritten zu sein.
Zum Zweiten ist die Revision ein indirekter Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative der Sozialdemokratischen Partei, über die wir am 18. Mai dieses Jahres abstimmen werden. Mit den Bestimmungen zur Prämienverbilligung glauben wir eine gegenüber der Initiative bessere Alternative vorzulegen. Wir übernehmen die Bestimmung des Nationalrates, der unsere erste Vorgabe – das Sozialziel von 8 Prozent – verfeinert und verbessert hat. Wenn Sie uns zustimmen, haben beide Räte einmal so beschlossen und damit die Prämienverbilligung faktisch bereinigt und – wenn auch nicht rechtlich – einen indirekten Gegenvorschlag beschlossen.
Ich möchte bei dieser Gelegenheit auch dem Departement, Herrn Bundespräsident Couchepin und ebenso Herrn Britt und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bestens danken. Sie haben diese Parforce-Leistung ermöglicht und uns sehr gut unterstützt.
Wir haben die Ergebnisse unserer Kommission den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen vorgelegt und mit ihnen besprochen: mit den Kantonen (Sanitätsdirektorenkonferenz), mit dem Schweizerischen Spitalverband H+, mit Santésuisse und mit der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen. Einzelne Anregungen haben wir übernommen. Wir dürfen feststellen, dass Kantone, Spitäler und Versicherer in den wichtigen Zügen mit unserer Vorlage einverstanden sind, auch wenn sie in einzelnen und bisweilen wichtigen Punkten Änderungen wünschen.
Etwas schwieriger gestaltet sich die Situation mit der FMH: In der Aussprache selber haben ihre Vertreter keine grundsätzlichen Vorbehalte geäussert, sondern nur Detailpunkte angesprochen, um dann eine Stunde nach unserer Medienorientierung in einer knappen Mitteilung bekannt zu geben, sie seien grundsätzlich gegen die Einführung des Vertragsprinzips im ambulanten Bereich.
Es ist natürlich Sache der Ärzteschaft zu bestimmen, wer ihre Interessen vertritt. Ich selber kann nur feststellen: Wer als Berufsorganisation dazu eingeladen wird, sich zu einer ausgereiften Vorlage zu äussern, müsste seine Ideen während der Gesetzgebung einbringen. Ich habe von den Ärzten mehr erwartet als eine blosse Selbstdispensation in Form von Medienmitteilungen; wir hätten die substanziellen Aussagen bei uns erwartet.
Trotz der schwierigen Situation, die offensichtlich innerhalb der Ärzteschaft besteht, dürfen wir heute von einem Durchbruch sprechen. Dies aus folgenden Gründen:
1. Die Vorlage wird in den Kernpunkten von allen Kommissionsmitgliedern und damit auch von allen politischen Kräften in diesem Rat getragen. Das ist der entscheidende Punkt. In der Gesamtabstimmung haben wir uns ohne Gegenstimme und ohne Enthaltungen für die Vorlage ausgesprochen.
2. Die Vorlage wird von den Versicherern, den Spitälern und den Kantonen in den wesentlichen Punkten mitgetragen.
3. Wir haben einige wesentliche Verbesserungen einbauen können und damit die Hindernisse, welche im Nationalrat bei der Gesamtabstimmung der Zustimmung im Wege standen, ausgeräumt. Ich meine kurzum, dass wir fast alle wichtigen Kräfte an Bord haben. Die Ärzte schwimmen im Moment noch nebenher, und sie werden sich entscheiden müssen, ob sie an Land zurückschwimmen oder an Bord steigen wollen. Das ist ihre Sache.

Nun zu den Kernpunkten der Vorlage und zu den wesentlichen Beschlüssen. Ich möchte in vier Punkten kurz darauf eingehen.
Der erste Kernpunkt ist die Spitalfinanzierung. Bei der Spitalfinanzierung haben wir uns in der ersten Lesung vor eineinhalb Jahren für eine Weiterentwicklung in Richtung monistisches System entschieden. Heute gibt es in unserer Kommission zwei Meinungen. Ein Teil der Kommission möchte am bisherigen Beschluss festhalten. Das so genannt dual-fixe System führt die Leistungsfinanzierung anstelle der bisherigen Institutsfinanzierung ein, wobei die Anteile der Kantone und der Versicherer fix je 50 Prozent betragen, also: dual-fix. Zu einem späteren Zeitpunkt – etwa auf das Jahr 2013 – soll auf das so genannt monistische System umgestellt werden. Das heisst, es gibt einen einzigen Besteller und einen Bezahler von Leistungen. Der andere Teil der Kommission möchte bereits in einem Schritt auf das Jahr 2007 das monistische System definitiv einführen. Die beiden Teile der Kommission sind praktisch gleich gross. Eine knappe Mehrheit von sieben Mitgliedern möchte den Schritt in zwei Etappen vollziehen, eine Minderheit von sechs Mitgliedern möchte in einem Schritt auf das Jahr 2007 bereits wechseln.
Der zweite wesentliche Punkt ist die Prämienverbilligung. In der ersten Lesung haben wir als höchste Belastung generell 8 Prozent des verfügbaren Einkommens für Prämienbelastungen normiert, mit der ausdrücklichen Aufforderung an den Nationalrat, diese Vorgabe gut anzusehen und noch zu verfeinern. Unsere Vorgabe war ein erster indirekter Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative. Der Nationalrat hat nun eine differenzierte Lösung gefunden: Die Prämienbelastung soll je nach Einkommenshöhe für Familien 2 bis 10 Prozent des verfügbaren Einkommens betragen, für Alleinstehende 4 bis 12 Prozent; der Bundesrat regelt die Details. Gleichzeitig hat der Nationalrat entschieden, das zweite Kind nur mit der Hälfte der Prämie zu belasten und ab dem dritten Kind alle Kinder von den Krankenkassenprämien zu befreien.
Dem Grundsatz nach schliesst sich unsere Kommission der Lösung des Nationalrates vollauf an; nicht einig sind wir uns nur in der Frage, ob ab dem dritten Kind die Prämienbefreiung vollständig sein soll.
Zum Dritten – das betrifft den ambulanten Bereich – haben wir in unserer Vorlage das letzte Mal den Wechsel vom so genannten Vertragszwang zum Vertragsprinzip vollzogen. Anstelle des heutigen Vertragszwangs soll für den ganzen ambulanten Bereich, und zwar für frei praktizierende Ärzte und andere Leistungserbringer und Spitäler, die Vertragsfreiheit eingeführt werden.
Wir haben aber, entgegen unserem Modell der ersten Lesung vor 15 Monaten, wesentliche Änderungen eingebaut, indem zum einen die Kantone den Bedarf für jede Art der Leistungserbringer festlegen und die Versicherer mit einer solchen Anzahl Leistungserbringer Verträge schliessen müssen. Wir haben zum anderen klare Mechanismen und Rahmenbedingungen festgelegt, welche den Übergang, insbesondere für Ärzte, erleichtern.
Im vierten Punkt sprechen wir uns für eine Förderung des Managed-Care-Systems oder der so genannten Netzwerke, Réseaux, aus. Wir möchten mit den neuen Vorschlägen unserer Kommission Anreize für den Einstieg in ein günstigeres System schaffen – Anreize sowohl für Patienten als auch für Leistungserbringer.
Das sind die vier wesentlichen Punkte, in welchen wir auch Änderungen vorgenommen haben. Es gibt noch weitere Punkte, die ebenfalls von Bedeutung sind und auf die ich dann noch in der Detailberatung eingehen werde. Es sind insbesondere Fragen der Wirtschaftlichkeit und Fragen der Pflegekosten.
So viel zum nochmaligen Eintretensentscheid und zu den wesentlichen Punkten, die wir in der Vorlage verbessert haben.
Ich bitte Sie, Herr Präsident, sofern Bedarf besteht, nochmals eine kurze Eintretensdebatte durchzuführen.

**Beerli** Christine (R, BE): Das Gesundheitswesen steht an oberster Stelle des Sorgenbarometers unserer Bevölkerung. Das überträgt uns natürlich eine sehr grosse Verantwortung, hier mit Augenmass, aber doch auch mit Konsequenz zu handeln. Das ist der Grund, weshalb sich Ihre Kommission entschieden hat, nach dem Scheitern der Vorlage im Nationalrat noch einmal an die Arbeit zu gehen und basierend auf den Entscheiden, die wir das letzte Mal gefällt haben, etwas Neues aufzubauen. Wir haben uns ganz klar auf unsere letztmaligen Entscheide abgestützt, die wir nach wie vor als richtig erachten. Wir haben aber diejenigen Beschlüsse aus dem Nationalrat übernommen, bei denen Verfeinerungen, Verbesserungen eingebracht und allenfalls auch kostendämpfende Massnahmen diskutiert wurden. Wir haben in unserer Kommission noch weitere kostendämpfende Massnahmen diskutiert und in das Konzept eingebaut.
Ich möchte ganz kurz die drei Pfeiler noch einmal erwähnen, die schon das letzte Mal Grundlage unseres Entscheides bildeten, und darlegen, wo wir Änderungen vorgenommen haben und wo ich allenfalls noch Problempunkte sehe.
Zur Spitalfinanzierung: Der Kommissionspräsident hat es Ihnen gesagt: Wir bauen auf dem dual-fixen System auf. Der wesentliche Vorteil des Systems, das wir Ihnen vorschlagen und über das Sie schon das letzte Mal entschieden haben, ist der, dass wir von einer Instituts- zu einer Leistungsfinanzierung übergehen. Es werden also nicht mehr Institute finanziert, sondern es werden Leistungen finanziert. Diese Leistungen, errechnet aufgrund einer Vollkostenrechnung, werden dann im Endeffekt zu 50 Prozent von den Kantonen und zu 50 Prozent von den Versicherern getragen. Wir haben aber natürlich auch Übergangsfristen im Gesetz verankert, sodass dieser Übergang fliessend und nicht allzu schmerzhaft vonstatten gehen wird.
Eine grosse Auseinandersetzung wird in diesem Rat über die Frage stattfinden, ob wir beim dual-fixen System bleiben oder ob wir schon jetzt ins Gesetz schreiben sollen, dass wir das monistische System verankern möchten. Ich möchte nicht schon hier alle Argumente anführen, aber ich kann Ihnen sagen, dass ich den Minderheitsantrag, der den Monismus schon jetzt einführen will, mit wirklich grosser Überzeugung bekämpfen werde. Ich bin auch der Ansicht – ich habe das in der Kommission schon immer gesagt –, dass wir schliesslich zu einem monistischen System werden übergehen müssen, weil nur damit die Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich beseitigt werden können. Ich bin aber genauso klar der Überzeugung, dass heute der Zeitpunkt dafür noch nicht gekommen ist, dass wir noch einiges an Abklärungen zu treffen haben. Die Details werde ich dann in der Detailberatung anbringen.
Wir sind auch bei der Anhörung der Kantone in dieser Ansicht noch einmal bekräftigt worden. Die Kantone würden sich heute mit Vehemenz gegen eine sofortige Einführung des monistischen Systems wehren. Wenn wir aus der letzten KVG-Revision etwas gelernt haben, dann ist es dies, dass wir nur Dinge beschliessen sollten, die wir auch einigermassen reibungslos vollziehen können. Wir dürfen es nicht wagen, hier Dinge zu beschliessen, die dann zu einem Vollzugschaos führen. Damit würden wir nicht mit Augenmass handeln, und damit würden wir eine Verunsicherung auslösen, die in diesem Bereiche mehr als schädlich wäre.
Bei den Prämienverbilligungen haben wir zu einem guten Teil die Vorarbeiten des Nationalrates übernommen. Der Nationalrat hat das System, das wir mit den 8 Prozent eingeführt hatten, verfeinert. Wir wussten damals hier und auch in der Kommission, dass wir im Prinzip mit dieser 8-Prozent-Regel einen grossen Schritt gewagt haben, dass das auch noch etwas unausgereift war. Wir haben dann das Ganze zur Überarbeitung in den Nationalrat gegeben. Er hat diese Überarbeitung gemacht, und wir sind seinen Vorarbeiten gefolgt, indem wir ein System verankern, das vor allem auch Familien mit Kindern begünstigt, in einem Einkommensbereich, der von den Kantonen zu definieren sein wird. Dieser wird sich in der Grössenordnung von 45 000 bis 75 000 oder 80 000 Franken bewegen, sodass nicht einzig die ganz niedrigen Einkommen, sondern auch ein Teil des Mittelstandes von diesen Prämienverbilligungen wird profitieren können.

Wir haben hier zwei Punkte, die noch zu Problemen führen werden. Ich werde in der Detailberatung dazu noch etwas sagen. Es geht einerseits um den Antrag einer Minderheit, es sei dem Nationalrat zu folgen, d. h. die Kinder ab dem zweiten Kind zur Hälfte und ab dem dritten Kind ganz von der Prämie zu befreien. Das wäre eine Prämienbefreiung zulasten der Krankenversicherer. Ich werde Sie bitten, diesen Antrag abzulehnen, weil es dabei um das Giesskannenprinzip geht. Das würde generell zu einer Erhöhung der Krankenversicherungsprämien für alle anderen führen.
Wir haben dann noch einen zweiten Antrag, der von der Mehrheit angenommen worden ist und den ich mit einem Minderheitsantrag bekämpfe. Das werde ich Ihnen auch noch im Detail darlegen. Mit diesem Antrag wird verlangt, dass die Hälfte der Prämie für das zweite Kind und die ganze Prämie für die weiteren Kinder verbilligt werden, dass man also zulasten der Kantone eine Prämienverbilligung einführt, und das – das ist der Anachronismus an diesem Mehrheitsantrag, den ich wirklich mit Vehemenz bekämpfen werde – für alle diejenigen Leute, die eben gerade keine Prämienverbilligung zugute hätten, weil sie mit ihrem Einkommen über dem Maximaleinkommen liegen, das vom Kanton für die Prämienverbilligung definiert wurde. Damit möchte die Mehrheit das Giesskannenprinzip zugunsten der besser Verdienenden anwenden, was wir auf jeden Fall bekämpfen müssen.
Zu den Kostendämpfungsmassnahmen: Der Kommissionspräsident hat Ihnen schon einiges zu dem gesagt, was jetzt noch unter Vertragsfreiheit läuft. Ich würde sagen, es ist ein etwas eingeschränktes System im Vergleich zu dem, das wir das letzte Mal beschlossen haben. Wahrscheinlich ist es das politisch durchsetzbare System. Es bedeutet aber, da muss man Klartext sprechen, dass der Vertragszwang innerhalb einer vom Kanton zu erstellenden Bedarfsplanung weiterhin gilt. Der Kanton setzt also fest, wie viele Ärzte er in jedem Bereich der Spezialitäten haben möchte; dann ist jede Krankenkasse verpflichtet, mit dieser Anzahl Ärzte einen Vertrag abzuschliessen. Im Rahmen dieses vom Kanton definierten Bedarfs gilt an und für sich weiterhin der Vertragszwang, und nur für das, was über diesen Bedarf hinausgeht, wird dann eine Vertragsfreiheit eingefügt. Wahrscheinlich ist dieses in der Tat abgeschwächte System das System, das eine gewisse Akzeptanz haben kann. Im Rahmen der Diskussion in der Kommission ist es uns gelungen – und das erscheint mir wichtiger und relativiert die ganze Diskussion über Vertragszwang respektive Vertragsfreiheit –, die ganze Netzwerkförderung in das neue Gesetz einzubauen. Die Netzwerke sehe ich persönlich vor allem als Qualitätssicherungsmassnahme an. Ich bin überzeugt, dass der Patient in einem Netzwerk gut aufgehoben ist. Dort wird er in seiner Gesamtheit betreut, vor allem, weil ein Netzwerk nicht einzig die Grundversorger umfasst, sondern eben auch die Spezialisten und, zu einem späteren Zeitpunkt, auch die Institutionen der stationären Versorgung. Der Patient wird in seinem Leiden von der Grundversorgung bis allenfalls zum Spitalaufenthalt begleitet. Meiner Ansicht nach ist das gerade auch wegen der Zusammenarbeit und der gegenseitigen Kontrolle der Leistungserbringer eine Qualitätssicherungsmassnahme. Gleichzeitig wird sich dieses System mit der Zeit, weil man den Patienten eben begleitet und das «Ärztehüpfen» dadurch etwas verringern kann, auch zu einer Kostendämpfungsmassnahme ausweiten können.
Die Motivation, sich in diesen Ärztenetzwerken behandeln zu lassen, haben wir über den Selbstbehalt respektive über die Erhöhung des jährlich zu bezahlenden Globalbetrages an Selbstbehalt ausgestaltet. Wer sich in einem Netzwerk behandeln lässt, bezahlt denselben Selbstbehalt wie heute. Wer sich ausserhalb des Netzwerkes behandeln lassen will, bezahlt den verdoppelten Selbstbehalt – 20 Prozent anstatt 10 Prozent. Die Wahlfreiheit des Patienten ist völlig gewährleistet, aber er müsste die entsprechenden finanziellen Folgen tragen.
Das wird es mit sich bringen, dass sich gerade auch kränkere Patienten in den Netzwerken behandeln lassen. Nur so können wir diesen Qualitätsaspekt und den Kostendämpfungsaspekt wirklich zur Wirkung kommen lassen. Bis anhin, solange man die Motivation über tiefere Prämien machte, war der Effekt ein anderer. Die gesunden Jungen haben sich in den Netzwerken behandeln lassen und sind dann – allenfalls zum Zeitpunkt, wo sich eine Krankheit eingestellt hat – wieder abgesprungen. Das war nicht richtig und hat die Effekte nicht wirken lassen. Deshalb mussten die Motivationsanreize umgekehrt werden. Auch dazu werden Sie sicher noch einiges hören.
Eine weitere Kostendämpfungsmassnahme, die sich auf das Prämienwachstum schwergewichtig auswirken wird, ist das, was wir Ihnen im Bereich der Langzeitpflege bei Artikel 25 und 50 vorschlagen. Dort schlagen wir vor, in diesem System zu verbleiben, an die Langzeitpflege einen Beitrag zu bezahlen und nicht die gesamten Kosten der Grund- und Behandlungspflege über die Krankenversicherer abzuwikkeln. Auch darüber wird sicher noch eine detaillierte Diskussion entstehen.
Wenn es uns im Ganzen gesehen möglich ist, die von mir als Schwachpunkte erwähnten Artikel noch zu bereinigen, haben wir ein Konzept, das kurzfristig etwas bringt und das mittelfristig die Ausrichtung, die wir wollen, klar aufzeigt, nämlich die Anreize richtig in Richtung Qualitätssicherung und Kostendämpfung zu setzen. Ich glaube, dass es uns damit gelungen ist, Folgendes aufzuzeigen: In diesem hoch komplexen, heiklen, sensiblen Bereich von hoher politischer Aktualität kann man einen Weg gehen, der Schritt für Schritt zu Verbesserungen führt, und man sollte nicht mit Volksinitiativen «aktionieren», die auf absehbare Zeit in keiner Art und Weise irgendeine Verbesserung bringen.

**Saudan** Françoise (R, GE): Vous vous souvenez, j'étais la seule à avoir rejeté le projet de loi en commission et parmi la minorité de députés qui l'avaient rejeté en plénière.
J'ai changé d'avis. Pourquoi? C'est peut-être le mérite du rejet du projet par le Conseil national, qui nous a obligés à réfléchir dans d'autres directions. Deux directions qui me semblent fondamentales ont été choisies lors des travaux de la commission.
1. D'une part, nous avons remis l'assuré au centre du système. Nous lui disons très clairement, en d'autres termes que ceux utilisés par Mme Beerli, que la liberté de choix totale, que notre système de santé est seul à offrir dans le monde entier, a un coût et que ce coût ne peut plus être assumé par l'ensemble du système. Je préfère infiniment cette démarche qui responsabilise l'assuré à une démarche qui, par des mesures soi-disant de renforcement de la concurrence ou de pression sur les fournisseurs de soins, ne visait qu'à limiter les coûts. On le fait au moyen d'un élément qui me semble fondamental, qui est le renforcement à terme du rôle des réseaux de santé. Ceux-ci sont appelés à devenir probablement – et même certainement, de mon point de vue – un des piliers de notre système de santé, avec l'objectif de pouvoir offrir les meilleurs soins, avec une qualité renforcée par le fait que tous les fournisseurs de soins seront au coeur du système.
2. L'autre direction dans laquelle nous avons travaillé est à mes yeux aussi extrêmement importante, c'est celle du renforcement du rôle des cantons. On dit très clairement aux cantons: «Vous êtes les maîtres d'oeuvre de la politique de la santé, à vous d'assumer vos responsabilités, y compris dans le domaine ambulatoire. Vous devez vous, cantons, assurer une couverture de soins suffisante et de qualité pour vos habitants.» Je crois que c'est l'idée qui avait été apportée par le président de la Confédération dans nos débats en commission, une idée qui était beaucoup plus souple parce que, de cette compétence que nous voulions donner aux cantons, nous avons fait une obligation. Je suis, entre parenthèses, parfaitement consciente des difficultés que cela va poser dans mon propre canton, mais je crois que c'est une direction qu'il faut absolument prendre parce que jusqu'à présent, les cantons se sont un peu trop déchargés de leurs responsabilités dans ce domaine.

Il reste une question extrêmement discutée et disputée qui est celle de l'inscription dans la loi de l'introduction du système moniste dans un délai beaucoup plus court que celui qui est prévu par le Conseil fédéral. Personne ne conteste que le système moniste a, en termes de transparence, de clarté des coûts, un avantage absolument fondamental sur le système actuel. Mais après avoir écouté attentivement Carlo Conti, qui est le président de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, on a constaté que même les cantons qui sont favorables à l'introduction de cette solution ont exprimé d'extrêmes réserves sur ses modalités. Je partage leurs doutes parce qu'on ne peut pas, pour une question d'abord de cohérence du système, renforcer la position des cantons dans le domaine ambulatoire et en faire uniquement des organismes payeurs dans le domaine hospitalier, qui représente quand même le 40 pour cent des coûts de la santé.

Alors, nous avons travaillé dans la bonne direction. Avons-nous les outils pour mettre en oeuvre cette réforme fondamentale? Là, Monsieur le Président de la Confédération, j'ai encore quelques doutes, mais il faut faire quelque chose et nous allons dans le bon sens. J'ai en particulier des doutes compte tenu des interventions dont j'ai été la cible dans mon canton. Comment va-t-on prendre en compte les secteurs ambulatoires des hôpitaux cantonaux universitaires? C'est une importante question qui reste ouverte. Comment va-t-on mettre en oeuvre la réforme du financement hospitalier qui, comme l'a bien expliqué Mme Beerli, est fondamentale? Parce que là encore, les cantons n'ont pas été capables d'avoir une approche commune et globale pour que ces outils soient les mêmes et qu'ils servent réellement d'outils de management de la santé. En particulier, chaque canton a sa petite approche en ce qui concerne les frais de formation, les frais de recherche et il est évident que c'est le Conseil fédéral, au moyen d'ordonnances, qui devra placer les cantons devant leurs responsabilités.

Sous réserve de la question du système moniste qui est très controversée puisque la majorité, en commission, a été acquise avec une voix de différence, je suis cette fois persuadée que nous allons dans la bonne direction.

J'entre en matière et je soutiens également le projet de loi, sous réserve de la question de l'introduction du système moniste.

Là en effet, je dois dire qu'on ne peut pas opérer un changement aussi fondamental en disant: «On verra bien, les assureurs se débrouilleront!», alors que nous renforçons les compétences des cantons dans le domaine ambulatoire et que ceux-ci doivent également jouer un rôle décisif dans ce qui représente, je le répète, 40 pour cent des coûts de la santé.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Längst hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass es im KVG falsche Anreize gibt. Ich bin deshalb sehr dankbar, dass wir jetzt wieder über eine Vorlage diskutieren können, nachdem wir uns nach der Bruchlandung im Nationalrat im vergangenen Dezember noch einmal an die Arbeit gemacht haben.

Ich möchte nur ganz kurz auf zwei aus meiner Sicht heikle Punkte eingehen: Ein heikler Punkt ist ohne Zweifel die Aufhebung des Vertragszwanges. Es ist nachvollziehbar, dass eine sofortige Aufhebung dieses Vertragszwanges bei den Ärzten zunächst auf erheblichen Widerstand stösst. Die Kommission des Ständerates geht nun einen – wie mir scheint – neuen, innovativen, wenn auch etwas bescheidenen Weg, welcher den Bedürfnissen beider Seiten entgegenkommt. Die Krankenkassen sollen nicht allein über den Abschluss eines Vertrages mit jedem einzelnen Arzt entscheiden.

Die Kantone sind in der Umsetzung des KVG besonders gefordert. Die Gesundheitspolitik ist und soll ein Bereich bleiben, in welchem die Kantone einen möglichst hohen Gestaltungsspielraum haben. Sie sollen daher vorerst eine Bedarfsplanung mit Berücksichtigung des interkantonalen Angebots erstellen. Die Kantone sollen vorgeben, wie viele Leistungserbringer es in ihren Regionen braucht. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, mit einer definierten Anzahl Leistungserbringer im medizinischen Bereich Verträge abzuschliessen. Die Leistungserbringer wiederum werden gehalten, sich in Netzwerken zusammenzuschliessen. Regionale Netzwerke, in denen Hausärzte, Spezialärzte sowie Spitäler und Spitex-Einrichtungen zusammenarbeiten, werden ihre Leistungen aufgrund der gesteigerten Effizienz und der Vermeidung von teuren Doppelspurigkeiten kostengünstiger anbieten können. Ebenso ist die permanente Qualitätssicherung der medizinischen Leistungen in diesen Netzwerken sichergestellt. Als Nebenprodukt – das ist aber nicht unerheblich – können Daten erhoben werden, die Aufschluss über die Wirksamkeit von Behandlungsstrategien geben, Daten, die heute in der Medizin vielfach fehlen.

Trotz der Dringlichkeit unseres Anliegens sind Übergangsfristen und Kompromisse nötig, die in der Detailberatung zu diskutieren sind. Wenn wir das Ganze nicht erneut gefährden wollen, müssen wir auf die wohlerworbenen Rechte, auf Gewohnheiten und langjährige Arzt-Patienten-Beziehungen Rücksicht nehmen. Dies gilt insbesondere auch bei der Altersbeschränkung. Ärzte sind Selbstständigerwerbende, die ihre teure Ausbildung erst spät in ein gutes Einkommen verwandeln können.

Ich bin deshalb der Meinung, dass die Kommission hier einen gangbaren Weg gegangen ist, und ich hoffe, dass sich letztlich auch die Ärzte mit diesem Entwurf einverstanden erklären können.

Noch ein Zweites – Frau Beerli hat bereits darauf hingewiesen –: Ich bin der Meinung, dass wir auf die Einführung des monistischen Modells, wie es bei Artikel 64bis von einer starken Minderheit gefordert wird, zum jetzigen Zeitpunkt verzichten sollten. Ich möchte die Gründe dafür noch einmal kurz rekapitulieren: Wir waren uns in der Kommission einig, dass die Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich erst dann wegfallen, wenn wir eine monistische Finanzierung haben. Der Umsetzung stehen aber noch zu viele Hindernisse im Weg. Wir können die riesigen Beträge nicht einfach tel quel den Versicherern geben, ohne entsprechende Auflagen zu machen. Es gibt zu viele Unsicherheiten und Schwierigkeiten, namentlich überall dort, wo die Spitäler von den Kantonen geführt werden.

Wir verbauen uns nichts. Wir können bei der nächsten KVG-Revision den zweiten Schritt hin zur monistischen Finanzierung überlegter tun, und wir können insbesondere die Frage, wie wir die grossen Beiträge der Kantone umverteilen wollen, besser abklären.

Noch eine letzte Bemerkung: Frau Beerli hat darauf hingewiesen, dass wir an die Pflegemassnahmen in Artikel 25 nur noch Beiträge geben wollen. Ich denke, diesen Artikel müssen wir auch hier im Rat noch gut diskutieren. Es gibt hierzu verschiedene Anträge. Was Ihnen die Kommission hier vorlegt, ist meiner Meinung nach zu viel des Guten. Ich beantrage Ihnen hier einen Zwischenweg.

**Studer** Jean (S, NE): Le traitement du dossier de l'assurance-maladie est toujours riche d'enseignements, sur le plan politique en général et sur le plan spécifique de la LAMal.

Sur le plan politique général d'abord: très régulièrement, on entend des critiques sur le rythme de nos travaux et on dit que ce Parlement travaille souvent lentement, voire trop lentement. Et on constate ici que, finalement, le président de la commission nous l'a dit, notre commission a été à même de reprendre l'ensemble du projet en deux mois exactement alors que dans son premier examen, il avait fallu près d'une année pour qu'elle traite la matière. Ici, en deux mois, l'ensemble a pu être revu et, nous-dit-on, amélioré. Ce qui montre que lorsqu'il y a une volonté d'aller vite, on peut aller vite, et que souvent cette volonté d'aller vite dépend de l'agenda politique. Le président de la commission n'a pas caché que c'était bien l'initiative populaire sur laquelle nous nous prononcerons le 18 mai 2003 qui avait dicté le rythme des travaux de la commission.

Ce que nous apprend également ce dossier, c'est combien les choses sont incertaines en matière d'assurance-maladie tant qu'un projet n'est pas définitivement adopté par les deux Chambres. Nous avions passé beaucoup de temps dans notre premier examen; nous espérions que le Conseil national pourrait nous suivre sur les principales options. Puis, tout d'un coup, le 13 décembre 2002, on a constaté qu'il n'en était rien et qu'il fallait tout reprendre à zéro. Cela signifie que nous ferions preuve d'un certain orgueil si, aujourd'hui, nous considérions avoir définitivement trouvé la solution. Nous examinons un projet dont nous ne pouvons pas exclure qu'il sera une nouvelle fois remis en cause lorsque l'autre Chambre s'en saisira.

De telle sorte que, même si nous sommes proches des fêtes de Pâques – je pense que M. le président de la Confédération me permettra ce trait d'humour –, il serait faux de croire que le projet que vous avez sous les yeux est l'agneau pascal que tout le monde appréciera.

En fait aujourd'hui, ce n'est qu'une addition de propositions, de propositions qui restent virtuelles et qui ne correspondent pas toujours aux attentes qu'ont nos concitoyennes et nos concitoyens en matière d'assurance-maladie. C'est une addition uniquement sur le plan typographique, soit un alignement de lettres et de mots. Parce que sur le plan comptable, sur le plan financier, sur ce point important qui caractérise l'ensemble de nos discussions en particulier dans cette Chambre, le projet est difficilement appréciable pour ne pas dire totalement flou. Ce constat est inquiétant pour les raisons suivantes.

D'abord, l'absence de détermination des conséquences financières de ce projet a pour principale cause le manque de statistiques dans le domaine de la santé; cela a déjà été dénoncé et ça mérite d'être redit tant qu'une solution n'est pas apportée à cette lacune dans la gestion politique de ce dossier.

Ce constat est également inquiétant parce qu'on sait que les flux financiers, dans le domaine de la santé, peuvent avoir des effets indésirables, voire pervers. On sait tous quelles ont été les conséquences financières du transfert des soins stationnaires aux soins ambulatoires. S'agissant plus précisément d'un des points essentiels, le financement hospitalier, le département n'a pas caché à la commission, lors de ses derniers travaux, qu'il était aujourd'hui impossible de savoir quelles seraient exactement les conséquences financières de ce changement. Permettez-moi de vous lire le passage déterminant du rapport qui nous a été transmis à ce sujet: «Comme les données figurant dans les sources pertinentes ne coïncident pas et que les statistiques de la Confédération et celles des assureurs-maladie ne reposent pas sur les mêmes modes de relevés, on ne peut aujourd'hui s'appuyer sur des données certaines pour établir quelle est la part des coûts des hôpitaux publics et subventionnés qui est couverte par l'assurance obligatoire des soins, et quelle est celle qui est couverte par les cantons. Il est donc impossible d'estimer d'une manière fiable quel sera le taux de couverture des coûts dans les cantons lorsque la 2e révision partielle de la LAMal entrera en vigueur. On manque donc de bases théoriques pour fixer, le cas échéant, une clé de répartition des coûts propres à chaque canton pour réduire les effets de la révision sur les primes.»

Alors quand nous rentrerons ce soir dans nos cantons, il serait préférable de ne pas rencontrer le conseiller ou la conseillère d'Etat responsable des affaires sanitaires. Parce que si ce membre de gouvernement nous demande ce que nous avons voté et ce que ça signifie pour notre canton, nous serons bien empruntés pour lui répondre. Surtout si ce canton participe aujourd'hui au financement des frais hospitaliers au-delà de 50 pour cent, parce que la réduction de sa part qui pourrait être réjouissante pour le canton lui-même le sera moins pour les assurés; parce que la part que le canton n'assumerait plus sera inévitablement répercutée sur l'assurance obligatoire des soins, sur l'assurance de base, avec comme corollaire, forcément, une augmentation des primes. Ce qui fait que, forcément, nous aurions intérêt à ne pas rencontrer ce soir un ou une assurée.

L'ensemble du projet, intéressant dès lors dans sa formulation, reste incertain sur ses conséquences financières. Certes, ses conséquences financières auraient peut-être pu être éclaircies. Mais, encore une fois, le temps qui serait nécessaire pour éclaircir les conséquences financières ne correspond pas à l'agenda des votations fédérales.

Alors, pourquoi entrer quand même en matière sur ce projet? D'abord parce que la situation de l'assurance-maladie, en particulier la hausse des primes, exige l'examen de nouvelles mesures. On ne peut pas se satisfaire de la situation actuelle. Ensuite, le projet présenté propose des solutions sur des points qui nous paraissent importants:

1. Je pense en particulier à la planification de la médecine de pointe; c'est quelque chose qui nous paraissait juste, notre Conseil avait déjà approuvé une motion Frick (02.3170) dans ce sens, et il y a là une concrétisation sur le plan législatif de ce souhait.

2. Le projet – cela nous paraît particulièrement important – ne traite pas de la question du financement moniste des hôpitaux. C'est une question que nous avions déjà examinée lors du premier examen du projet; nous avions déjà pu déterminer quelles seraient les conséquences, pour autant qu'elles puissent être appréciées aujourd'hui dans leur ensemble, d'un financement moniste sur le montant des primes. J'y reviendrai lorsqu'on examinera à cet égard la proposition de la minorité. Le fait qu'on renonce aujourd'hui à introduire déjà dans la loi un facteur d'augmentation considérable des primes est quelque chose qui apaise nos inquiétudes.

3. Le projet offre des nouveautés dans la prescription de médicaments, en particulier le soutien à la prescription de médicaments génériques; c'est là aussi un point auquel nous sommes extrêmement sensibles.

4. Le projet allège les primes dans le cadre d'une véritable politique familiale à partir du deuxième enfant; c'est là aussi un point très important qui nous a conduits à nous rallier à la proposition qui a été faite.

5. Enfin, s'agissant de la réduction des primes, le projet maintient le système actuel avec tout ce qu'il a d'insatisfaisant, parce qu'il laisse aux cantons la compétence de déterminer les critères d'octroi, source d'inégalités entre chaque canton, mais parallèlement – c'est là aussi un point important –, il augmente et stabilise la régularité de l'offre de la Confédération pour la participation à la réduction des primes. C'est l'objet de l'arrêté (projet 2) auquel nous sommes très attachés.

C'est à la lumière de ces différents points très importants que nous avons finalement accepté de soutenir ce projet. Nous espérons qu'il restera dans cette version-là à la fin de nos débats, et c'est dans cette perspective et avec cet espoir que nous entrons en matière.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Wir sind schon einmal auf diese Vorlage eingetreten, und ich habe heute auch nichts gegen ein weiteres Eintreten auf die Vorlage gehört.

Was aber hat sich geändert? Es ist im Grunde genommen nur ein einziger Punkt, und der heisst Zeitablauf. Wir haben nun beinahe weitere zwei Jahre vertrödelt. Die Vorlage, die wir haben, datiert vom September 2000. In dieser Zeit haben sich die Kosten und die Prämien weiter nach oben entwickelt – und wir diskutieren immer noch die gleichen Punkte. Für mich ist diese Revision aber weit dringlicher geworden. Für mich geht es jetzt auch darum, viel konsequenter zu handeln.

Damit gelange ich zum einzigen Punkt, den ich jetzt ansprechen möchte: Wir haben viel von falschen Anreizen gehört. Wo liegen die falschen Anreize? Sie liegen praktisch in einem einzigen Bereich, und der heisst: finanziell unterschiedliche Behandlung der ambulanten und der stationären Versorgung. Damit sind wir beim monistischen System angelangt. Ich meine, dass wir heute den konsequenten Schritt zum monistischen System tun müssen.

Wir haben beschlossen – es ist jetzt schon lange her, aber wir wollen ja dieses Ziel erreichen –, dass der Bundesrat uns

in fünf Jahren eine neue Vorlage unterbreiten müsse. Wir haben gesagt, wir wollten dazwischen einen Zwischenschritt mit dem dual-fixen System tun, das aber an sich immer noch dual bleibt und die grundsätzlichen Fehlanreize nicht beseitigt. Der Nationalrat hat in seinen Beratungen diese Dringlichkeit gesehen. Er hat die Frist des Auftrages an den Bundesrat auf noch zwei Jahre verkürzt. Auch diese zwei Jahre sind dann bald einmal abgelaufen. Deshalb müssen wir heute handeln. Wenn wir tatsächlich Fehlanreize vermeiden wollen, dann müssen wir den konsequenten Schritt tun und heute die Signale geben.

Mit der Umsetzung können wir uns im Sinne der Minderheit, die diesen Antrag bringt, eine gewisse Zeit lassen. Wir können hier die Inkraftsetzung auf 2007 ansetzen. Dann entsteht kein Vollzugschaos. Selbstverständlich können wir auch weiter zuwarten und auf neue Zahlen hoffen. Aber wir warten schon seit Jahren darauf. Das Problem der dualistischen Finanzierung war ein Geburtsfehler des KVG. Ich persönlich habe das KVG schon von allem Anfang an nur aus diesem Grund abgelehnt. Wir diskutieren diesen Punkt immer noch, obwohl uns alle Experten raten, der Weg müsse in Richtung eines monistischen Systems beschritten werden, und obwohl wir uns in der Kommission im Grunde genommen alle einig gewesen sind, dass wir das System in diese Richtung weiterentwickeln möchten.

Wenn wir aber den Schritt nicht tun und bei einer halbbatzigen Lösung bleiben, dann werden wir sogar das Gegenteil erreichen: Wir werden den Schlussschritt infrage stellen, wir werden den Weg verschütten, weil das dual-fixe System wohl kaum eine prämiendämpfende Wirkung haben wird. Das wird schlussendlich dazu führen, dass unsere Bevölkerung das Vertrauen in diesen Weg hin zum monistischen System verlieren wird. Das dürfen wir nicht riskieren. Mein einziger Wunsch in dieser neuen Revisionsrunde ist es, dass wir diesen Richtungswechsel konsequent vollziehen. Ich bitte Sie darum.

**Berger** Michèle (R, NE): Nous connaissons tous les motifs qui ont conduit la commission de notre Conseil à traiter la présente révision de la LAMal à marche forcée. L'initiative populaire socialiste «La santé à un prix abordable» (initiative-santé) est soumise au peuple le 18 mai prochain et ce projet de loi doit lui servir de contre-projet.

Certes, une quantité respectable de travail a été abattue par les membres de la commission dans un laps de temps très restreint, comme l'a évoqué tout à l'heure M. Studer Jean. Mais est-ce le fait d'avoir travaillé au pas de charge qui fait que l'on aboutit aujourd'hui, selon moi, à nouveau à un projet boiteux, toujours terriblement compliqué et difficile à mettre en place concernant la prise en charge par les assurances?

De plus, il faut faire savoir à celles et à ceux d'entre nous qui ne font pas partie de la commission que ce n'est pas sérieux d'attendre de notre part une contribution digne de notre responsabilité sur un sujet aussi complexe alors que nous n'avons reçu le dépliant que neuf jours avant les délibérations, ces neuf jours étant de surcroît occupés par la session elle-même. En tous les cas, ce n'est pas ainsi que je conçois mon travail de parlementaire et j'aurais bien envie de demander le report de cet objet pour m'y plonger avec davantage de sérieux, pour avoir du recul et pour recevoir des compléments d'information de mon canton.

Alors, j'attends que l'on accepte ici que je n'aie pas d'autre choix que d'arriver tardivement en séance plénière avec mes propositions d'amendement. Je vous demande donc d'accueillir mes propositions avec l'indulgence requise par les circonstances.

Cependant, il me tient à coeur de vous dire, Monsieur le Président de la Confédération, combien il est difficile d'être des députés de deuxième zone – j'entends par là celles et ceux qui n'appartiennent pas à la commission. J'ai eu la courtoisie de remettre mes amendements au chef de service afin de le consulter sur la nécessité de les déposer et, par voie de conséquence, de raccourcir les débats en plénum. J'ai vraiment eu l'impression de n'avoir pas été prise en considération et je n'ai obtenu réponse qu'après avoir fait moult téléphones et même être passée par un autre chef de service pour obtenir gain de cause. Je déplore cet incident et souhaite qu'à l'avenir, cela ne se reproduise plus.

Au niveau général, je n'accepte pas le paquet de mesures présenté parce qu'il embrasse plusieurs réformes à la fois, faisant courir à la présente révision le risque de susciter des oppositions partielles qui, en s'accumulant, augmenteront les chances qu'un référendum soit lancé. Le plus urgent, à mes yeux, est la réforme du financement des hôpitaux et l'allègement des primes pour les familles. Ces sujets sont si importants que j'aurais préféré que la commission se limite à cela dans un premier temps, vu le rejet du projet en bloc par le Conseil national, afin de ne pas retarder leur mise en oeuvre en raison du consensus annoncé difficile dans les autres sujets. A mon avis, le financement hospitalier et l'aide aux revenus modestes étaient suffisamment efficaces pour servir de contre-projet dans l'immédiat à l'initiative-santé. Mais, mieux encore que ce projet mal ficelé, il aurait été préférable, dans le domaine de la santé et dans un véritable système libéral, de prévoir une bonne loi sur le subventionnement qui pourrait soulager les familles au niveau des primes, de la franchise et de la quote-part.

Pour moi, le danger provient d'une part de la levée de l'obligation de contracter, et d'autre part de la contrainte massive que l'on veut imposer à la population afin qu'elle accepte de limiter sa liberté de choix par des franchises et des participations dissuasives. Cela constitue une bombe à retardement. A l'inverse, des franchises et des participations élevées dissuaderont différemment suivant le niveau social, et le spectre d'une médecine à deux vitesses est là dès le départ.

Je pars du principe que tous les membres du Conseil des Etats sont informés des sondages représentatifs réalisés à ce sujet par le professeur Claude Longchamp. Je regretterais personnellement que tout ce travail parlementaire ne serve finalement qu'à mettre la faute du dysfonctionnement du système sur la volonté populaire de ne pas renoncer à ses droits fondamentaux. Le fossé entre le Parlement et le peuple ne doit pas être creusé davantage.

Le rejet du projet par le Conseil national a diminué notablement la crédibilité de notre législatif, ce qui nous oblige à l'excellence cette fois-ci, et la précipitation n'est pas bonne conseillère.

Ainsi en tant que praticienne d'une profession médicale en prise directe avec les patients, les médecins et les assurances-maladie, je me dois de vous fournir un éclairage pratique sur ce qui nous est soumis aujourd'hui, en particulier à quoi mène l'article 35.

Tout d'abord, il faut être conscient de la crise de confiance très profonde que traversent les assureurs-maladie. En Suisse romande, Visana et Supra ont été les meilleurs révélateurs, aux yeux de la population, du cynisme voire de l'incompétence dont certains assureurs-maladie peuvent faire preuve. Donc, avant d'imaginer ici que l'on puisse augmenter le pouvoir des assureurs-maladie, il faut prévoir de leur imposer par la loi l'équité et l'éthique que l'on attend d'un arbitre de ce gabarit.

Il faut comprendre certaines de mes propositions comme des tentatives de limiter les dégâts, notamment dans le domaine de la publicité discriminatoire des assureurs en faveur des seuls discounters, qui ne représentent pas des solutions à long terme, recherchées par la commission et par le Conseil de santé interpartis.

Si l'on veut une chance de défendre l'esprit libéral, l'initiative d'entreprise, de progrès et de créativité dans le système de santé, il faut d'abord permettre à chacun d'exercer ses responsabilités et ses devoirs professionnels avec déontologie, avant de penser au profit, parce que ce dernier offre un des terrains les plus fertiles à tous les abus, tous les compérages et marchandages, avec une seule constante: ils ont toujours lieu au détriment du patient ou de l'assuré honnête. Il est donc essentiel de chasser les incitations à contresens certes, mais aussi tous les risques de combinaison d'intérêts contraires à nos objectifs de santé publique, et je vise par

cette remarque tous ceux qui exploitent des monopoles pour s'arroger des avantages au mépris des règles éthiques évidentes. Malheureusement, cela nous oblige à introduire des règles d'éthique dans la loi.
Cela doit nous conduire à être prudents lorsque nous prônons des systèmes d'assurance avec budget forfaitaire par tête, remis exclusivement dans les mains du médecin. Là aussi, nous devons exclure les abus de monopole. Il vaut mieux se concentrer sur des cercles de qualité, comme ceux exécutés par les médecins et les pharmaciens, nés en Suisse romande et qui permettent d'économiser, selon les dernières statistiques, 30 000 francs de médicaments par médecin et par année. L'expérience nous montre donc que nous devons absolument éviter de concentrer toute la responsabilité budgétaire sur le seul médecin ou des réseaux constitués uniquement de médecins. Ils seraient d'autant plus payés qu'ils ne soignent pas. En outre, on connaît bien les mécanismes de tels modèles: les cas lourds sont transmis à l'hôpital pour ne pas grever le budget forfaitaire, ou ils ne sont pas pris en charge.
Enfin, je ne vois pas comment l'article 35 alinéa 1bis pourrait conduire à des économies. Certes, l'alinéa 1quater vise à éviter le pire, à savoir le démantèlement de l'approvisionnement en soins, ce qui poserait un problème constitutionnel au canton. Mais cette limitation vers le bas ne conduit pas forcément à une limitation vers le haut, qui est le but visé. Ce dont on est sûr aujourd'hui, c'est qu'on se donne bonne conscience en inscrivant dans la loi que le canton doit fournir une couverture en soins minimale, dans le souci de tendre à une clause du besoin afin de maîtriser les coûts, sans oublier évidemment la répartition régionale. Mais, en réalité, ce n'est qu'un contingent alibi, car chaque assureur restera libre de contracter avec beaucoup de fournisseurs de prestations et avec beaucoup plus que le minimum imposé par le canton.
C'est un bricolage dont je ne saisis pas la portée. Où veut-on en venir? Est-ce une véritable planification cantonale qui tend à la maîtrise des coûts ou une pseudo-planification sans force contraignante? On peut donc craindre qu'en pratique, le seul changement que l'on observera sera un accroissement exponentiel de la complexité administrative du système de santé, sans aucune réduction du nombre des fournisseurs de prestations déterminant pour les coûts.
De plus, aujourd'hui, les fournisseurs de prestations demandent une autorisation de pratiquer dans le canton de leur choix. C'est le service de la santé publique qui, sur la base du diplôme, des stages effectués et des qualifications personnelles, donne cette autorisation. Par voie de conséquence, les fournisseurs de prestations ont la garantie de la prise en charge de leurs prestations par l'assurance de base. A l'avenir, lorsque l'article 55a sera abrogé, qui accordera les autorisations de pratiquer? D'ailleurs, pourrons-nous encore les appeler des autorisations? Et qui examinera le dossier? Le canton ou l'assureur? Et si le canton accorde l'autorisation de pratiquer dans le cadre du contingent établi, quelle responsabilité aura-t-il si l'assureur décide de ne pas prendre en charge les prestations fournies?
Ce système met donc en lumière une inégalité de traitement entre les prestataires de soins eux-mêmes. En effet, si un canton souhaite par exemple cinq pédiatres pour sa couverture en soins pédiatriques, et que justement il y en a cinq dans le canton, les assureurs ont l'obligation d'établir des conventions avec ces cinq pédiatres. Dans ce cas, qu'ils soient économes ou pas, ils doivent être conventionnés. Alors que dans un autre canton, si la couverture nécessite aussi cinq pédiatres, mais qu'il y en a malheureusement six, aucun des six n'a la garantie d'être conventionné; c'est après que des assureurs auront passé au crible les candidats que le choix des cinq se fera.
Permettez-moi de rappeler qu'un fournisseur de prestations dispendieux ou inefficace qui serait repéré par tous les assureurs pourrait invoquer une violation de la loi sur les cartels et, en cas d'échec de sa démarche, il n'aurait qu'à déménager là où le quota minimal cantonal ne serait pas atteint pour être obligatoirement contractant. Enfin, cette construction qui, sur le papier, présente certaines précautions contre les dérapages, fait abstraction de l'essentiel. Pensez-vous que les professions médicales soient encore attractives dans ce dédale de contraintes? Quelqu'un ici imagine-t-il vraiment qu'un fournisseur de prestations prendra le risque d'investir dans un cabinet médical, ou une pharmacie, avant de savoir s'il sera contractant ou pas? Ne sous-estimez-vous pas le ras-le-bol grandissant de ce côté, qui constate que les assureurs, avec la caution des politiques et le laxisme de certaines autorités qui se renvoient la balle entre cantons et Confédération, ont réussi une chose: l'éthique, la déontologie, le souci de qualité, la retenue commerciale sont devenus ringards, voire économiquement suicidaires?
Je dirai que nous devons veiller à ne pas laisser notre système de santé devenir un souk, qui se substituerait à la concurrence sur la qualité et à l'intérêt des patients. Nous avons besoin de conditions-cadres très claires et de l'arbitrage neutre de l'Etat, d'un environnement encourageant les progrès, l'initiative créative et la qualité. Mais il faut un pouvoir d'intervention subsidiaire de l'autorité lorsque le marché porte atteinte à l'éthique. Ce n'est pas synonyme de médecine d'Etat, mais de concurrence canalisée vers l'intérêt public prédominant dans les questions de santé.
Pour conclure je dirai que, concernant le système moniste, je partage également la position de Mme Saudan qu'elle a exposée tout à l'heure, et je n'y reviendrai pas.

**Cornu** Jean-Claude (R, FR): Sur le fond, je partage sur beaucoup de points la vision que vient de développer Mme Berger.
Cela dit, il n'est jamais facile ni agréable, lorsqu'on n'est pas membre d'une commission, de débarquer en plénum avec des propositions individuelles. Mais le sujet me semble assez grave et synonyme de coûts élevés, et aussi suffisamment d'actualité pour que nous essayions d'explorer toutes les pistes, à tout le moins que nous prenions le temps de les discuter et d'y réfléchir un peu.
Je n'ai pas d'intérêts personnels en la matière, même si, dans ma région, je suis président d'un réseau de santé qui regroupe des EMS, un service de soins et d'aide à domicile, un service d'ambulances, et qui est partie prenante à un hôpital en réseau sur trois sites. Nous avons ainsi montré l'exemple en renonçant à notre hôpital de district en faveur du regroupement des soins aigus sur un seul site, les deux autres se cantonnant à la réhabilitation ou à d'autres missions qui n'appellent pas l'infrastructure et les moyens d'un hôpital de soins aigus. Le Réseau Santé de la Glâne est également le partenaire principal d'un centre médical qui regroupe la plupart des médecins de la région et qui opère le soir dès 18 heures et le week-end pour prendre en charge les petites urgences et soulager ainsi des centres d'urgence hospitaliers surencombrés et extrêmement coûteux. J'ai pu en faire la cruelle expérience il y a moins de dix jours. Cela va dans le sens d'une amélioration de la qualité et de l'économicité des coûts de la santé, ce que nous recherchons tous. Si une petite région comme la Glâne et un modeste canton comme celui de Fribourg peuvent imposer et mettre en place de tels changements, à plus forte raison la Confédération doit-elle s'y appliquer.
Pour être complet, je dirai encore que mon beau-frère est pharmacien et extrêmement actif dans la recherche de solutions nouvelles, tant au niveau suisse qu'international. Nous parlons donc souvent de ces problématiques de santé publique. Voilà, vous savez tout de moi. Vous conviendrez que j'aurai été plus transparent que ne le sont généralement les autres acteurs de la santé.
Vous savez aussi que je suis un fervent défenseur de l'initiative privée, de la créativité et de la responsabilité individuelle, ce qui me met clairement, en matière de système de santé, du côté de la concurrence contrôlée plutôt que de celui de l'étatisation. En dehors du dogmatisme ou des slogans faciles, je nous conseille fortement à tous de faire désormais bien attention à être en tous points extrêmement crédibles dans ce que nous prônons. Quand je vous affirme mon atta-

chement à la concurrence contrôlée, j'entends bien que nous examinions attentivement le terme «contrôlée», car la tâche d'arbitre capable d'intervenir, non pas au départ mais subsidiairement si le système dérive par rapport aux objectifs que nous voulons lui imposer, revient à l'Etat. Elle n'est pas synonyme d'étatisation de la médecine, bien au contraire. C'est plutôt l'absence de conditions-cadres précises et incontournables, un certain laxisme des responsables de l'application de la loi et ses interprétations multiples et variables qui risquent de conduire le peuple à préférer des solutions étatiques, et non pas le contraire.

Car c'est bien sur ce point des contrôles que la superficialité est patente et visible. Si, à chaque exemple récent de libéralisation auquel la population songe, on constate un chaos, des licenciements et que des «insiders» s'en vont avec la caisse, il ne faut pas s'attendre à ce que la pensée libérale soulève des enthousiasmes en masse dans la population. Comme vient de le dire Mme Berger tout à l'heure, les 40 milliards de francs investis dans la santé dans notre pays sont forcément l'objet de toutes les convoitises. Il convient donc de donner des garanties solides que le mécanisme de concurrence et d'économie de marché, que nous voulons mettre en place dans le système de santé, ne se soldera pas par un règne du bazar ou du profit à court terme contraire à l'intérêt général, mais bien par la dynamisation du système.

C'est pourquoi il est impératif à mes yeux de prôner la concurrence créative, source de dynamisme, mais en garantissant une primauté sans faille de l'éthique à tous les niveaux. Des arguments de ce genre ont été entendus dans la bouche de M. Couchepin, président de la Confédération, il y a quelques semaines, à propos d'autres domaines. Je crois que le domaine de la santé n'échappe pas non plus à une reprise en main, et à une revalorisation de l'éthique d'une démarche claire par rapport à d'autres considérations.

En effet, à chaque fois qu'un des acteurs du système de santé a bénéficié d'un pouvoir prédominant, il n'a su défendre que son profit. Lorsque le patient a le droit de gaspiller, il le fait. Lorsque le médecin peut définir son revenu à la charge de l'assurance en multipliant les actes techniques ou en vendant des médicaments – comme c'est souvent le cas en Suisse alémanique –, il le fait. Lorsque l'assureur a le pouvoir, il protège son budget par des forfaits et prône le discount au détriment de la qualité.

L'heure n'est plus aux illusions, tout ceci est prouvé, ce sont des faits! Je me suis donc attaché à corriger les risques de distorsion de la concurrence, d'incitation contraire aux objectifs de santé publique et d'abus des monopoles de compétence afin de donner une meilleure définition à la notion de «concurrence contrôlée» que j'ai évoquée et qui, pour moi, doit être notre guide, notre philosophie, notre fil rouge dans toute cette matière.

Monsieur le Président du Conseil, Monsieur le Président de la commission, je vous prie de m'excuser pour le dépôt tardif de mes propositions, mais je n'avais guère le choix. Elles vont toutes dans le sens de ce qui précède et sont forcément imparfaites, vu les délais inhabituellement courts qui nous étaient impartis. Si vous en acceptez le fond, je vous demanderai donc de ne pas rejeter l'une ou l'autre de mes propositions pour une raison de formulation ou d'emplacement «suboptimaux» dans la systématique de la loi.

Pour la crédibilité du paquet présenté, pour marquer notre volonté de faire du travail sérieux avec les garde-fous nécessaires, pour affirmer sans concession que notre but est une concurrence guidée de manière à améliorer la qualité des soins dans le respect de l'éthique, je vous demande de soutenir mes propositions.

**Präsident** (Schiesser Fritz, erster Vizepräsident): Im Interesse einer beschleunigten Beratung verzichten der Berichterstatter sowie auch Bundespräsident Couchepin auf weitere Ausführungen an dieser Stelle.

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

*Detailberatung – Examen de détail*

**Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Ingress**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Titre et préambule, ch. I introduction, préambule**
*Proposition de la commission*
Maintenir

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Wir haben die erste Lesung vor anderthalb Jahren durchgeführt. Ich werde nur noch dort sprechen, wo die Kommission eine Änderung vorschlägt und wo Einzelanträge vorliegen.

Zu Bestimmungen, die wir bereits beraten und für gut befunden haben, äussere ich mich nicht mehr. Ich werde mich daher erst beim Einzelantrag Cornu zu Artikel 7a wieder zu Wort melden.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 7a**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

*Antrag Cornu*
*Abs. 3*
Informiert der Versicherer seine Versicherten über die vertraglichen Leistungserbringer, sorgt er dafür, dass keiner begünstigt oder benachteiligt wird.

**Art. 7a**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Proposition Cornu*
*Al. 3*
Lorsque l'assureur informe ses assurés sur les fournisseurs de prestations conventionnnés, il veillera à ne pas favoriser ou discriminer l'un par rapport à l'autre.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Wie vorhin erwähnt, werde ich mich nur dort äussern, wo die Kommission Anträge unterbreitet hat. Wir haben keinen Antrag der Kommission zu Artikel 7a. Ich werde mich nach der Begründung von Herrn Cornu zu seinem Antrag äussern.

**Cornu** Jean-Claude (R, FR): La présente révision de la LAMal entend lever l'obligation de contracter des assureurs-maladie, on en a déjà abondamment parlé, tout en donnant un certain nombre de garanties pour le maintien de l'approvisionnement en soins, certes, mais le résultat est néanmoins une augmentation évidente du pouvoir des assureurs-maladie.

Le problème sérieux auquel nous nous heurterons est que les assureurs-maladie ont hélas commencé à miner leur crédibilité dans tous les milieux, particulièrement dans les milieux de fournisseurs de prestations, mais aussi, je crois qu'on ose le dire, au Parlement. Personnellement, je suis quelque peu fâché à leur égard, venant d'un canton dont je peux dire avec fierté que la loi sanitaire est excellente et que les professions médicales collaborent en toute liberté afin de baisser les coûts. Je vais prendre un exemple précis pour illustrer comment les assureurs-maladie ont utilisé leur pouvoir jusqu'ici.

Lors de la première révision de la LAMal en 1999, nous avons créé la base légale pour enfin rémunérer les pharmaciens pour leur travail de professionnels de la médecine qui ont une formation universitaire, pour leur contribution au bon usage du médicament, à la sécurité des usagers, et leur faire abandonner les incitations commerciales à vendre le

plus possible au prix le plus fort. C'était une volonté du Parlement, une bonne idée, une occasion facile de corriger des incitations économiques à l'évidence contraires aux intérêts publics. But atteint: un bon modèle de réussite d'une convention due à l'initiative privée entre Santésuisse et les pharmaciens. Depuis, les pharmaciens ont un budget global contrôlé pour leur revenu et ont renoncé à des dizaines de millions de francs d'augmentation par année; ils sont encouragés à remettre des génériques, à participer à des cercles de qualité pour aider les médecins à prescrire plus rationnellement. Les chiffres des dépenses évitées ont été publiés. Ils se montent à plusieurs dizaines de millions de francs. Les assureurs les ont du reste confirmés. Comme parlementaire de tendance libérale, je me félicite de cette démarche réussie, avec tout le Conseil des Etats – puisque vous aviez en son temps largement soutenu ce principe.

Mais au lieu de s'appuyer sur ce bon exemple pour obtenir que les autres fournisseurs de prestations entamment une réflexion et entreprennent une démarche identique, qu'ont fait les assureurs ces dernières années? A l'exception de deux d'entre eux, ils ont tous fait exactement l'inverse. Ils se sont servis de la possibilité fantastique de faire de la publicité pour vanter spécifiquement une chaîne de parfumerie, droguerie, pharmacie qui n'a que faire de nos réflexions durables sur la qualité et de nos incitations, qui veut seulement augmenter le volume de ses ventes – la part de son chiffre d'affaires en médicaments étant mineure – et, à des fins clairement publicitaires, renoncer à facturer les taxes, ce qui revient évidemment à démonter l'ensemble du système.

Message donné aux pharmaciens qui ont fait le ménage et se sont montrés, eux, avant-gardistes: «Vous êtes de beaux imbéciles d'avoir cru que les assureurs défendraient la meilleure qualité au moindre coût.» Ils veulent du commerce et des rabais, celui qui vend le plus a gagné, un point c'est tout! Cuisant autogoal au plan de la crédibilité des assureurs-maladie comme acteurs responsables de demain. Suicide politique, dirai-je, sans exagération. Et avec cela, toute velléité de lever l'obligation de contracter rend vraisemblable, on ose le dire, le lancement d'un référendum qui pourrait aboutir. Je connais personnellement nombre de fournisseurs de prestations qui partagent mes convictions libérales, mais qui estiment qu'une étatisation serait à quelque part un moindre mal comparativement à une sélection par les assureurs.

Voilà pourquoi je vous demande de soutenir ma proposition. Puisque les assureurs ne savent pas utiliser le potentiel d'information et d'éducation énorme que représente leur courrier mensuel à chaque assuré, je vous demande d'appuyer ma proposition pour les contraindre à informer les fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat sans influencer le choix des assurés parmi ceux-ci, car les patients font sans doute des choix bien plus raisonnables.

Que les assureurs fassent leur travail en développant des modèles particuliers d'assurances attractifs et de qualité, c'est ce qui est prôné dans cette révision-là; qu'ils fassent de la publicité pour leurs produits, ces nouveaux produits d'assurances, et qu'ils renoncent à toute autre publicité. Je suis convaincu que les assureurs portent eux-mêmes la responsabilité de la montée en popularité de modèles de type «caisse unique» et autres initiatives – pour ne pas être plus précis.

C'est pour empêcher les assureurs de se nuire à eux-mêmes et d'anéantir du même coup nos efforts politiques que j'ai formulé cette proposition, et je vous demande de l'appuyer ou d'en trouver une autre qui ait le même effet.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen. Er ist zum Ersten reines «soft law». Er bedeutet vieles, bedeutet aber auch nichts. Er ist nicht handhabbar. Sehen Sie: Wenn wir zum Prinzip der Vertragsfreiheit wechseln, dann müssen die Versicherer die Versicherten darüber informieren, mit welchen Leistungserbringern sie Verträge eingegangen sind. Und nun schreibt Herr Cornu: Der Versicherer muss dafür sorgen, dass im Rahmen der Information «keiner begünstigt oder benachteiligt wird». Was heisst das? Es gibt Leistungserbringer, die in Netzwerken sind. Wenn der Versicherer anführt, wer in einem Netzwerk mitmacht, dann begünstigt er diese Leistungserbringer ja vielleicht bereits.

Zum Zweiten: Ein Rating und eine Beurteilung der einzelnen Leistungserbringer sind Zeichen eines reifen Marktes. Beispielsweise beurteilt der Hotelierverband seine Mitglieder und verteilt Sterne. Da kann der Gast abschätzen, was das einzelne Hotel anbietet. Das sind nicht allein Qualitätsaussagen, sondern es sind auch Aussagen darüber, welche Leistungen dort verfügbar sind. Ob man nun aufgrund von Artikel 7a sofort Ratings einführen will, kann ich nicht sagen. Aber mit der Annahme des Antrages Cornu verhindern Sie Ratings. Ich glaube, das müsste doch zumindest offen bleiben. Ich meine, dass Versicherer auch über fachliche Leistungen der einzelnen Leistungserbringer informieren dürfen, soweit diese Informationen sachlich sind; Informationen – sei es über die Einrichtungen der Praxis, sei es über die Öffnungszeiten – können ja bereits Vor- oder Nachteile verschaffen. Selbstverständlich gelten im Rahmen einer solchen Information in jedem Fall auch die Gebote des Bundesgesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb und des Kartellgesetzes. Aber für Konsumenten – und Patienten sind auch Konsumenten – kann es durchaus von Vorteil sein, wenn eine sachliche, differenzierte Information über die einzelnen Leistungserbringer vorhanden ist. Das kann Auswirkungen haben.

Bitte schränken Sie die Gesetzgebung nicht bereits bei der ersten Stufe derart ein.

**Berger** Michèle (R, NE): J'aimerais m'inscrire en faux contre ce que vient de dire le président de la commission. On a des exemples flagrants – nous les recevons et vous les recevez aussi, Monsieur le Président de la Confédération – de publicité pour les envois postaux par les assurances elles-mêmes, ciblée notamment sur des patients âgés. Ceux-ci reçoivent des médicaments par la poste, un traitement valable pour une année, soit sept emballages du même médicament; et ensuite, ils viennent nous les rapporter à la pharmacie pour les mettre à la poubelle parce que tout d'un coup, ils n'en ont plus besoin. C'est ce genre d'intervention que nous voulons éviter en ajoutant un alinéa 3 à l'article 7a, selon la proposition Cornu.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous vous proposons aussi de rejeter la proposition Cornu. On voit bien qu'il peut y avoir, dans certaines circonstances, des pratiques qui ne sont pas souhaitables, voire même à l'occasion pas acceptables. Je ne crois pas que ce type de disposition, qualifiée de «soft law», c'est-à-dire d'invitation à tenir compte de principes, résolve le problème que vous soulevez. C'est plutôt par des interventions directes auprès des sociétés d'assurances que l'on peut éviter des choses abusives telles que celles évoquées par Mme Berger.

Le problème d'une disposition légale comme celle-là, c'est aussi celui de son application. Comment faire appliquer? et comment vérifier que l'application a été bien faite? Une loi qui ne peut pas être sanctionnée de manière relativement claire n'est pas très utile. Si on dépasse certaines bornes, alors il y a la loi sur la concurrence déloyale. Mais aller au-delà dans ce domaine, ce n'est pas adéquat et il n'y a pas lieu de le faire.

C'est pourquoi je vous propose de rejeter cette proposition.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 31 Stimmen
Für den Antrag Cornu .... 6 Stimmen

**Art. 12a**
*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Beerli, Saudan)
*Abs. 1*
Eine Krankenversicherungsgruppe wird hinsichtlich der Prämien für die Versicherten in der sozialen Krankenversiche-

rung und des Risikoausgleichs wie ein Versicherer behandelt.
*Abs. 2*
Als Krankenversicherungsgruppe gilt eine hauptsächlich im Krankenversicherungsbereich tätige Gruppe von Unternehmen, wenn die Unternehmen eine wirtschaftliche Einheit bilden oder auf dem Markt als Einheit auftreten.
*Abs. 3*
Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

**Art. 12a**
*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Beerli, Saudan)
*Al. 1*
Un groupe d'assurance-maladie est traité comme un assureur au regard des primes pour les assurés dans l'assurance-maladie sociale et de la compensation des risques.
*Al. 2*
Par groupe d'assurance-maladie, on entend un groupe d'entreprises formant une unité économique ou se présentant comme unité sur le marché, actif principalement dans le domaine de l'assurance-maladie.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

**Studer** Jean (S, NE): On a dit qu'un des fondements de la LAMal, lorsqu'elle a été présentée en votation populaire, était qu'un des facteurs qui permettraient de diminuer l'augmentation des coûts était la concurrence entre les caisses-maladie. De cette manière-là, les caisses chercheraient finalement à offrir les primes les plus basses, amenant ainsi les assurés à se diriger vers les caisses les plus attractives.
Or, dans la pratique, certains ont souvent plus d'imagination que les parlementaires. On a constaté au fil des années que les caisses ont rapidement observé que les caisses les plus récentes étaient celles qui forcément pouvaient offrir les primes les plus basses et qu'une bonne manière pour elles d'attirer ou de garder les bons risques était de créer de nouvelles caisses. Et en fait, on a maintenant un système où un certain nombre de caisses sont organisées dans le cadre d'un groupe.
La question de savoir si des caisses existantes pouvaient sans autre créer de nouvelles caisses a été portée devant le Tribunal fédéral des assurances. Et celui-ci a dit, sauf erreur c'était l'année passée: «La loi permet cette manière de faire, même si effectivement cela ne correspond pas à l'idée de base, même si effectivement ce n'est pas opportun dans le cadre de la compensation des risques, parce qu'en fait, on la fausse.» Mais le tribunal a dit: «Cela, c'est l'affaire du législateur; ce n'est pas notre affaire, à nous, juges à Lucerne.» Alors, l'idée qu'il y a ici, c'est effectivement d'éviter que, par la constitution de nouvelles caisses, les caisses existantes puissent sélectionner les risques, garder ou attirer ceux qu'on appelle les bons risques et entraver de cette manière la compensation normale des risques. C'est une proposition qui avait déjà été présentée au Conseil national, qui avait été acceptée à une courte majorité il est vrai, et pour laquelle le Conseil fédéral avait manifesté à l'époque sa compréhension, car effectivement il y a là un problème qu'il appartient non pas aux juges, mais à nous, législateur, de régler.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Minderheit Studer Jean greift einen Vorschlag auf, der im Nationalrat mit 80 zu 73 Stimmen gutgeheissen worden ist. Unsere Kommission hat ihn mit 6 zu 3 Stimmen abgelehnt. Herr Studer will – Absatz 1 macht das klar –, dass bezüglich der sozialen Krankenversicherung und des Risikoausgleiches in den Fällen, in denen mehrere Versicherer wirtschaftlich zusammengehören und gleich beherrscht werden, diese wie ein einziger Versicherer behandelt werden. Diese neue Regelung ändert die heutige Praxis. Heute ist es so, dass dort, wo unterschiedliche Kostenstrukturen in Versicherungen der gleichen Gruppe bestehen, auch ein unterschiedlicher Risikoausgleich bestehen kann. Sie werden nicht zusammengerechnet.
Beispielsweise hat eine Versicherung eine so genannte Internetversicherung geschaffen. Diese Internetversicherung – sagt das Bundesgericht – hat eine andere Kostenstruktur und spricht auch anders an; darum muss sie für den Risikoausgleich nicht mit der Muttergesellschaft zusammengerechnet werden. In anderen Fällen, in denen gleiche Kostenstrukturen bestehen und in denen es sich um eine Umgehung handelt, werden die verschiedenen Versicherungen in der gleichen Gruppe meines Wissens bereits nach heutigem Recht gleich behandelt. Der Antrag der Minderheit verlangt eine Verschärfung des heutigen Rechtes. Dies soll für durchwegs alle Versicherungen gelten, die zur gleichen Gruppe gehören. Das erscheint der Mehrheit nicht notwendig.
Darum bitten wir Sie, gemäss der Mehrheit Artikel 12a nicht aufzunehmen.

**Cottier** Anton (C, FR): Comme M. Studer l'a dit, cet article 12a a été adopté de justesse au Conseil national. Mais c'est aussi un des articles qui ont conduit à l'échec final du projet au Conseil national. Evitons donc, et la commission l'a fait, de le reprendre pour empêcher que le projet subisse le même sort qu'au Conseil national.
La minorité s'insurge contre la liberté entre les caisses d'un même groupe. Or, cette liberté constitue une concurrence qui peut être salutaire. Certes, cette liberté peut aussi attirer les bons risques, mais il y a une correction. La compensation des risques apporte une correction entre les bons et les mauvais risques. Cette compensation des risques est déjà instaurée; les caisses-maladie dont les coûts sont inférieurs à la moyenne payent une prime identique compensatoire à des assurés d'une caisse-maladie dont les coûts sont supérieurs. Cette correction figure déjà dans la loi. Pourquoi ne pas permettre une différenciation des primes au sein de caisses d'un même groupe réunies sous le même toit? Ces caisses sont structurées différemment, ce qui autorise une différenciation dans les coûts, et uniformiser alors les primes pourrait constituer une certaine entente cartellaire, ce que nous voulons éviter aussi.
L'article 12a aurait un autre effet catastrophique. Vous avez des caisses qui peuvent se trouver dans des situations financières difficiles, qui peut-être devraient déposer leur bilan. Or, quelle est la meilleure chose qui puisse arriver aux assurés? Que cette caisse soit reprise par une caisse plus grande, plus saine, par un groupe de caisses. Mais, pour cela, ce groupe devra, en tout cas pour un certain temps, demander des primes supérieures pour la caisse reprise. L'article 12a l'en empêcherait; soutenir l'article 12a serait agir contre les intérêts des assurés. Et si on veut instaurer une meilleure transparence des coûts et des comptes par cet article 12a, la commission a pris en considération cette préoccupation. Elle prescrit à l'article 60 une meilleure transparence des comptes, aussi des comptes de diverses sociétés réunies au sein du même groupe.
Pour toutes ces raisons, je vous invite à suivre la majorité de la commission.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je vous invite aussi à rejeter la proposition de minorité.
Quel est son but? Est-ce qu'elle préconise que l'Etat puisse intervenir dans la concurrence entre les caisses? Auquel cas je ne pense pas qu'il faille la soutenir, parce que la concurrence entre les caisses est quelque chose d'utile. Ou bien est-ce que son but est d'établir plus de transparence dans un sens absolu? Si le but est la transparence, je suis d'accord avec l'intention mais pas avec le moyen d'y parvenir. La preuve, c'est que l'OFAS a adressé cette année aux caisses des directives pour accroître la transparence, notamment lorsque plusieurs caisses collaborent au sein d'un même groupe d'assurances.
Il y a un autre problème, à part celui qu'a soulevé M. Cottier, c'est que souvent, lorsqu'il y a un groupe d'assurances, les

diverses caisses qui font partie du groupe ont une personnalité juridique indépendante. Si vous introduisez cette mesure, vous allez entrer dans un système juridique absolument chaotique, dans lequel différentes caisses avec une personnalité juridique différente, avec une fortune différente, avec des réserves différentes, avec une structure de coûts différente, seront obligées de faire comme si elles avaient toutes le même propriétaire et la même personnalité juridique. Cela ne marchera jamais. On cherche en effet, grâce à cette disposition, à résoudre un problème de transparence que l'on peut résoudre en appliquant la directive qui a été édictée par l'OFAS.
Je crois que, même s'il y a une bonne intention derrière cette proposition, le moyen préconisé provoquerait plus de chaos et de difficultés que de transparence, c'est la raison pour laquelle je vous invite à la rejeter.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 9 Stimmen
Dagegen .... 20 Stimmen

**Art. 13 Abs. 2 Bst. f**
*Antrag der Kommission*
f. alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen gemäss Artikel 41 Absatz 4 und Artikel 62 Absatz 2 anbieten, in denen die Leistungserbringer eine mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung übernehmen. Der Bundesrat kann Ausnahmen bestimmen.

**Art. 13 al. 2 let. f**
*Proposition de la commission*
f. offrir seuls ou en collaboration avec un ou plusieurs autres assureurs une ou plusieurs formes particulières d'assurance au sens des articles 41 alinéa 4 et 62 alinéa 2, dans laquelle le fournisseur de prestations assume la responsabilité financière convenue avec les assureurs. Le Conseil fédéral peut définir les exceptions.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 13 ist in der Gesetzesabfolge die Einstiegsbestimmung zu «managed-care», auch Netzwerke oder «réseaux» genannt. Die Bestimmungen setzen sich später in Artikel 35 Absatz 1bis, Artikel 64 Absätze 2 und 3 und in den Übergangsbestimmungen Absatz 1 fort.
Es geht der Kommission darum, Anreize für den Einstieg in ein günstigeres Medizinversorgungssystem zu schaffen. «Managed care» zeichnet sich durch zwei Elemente aus: Das erste ist die Budgetverantwortung des gesamten Netzwerkes, das zweite die limitierte Zahl der Leistungserbringer. Limitiert sind sie in der Zahl, aber nicht in der Qualität. Für jede Art der Versorgung sollen im Netzwerk ausreichend Leistungserbringer vorhanden sein. Die gesamte Leistungsabfolge soll in diesem Netzwerk vertreten sein – also vom Allgemeinpraktiker über den Spezialisten zur Spitalbehandlung bis zur Rehabilitationsklinik. Dadurch gelingt es, Pflege und Behandlung zu optimieren und Kosten zu dämpfen.
Unsere Kommission möchte mit den neuen Bestimmungen vermehrt Anreize für Leistungserbringer und Patienten schaffen. Leistungserbringer erhalten einen Anreiz, indem sie im Rahmen des Vertragsprinzipes bevorzugt behandelt werden. Patienten erhalten einen Anreiz, indem Franchise und Selbstbehalt bei jenen Patienten kleiner sind, welche von einem solchen Netzwerk Gebrauch machen. Heute beträgt die Franchise 230 Franken. Der Selbstbehalt soll nach Vorstellung der Kommission im Managed-Care-System 10 Prozent, höchstens aber 600 Franken betragen; wenn nicht von einem Netzwerk Gebrauch gemacht wird, beträgt der Selbstbehalt 20 Prozent, maximal 1200 Franken.
Nun, die Festsetzung der Franchise, des Grundselbstbehaltes, und des eigentlichen Selbstbehaltes in der Behandlung, liegt in der Kompetenz des Bundesrates. In den letzten Monaten haben wir, Herr Bundespräsident, von verschiedenen Diskussionen über eine Erhöhung von Franchise und Selbstbehalt gehört. Ich bitte, dass Sie sich noch kurz zur Frage äussern: Wie gedenkt der Bundesrat in nächster Zeit Franchise und Selbstbehalt festzulegen? Trifft es insbesondere zu, dass die Franchise auf 300 Franken erhöht werden soll? Und trifft es zu, dass der Selbstbehalt neu 750 Franken – bzw. 1500 Franken ausserhalb des Netzwerkes – betragen soll?

**Cornu** Jean-Claude (R, FR): Je crois qu'on ne peut qu'appuyer cette stratégie qui vise à la mise en place de ces nouvelles structures. Je pense néanmoins, et c'est la remarque que je formule, qu'il est important de ne pas tomber dans le piège qui consisterait par exemple à donner à un médecin de famille tout le pouvoir sur l'usage du forfait par tête qui pourrait être introduit parallèlement. Il faudrait absolument privilégier dans ces cas les modèles qui prévoient que chaque fournisseur de prestations porte la responsabilité de respecter le budget spécifique aux prestations de sa spécialité, et ne pas payer le médecin de famille, d'autant plus qu'il ne soigne pas.
En outre, ces modèles pourraient donner un pouvoir démesuré à celui qui tient l'enveloppe budgétaire, car – on l'a déjà évoqué à plusieurs reprises, mais les montants en jeu sont tellement importants et le risque est tellement gros – il pourrait exercer des chantages sans limites sur tous les autres fournisseurs de prestations qui dépendent de sa décision et donc de son groupe.
J'aurais aimé que l'on inscrive dans la loi qu'on doit encourager des réseaux multidisciplinaires qui soient basés sur une charte de qualité, sinon on risque de privilégier les avantages financiers de certains fournisseurs de prestations par rapport au souci de qualité. Merci d'en tenir compte dans les réflexions à venir.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le rapporteur pose la question de savoir si le montant des franchises va évoluer au cours des prochains mois.
Premièrement, si on regarde ce qui s'est passé durant ces dernières années, on constate que le montant des franchises a été adapté à l'évolution des coûts de la santé. Depuis quelques années, il est resté stable, avec 230 francs pour la franchise de base. Au Conseil national, la proposition a été faite de le porter à 400 francs. Une adaptation modérée du montant de la franchise ordinaire me paraît justifiée; elle pourrait être de l'ordre de 70 francs, c'est-à-dire qu'il passerait à 300 francs.
Deuxièmement, un autre problème qui peut se poser et qui doit être discuté, c'est celui du rabais accordé pour les franchises dont le montant est supérieur à 230 francs. Ces franchises n'ont pas un caractère de solidarité. Aujourd'hui, l'assureur peut accorder un certain rabais sur les primes à celui qui prend une franchise de 600 francs, par rapport à celui qui prend une franchise de 230 francs, c'est-à-dire restituer, d'une certaine manière, le 100 pour cent de la franchise supplémentaire prise. Ce n'est pas un système très solidaire. En effet, ça signifie que si quelqu'un est bien portant, il prend une franchise plus élevée, et si, tout d'un coup, il a une maladie qui l'oblige, pendant plusieurs années, à recourir à l'assurance-maladie, il change de type de franchise et il revient à une franchise inférieure. Donc, ce système n'établit pas de solidarité entre bien portants et malades. Par conséquent, cette situation nécessite réflexion et aussi, probablement, un changement.
Mais comme vous le voyez, on n'envisage pas de monter la franchise à un niveau élevé. Passer de 230 à 300 francs, c'est-à-dire 70 francs de plus, c'est quelque chose qui me paraît tout à fait acceptable.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 21 Abs. 4**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 21 al. 4**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 23a**
*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean)
*Titel*
Information und Beratung der Versicherten
*Abs. 1*
Der Bund kann gemeinnützige Dachorganisationen, die in der ganzen Schweiz tätig sind, mit der Erfüllung von Aufgaben im Bereich der Information, Beratung sowie Förderung der Selbsthilfe der Versicherten betrauen. Zu diesem Zweck bewilligt er ihnen Finanzhilfen nach dem Subventionsgesetz.
*Abs. 2*
Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen für die Gewährung dieser Finanzhilfen.

**Art. 23a**
*Proposition de la minorité*
(Studer Jean)
*Titre*
Information et conseil aux assurés
*Al. 1*
La Confédération peut confier à des organisations faîtières d'utilité publique actives dans toute la Suisse des tâches en matière d'information, de conseil et d'encouragement à l'entraide des assurés. Il accorde à cet effet des aides financières conformément aux dispositions de la loi sur les subventions.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral définit les conditions permettant d'accorder ces aides.

**Studer** Jean (S, NE): Nous parlons ici des associations et des fondations qui s'occupent de la prise en charge de personnes atteintes de l'une ou l'autre des maladies. L'exemple qui vient immédiatement à l'esprit, c'est celui de la Ligue suisse contre le cancer; on peut parler aussi de l'Association Alzheimer Suisse.
La proposition de minorité que je vous fais ici vise à permettre à la Confédération, si elle le juge opportun, de soutenir ce type d'organisations d'utilité publique. Pourquoi nous paraît-il juste qu'une telle possibilité soit offerte? Il est indéniable que ces associations, dans le cadre de leur activité, contribuent directement à une meilleure maîtrise des coûts de la santé au moyen de la prise en charge qu'elles peuvent faire pour leurs membres atteints de la maladie dont elles s'occupent, par l'intermédiaire des conseils qu'elles peuvent leur donner pour les soins médicaux, les soins hospitaliers et les traitements médicamenteux. Il y a donc, dans le cadre de l'activité que déploient ces associations, un facteur de meilleure maîtrise des coûts grâce aux prestations qu'elles offrent.
Souvent, ces associations ont des moyens limités. C'est pour cette raison qu'on doit permettre à la Confédération, au moyen d'une «Kann-Vorschrift», de soutenir l'une ou l'autre de ces organisations.
On pourrait rétorquer que ces associations sont souvent déjà soutenues. On pourrait imaginer, puisqu'on vient de traiter le sujet, que ça puisse être le cas en application de la loi sur l'assurance-invalidité. En fait, on m'a rapidement dit il y a quelques jours que sur ce plan-là aussi, ce qui était certain il y a quelques mois l'est moins aujourd'hui à la suite d'une décision du Tribunal fédéral qui a considéré qu'on pouvait tenir pour invalides uniquement les personnes qui bénéficient de prestations de l'assurance-invalidité. Cela veut dire que, sur la base de la loi sur l'AI, la Confédération pourra maintenir les soutiens qu'elle octroie maintenant uniquement à l'égard d'associations qui comptent des membres bénéficiant de prestations de l'assurance-invalidité.
Parmi ces associations, je prends le cas la Ligue suisse contre le cancer: de nombreuses personnes souffrent d'un cancer et, par bonheur, ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité. Ce qui fait que, si les velléités que semble manifester la Confédération de limiter par le truchement de l'AI son soutien aux associations qui comptent une grande majorité de bénéficiaires de prestations de l'AI se manifestent, on voit bien le danger qui menace l'ensemble des activités de ces associations.
Pourquoi vous le cacher? je suis allé chercher cette solution dans les comptes rendus des débats du Conseil national aussi. Contrairement à celle que j'ai défendue précédemment, celle-ci a eu un très large soutien, 110 voix contre 35, je l'ai noté. Il y avait là aussi à ce moment-là un soutien de la part de la représentante du Conseil fédéral. Alors que, peut-être, les choses changent! Mais je crois qu'il est vraiment important qu'on permette à ces associations de continuer leur activité et qu'on les soutienne, ou en tout cas que la Confédération, suivant les maladies visées, puisse avoir la compétence de subventionner l'une ou l'autre de ces associations.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich stimme mit Herrn Studer in einem sehr wichtigen Punkt überein: Die Arbeit der Patientenorganisationen und der Selbsthilfegruppen ist sehr wertvoll und wichtig. Die Geister scheiden sich an der Frage, ob hierfür ein neuer Subventionstatbestand geschaffen werden soll, der bisher nicht existiert hat.
Die grosse Mehrheit ist aus drei Überlegungen zum Schluss gekommen, man solle diesen Subventionstatbestand nicht schaffen.
1. Die Zweckumschreibung gemäss Absatz 1 – nämlich «Aufgaben im Bereich der Information, Beratung sowie Förderung der Selbsthilfe der Versicherten» – ist ein bisschen diffus.
2. Wir können nicht erkennen, welches der Beitrag zur Kostendämmung im Gesundheitswesen ist. Das ist ja das Hauptziel unserer Revision, und diesen Beitrag können wir nicht erkennen.
3. Es wäre bloss eine Unterstützung der Dachorganisationen, die eher zentralistisch wirken.
Aus diesen drei Überlegungen ist die Mehrheit zum Schluss gekommen, die gute Arbeit dieser Organisationen nicht durch einen neuen Subventionstatbestand zu unterstützen.

**Beerli** Christine (R, BE): Nur ganz kurz: Die Arbeit des Nationalrates ist ja in der Tat zu einem guten Teil deshalb gescheitert, weil er noch ganz viele verschiedene Dinge in die Gesetzesvorlage eingebracht hat. Die Vorlage wurde überladen und geriet dann von allen Seiten ins Kreuzfeuer. Wir haben uns – ich habe es im Eintretensvotum gesagt – demgegenüber wirklich auf die drei Pfeiler Spitalfinanzierung, Prämienverbilligung, Kostendämpfung beschränken wollen. Auch wenn ich viel Sympathie für den Minderheitsantrag Studer Jean habe – er lässt sich an sich gut begründen –, sollten wir nicht damit beginnen, solche Anträge, die nicht unter einen dieser drei Pfeiler fallen, jetzt ins Gesetz aufzunehmen. Sonst laufen auch wir Gefahr, dass das Gesetz zerfleddert und wir schliesslich in derselben Situation wie der Nationalrat landen.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Ein kurze Ergänzung: Auch ich finde, dass diese Dachorganisationen eine gute Leistung erbringen. Aber die Frage der Information und der Beratung der Versicherten wurde schon mehrmals diskutiert, und auch das geltende Gesetz enthält ja eine Bestimmung, wonach die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und zu beraten sind. Die in Artikel 16 KVG verankerte Pflicht reicht von der allgemeinen Information bis zur persönlichen Beratung, beispielsweise über die Versicherungspflicht und über Ansprüche im Versicherungsfall.
Aus diesem zusätzlichen Grund – und den Gründen, die bereits genannt wurden – bitte auch ich Sie, diesen Antrag abzulehnen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous vous invitons aussi à rejeter cette proposition. Tout peut changer; tout doit changer, de temps en temps! Non pas pour que tout reste la même chose, mais pour que certaines choses changent. Lampedusa n'a pas toujours raison.
Je crois que les arguments essentiels ont été exposés, mais il faut ajouter qu'il existe une organisation aujourd'hui – l'ombudsman des assureurs-maladie – qui remplit pratiquement ces fonctions. Pourquoi est-ce qu'il faudrait de l'argent public pour soutenir une organisation qui est soutenue aujourd'hui déjà par les assureurs-maladie eux-mêmes? Et puis, je dois vous dire que, personnellement, j'ai de plus en plus de réticences à subventionner des organisations avec l'argent public, organisations qui viennent ensuite expliquer à l'Etat ce qu'il doit faire.
Finalement, il y a des partis politiques, des syndicats, des organisations structurées qui gardent leur indépendance – les partis politiques reçoivent un peu d'argent de l'Etat. Ces organisations défendent les intérêts des différents groupes organisés. Je crois qu'il ne faut pas créer systématiquement des groupements qui, sans soutien de l'Etat, n'arriveraient pas à survivre. S'ils n'arrivent pas à survivre, c'est qu'ils n'ont pas réussi à démontrer l'intérêt de leur existence.
Mais l'argument principal est que l'objectif est déjà atteint par la création de l'ombudsman des assureurs-maladie, ombudsman qui ne coûte rien à l'Etat et qui fait pas mal son travail, à ma connaissance. Je crois même que j'ai été président un moment du comité de surveillance d'un ombudsman des assurances, je ne sais plus si c'étaient des assurances sociales. En tous les cas, c'était très sérieusement fait, non pas par le président, mais par le directeur de l'organisation; l'ombudsman lui-même est généralement une personne extrêmement sérieuse.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 5 Stimmen
Dagegen .... 28 Stimmen

**Art. 25 Abs. 2**
*Antrag der Mehrheit*
Diese Leistungen umfassen:
a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:
....
3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen; vorbehalten ist Buchstabe abis;
abis. in Abweichung von Buchstabe a einen Beitrag an die Pflegemassnahmen, die im Pflegeheim, ambulant oder bei Hausbesuchen durchgeführt werden;
....

*Antrag der Minderheit*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David)
*Bst. a*
....
3. .... Ärztin oder für die Physiotherapie eines Chiropraktors Leistungen ....

*Antrag Forster*
*Bst. abis*
abis. .... einen Beitrag an die Massnahmen der Langzeitpflege, die im Pflegeheim ....

*Antrag Leuenberger*
*Bst. abis*
Streichen

**Art. 25 al. 2**
*Proposition de la majorité*
Ces prestations comprennent:
a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
....
3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical; demeure réservée la lettre abis;
abis. en dérogation à la lettre a, une contribution aux soins qui sont dispensés dans un établissement médico-social, sous forme ambulatoire ou au domicile du patient;
....

*Proposition de la minorité*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David)
*Let. a*
....
3. .... ou sur mandat médical ou, pour la physiothérapie, sur mandat d'un chiropraticien; demeure ....

*Proposition Forster*
*Let. abis*
abis. .... une contribution aux mesures des soins de longue durée qui sont dispensés ....

*Proposition Leuenberger*
*Let. abis*
Biffer

*Bst. a – Let. a*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Worum geht es in Absatz 3? Es geht um die Frage: Wer ist das Tor zur bezahlten medizinischen Leistung? Bis heute ist es der Arzt allein. Die Minderheit möchte nun in einem relativ kleinen Teilbereich den Chiropraktor einführen. Nach dem Antrag der Minderheit sollten Physiotherapieleistungen – nur Physiotherapieleistungen – durch Chiropraktoren angeordnet werden können. Heute muss der Einstieg in alle Leistungen – auch in Physiotherapieleistungen – via Arzt erfolgen.
Es gibt tatsächlich Gründe dafür, neu einzuführen, dass der Chiropraktor diese Teilleistung anordnen kann. Es kann in einzelnen Fällen den Ablauf erleichtern, wenn Chiropraktoren Physiotherapeuten direkt und nicht via Arzt beauftragen. Wenn wir nun hier den Einbruch gestatten – das ist die Auffassung der Mehrheit –, kann er in anderen Bereichen ebenfalls erfolgen. Es ist die berühmte Büchse der Pandora, die Sie öffnen. Sie wissen: Es stehen Organisationen zuhauf vor den Türen der SGK, die alle ebenfalls Leistungen direkt verordnen möchten. Das geht von den Psychotherapeuten zu vielen anderen Berufsverbänden, deren Mitglieder alle gute Arbeit leisten. Aber unter dem Gesichtspunkt der Kostendämmung – ich wiederhole es – ist die Neuerung gefährlich. Wenn wir hier erweitern, wächst der politische Druck massiv, dass auch andere Leistungserbringer weitere Leistungen anordnen können.
Aus diesen Gründen bitten wir Sie, bei der heutigen Lösung zu bleiben.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Vorweg gesagt: Die Büchse der Pandora wird hier nicht geöffnet. Es geht auch nicht um eine zentrale Bestimmung der Revision. Aber immerhin: Dieser Antrag führt zu schlankeren Abläufen und damit schliesslich zu geringeren Kosten. Das ist der Grund für den Minderheitsantrag. Er wurde schon in der letzten Beratung in unserem Rat gestellt und ist knapp – mit einer Stimme Differenz – unterlegen. Im Nationalrat stiess er dann aber auf breite Zustimmung. Der Nationalrat hat mit 125 zu 13 Stimmen sehr deutlich zugestimmt.
Um was geht es? Es geht um die Verordnungskompetenz der Chiropraktoren im Bereich der Physiotherapie. Herr Kommissionspräsident, ich möchte auch auf Absatz 2 Buchstabe b des geltenden KVG hinweisen. Da sind die Chiropraktoren auch bereits im Rahmen der vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen erwähnt. Für die Chiropraktoren ist das nichts Neues. Die Chiropraktoren diagnostizieren und praktizieren als Erstversorger und selbstständige Medi-

zinalpersonen wie die Ärzte. Sie sehen das in Absatz 2 Buchstabe a Ziffern 1 und 2. Sie sind hier die einzige Kategorie, das muss man sehen, die auf gleicher Ebene wie die Ärzte figurieren. Patienten benötigen für eine chiropraktische Konsultation eben keine Überweisung – schon bisher nicht. Die Krankenkassen haben bis zum Inkrafttreten des neuen KVG und darüber hinaus auch die Kosten physiotherapeutischer Behandlungen bzw. Nachbehandlungen übernommen, wenn sie von Chiropraktoren verschrieben worden sind.
Artikel 25 KVG regelt nun die Berechtigung der Medizinalpersonen, Leistungen zu verschreiben, auf eine etwas neue Weise. Die Chiropraktoren sind zwar selbstständige Medizinalpersonen, und für die Verordnung von Physiotherapie sind sie im Übrigen auch qualifiziert, aber sie werden hier nicht mehr erwähnt und eben auch in Buchstabe b nicht mehr.
Was bedeutet das? Das neue KVG verlangt damit von Patientinnen und Patienten, dass sie nach der Diagnose und der Behandlung beim selbstständig und eigenverantwortlich handelnden Chiropraktor zusätzlich einen Arzt aufsuchen, der die vom Chiropraktor verschriebene Physiotherapie bestätigt und formell verordnet. Das ist eine Doppelläufigkeit, ein Leerlauf. Das bedeutet Kosten für Mehrfachkonsultationen, oft zusätzliche Diagnoseleistungen oder gar ein Consilium. Das hat wiederum längere Absenzen, verlängerte Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Gesamthaft ergeben sich Kosten, die – im Gesundheitsbereich gesehen – nicht wahnsinnig gross sind. Aber es geht auch hier eben um Millionenbeträge.
Ich meine, man sollte auch im Kleinen sparen helfen. Wir brechen hier keinen Damm auf, weil die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, wie gesagt, heute schon in einer Sonderstellung sind. Das sehen im Übrigen auch die Krankenversicherer, und das ist für mich auch sehr entscheidend. Santésuisse unterstützt hier die Minderheit, das sagt auch einiges über den Kostenpunkt aus.
Ich bitte Sie, die Minderheit zu unterstützen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je vous invite aussi à rejeter la proposition de minorité.
Il ne s'agit pas de mettre en doute la qualité des prestations des chiropraticiens. Tout le monde est d'accord pour dire qu'ils sont comme les autres prestataires de soins: la plupart d'entre eux sont bons, il peut y en avoir de moins bons et il peut y en avoir de très bons. Mais enfin, dans l'ensemble, les chiropraticiens ne sont pas différents des autres praticiens. Le problème, c'est qu'ils ont une formation très spécialisée et qu'ici, on leur donne la possibilité de poser un diagnostic général qui nécessite une culture scientifique plus générale que celle qu'ils ont acquise à travers des études très spécialisées, qu'ils font d'ailleurs aux Etats-Unis. Je crois qu'il n'y a pas d'école de chiropraticiens en Suisse, et probablement même pas en Europe. C'est donc une question de principe.
Peut-être bien que dans certains cas, ça réduit les coûts dans la mesure où on n'a pas besoin de recourir à un médecin en plus. Mais, quand même, probablement que ça augmente les coûts parce que ça signifie qu'une nouvelle catégorie de prestataires de soins, à côté des médecins, aurait la possibilité de prescrire des prestations. La logique me dit que, s'il y a plus de gens qui sont en mesure de prescrire plus de prestations, probablement que les coûts vont être plus élevés que s'il y en a moins.
L'argument principal, c'est de dire et de redire que les chiropraticiens – ça ne met pas en cause la qualité de la prestation qu'ils donnent – sont des gens qui sont spécialisés sur le squelette et qu'ils n'ont pas la possibilité, n'ayant pas la formation de base nécessaire, de poser un diagnostic général. Ici, il s'agit de poser un diagnostic et, ensuite, de prescrire des prestations fondées sur ce diagnostic qui doit prendre en compte la totalité du corps.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Der Bundesrat unterstützt die Mehrheit.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 18 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 16 Stimmen

*Bst. abis – Let. abis*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich möchte zuerst die Position der Mehrheit und die Logik des Systems erklären. Gestatten Sie mir, anschliessend – wenn die beiden Einzelanträge Leuenberger und Forster begründet sind – nochmals Stellung zu nehmen.
Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe abis hat eine direkte Konsequenz auf Artikel 50 Absatz 2. Das vorab zur Klarstellung.
Welches System will die Kommission? Die Kommission will mit ihrer Litera abis nur weiterführen, was bis Ende des Jahres 2002 in der ganzen Schweiz galt. Bis Ende 2002 bezahlten aufgrund der damaligen Verordnung des Bundesrates die Krankenversicherungen einen Beitrag an die in Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen und an Spitexleistungen. Auf Anfang 2003 ist eine neue Verordnung des Bundesrates in Kraft getreten, welche die Leistungspflicht der Versicherer wesentlich ausweitet. Die Versicherer sagen, dass sie im Endausbau aufgrund der neuen Bestimmung rund eine Milliarde – 1000 Millionen Franken – mehr für Leistungen im Pflegebereich bezahlen müssen, als das bis heute der Fall war. Es ist also eine wesentliche Leistungsausweitung.
Davon profitieren würden die Träger der Heime, die Gemeinden und auch die Heiminsassen, weil deren Beiträge eben um diese Milliarde Franken entlastet werden. Das geschieht gemäss der Verordnung des Bundesrates, einer Leistungsverordnung im Pflegebereich. Ich hoffe, dass auch hier die Dinge im Bundesrat gewechselt haben und dass der Bundesrat die Lösung der Kommission unterstützt.
Mit unserer Lösung geben wir dem Bundesrat die gesetzliche Möglichkeit, genau wie bis Ende 2002 zu legiferieren und damit keine zusätzliche Belastung von rund einer Milliarde Franken für die Versicherer, für die Krankenkassen, einzuführen.
Es würde also heissen: Diese eine Milliarde Franken ist zu bezahlen, vordergründig durch die Versicherer, aber im Endeffekt durch die Versicherten selber. Dadurch steigen die Prämien. Was macht das aus? Wir müssen uns die Zahlen vor Augen führen. Ein Prämienprozent macht ungefähr 200 Millionen Franken aus. Allein durch diese Bestimmung – wenn wir sie nicht aufnehmen – verfügen wir im Endausbau Prämienerhöhungen im Bereich von 5 bis 6 Prozent. Das ist die Konsequenz. Das müssen wir uns vor Augen halten.
Nun möchte Herr Leuenberger die Bestimmung ganz aufheben. Er möchte also bei der Verordnung des Bundesrates bleiben, wie sie seit Anfang dieses Jahres gilt, was Kostenfolgen für die Versicherer und schliesslich für die Prämien von gegen 1 Milliarde Franken auslösen würde. Frau Forster schlägt einen Zwischenschritt vor.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Ich wäre eigentlich froh gewesen, Sie hätten das Wort zuerst Herrn Leuenberger gegeben. Dies hätte das Verständnis meines Antrages wesentlich erleichtert. Ich werde versuchen, meinen Antrag so zu präsentieren, dass Sie nachher wissen, worum es geht.
Ich hatte bereits in der Kommission Probleme mit diesem Artikel, habe aber damals keinen Minderheitsantrag gestellt.
Heute stelle ich einen modifizierten Antrag. Weshalb? Ich möchte kurz darstellen, worum es geht. Der Präsident der Kommission hat erläutert, dass es mehr koste, wenn das geltende KVG und die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) umgesetzt werden. Er hat die Mehrkosten für die Versicherer auf ungefähr 1 Milliarde Franken veranschlagt; ich würde sogar sagen, dass es gegen 1,2 Milliarden Franken sein werden. Wie uns in der Kommission vom BSV zu dieser Frage dargelegt worden ist, wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche für die dritte KVG-Revision ein Modell der Pflegefinanzierung erarbeiten sollte. Die ständerätliche SGK möchte den Betrag an die Pflege aber bereits jetzt fest-

schreiben. Dabei – und da liegt mein Problem – differenziert sie aber nicht zwischen Betagtenpflege, d. h. Massnahmen an die Langzeitpflege, und ambulanter Akutpflege, was insbesondere für die Spitex ein grosses Problem darstellen würde.

Um meine Interessenbindung noch offen zu legen: Ich bin Präsidentin des Spitexverbandes des Kantons St. Gallen und bin in dieser Eigenschaft auch im Spitexverband Schweiz eingebunden. Dieser Verband hat mich auch gebeten, hier die Problematik darzustellen und den Antrag einzureichen.

Werden in der zweiten KVG-Revision keine Entscheide gefällt, welche den Anteil der Krankenversicherer an der Betagtenpflege beschränken, werden die Pflegekosten, wie bereits dargelegt, massiv ansteigen. Werden in der jetzigen KVG-Revision vorschnelle Entscheide in Richtung eines Beitrages an die Pflege gefällt, zementiert dies eine heute unbefriedigende Situation. Insbesondere dürfte weiterhin nicht klar sein – und das ist ein wesentliches Element –, wer die aufgrund des Tarifschutzes ungedeckten Kosten zu übernehmen hat. Die Formulierung der SGK «einen Beitrag an die Pflegemassnahmen, die im Pflegeheim, ambulant oder bei Hausbesuchen durchgeführt werden» darf deshalb nach meiner Meinung so nicht im Gesetz festgeschrieben werden, weil dadurch alle Bereiche der Akutpflege, insbesondere der Spitex, mit eingeschlossen würden.

Akutpatienten und -patientinnen, welche in Spitälern und Kliniken gepflegt werden, würden gegenüber Patientinnen und Patienten, welche in Pflegeheimen, zu Hause oder ambulant gepflegt werden, in unzulässiger Weise bevorzugt, und es würden falsche Anreize geschaffen. Als Notbremse gegen die Kostensteigerung, die zu erwarten ist und die auch ich nicht will, möchte ich Ihnen beliebt machen, in Buchstabe abis in Abweichung von Buchstabe a einen Beitrag an die Massnahmen der Langzeitpflege, die im Pflegeheim, ambulant oder bei Hausbesuchen durchgeführt werden, festzulegen. Artikel 50 müsste demnach auch geändert werden, d. h. der Bundesrat müsste feststellen, in welchem Ausmasse die Leistungen bei ambulanter Krankenpflege zu Hause sowie bei einem Aufenthalt im Pflegeheim nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe abis zu übernehmen sind. Der Bundesrat müsste weiter festlegen, was Langzeitpflege ist.

Mit diesem Antrag kann die Notbremse effizient gezogen werden, ohne die hängigen Fragen im Bereich der Akutpflege zu präjudizieren. Mit dem Begriff der Langzeitpflege werden im Wesentlichen jene erfasst, welche über eine AHV- oder IV-Rente verfügen und deshalb auch Ergänzungsleistungen geltend machen können. Für die Langzeitpflege kann auf den Tarifschutz verzichtet werden. Damit werden viele Probleme der Kantone bei der Tarifierung der Heime gelöst. Die Formulierung steht im Weiteren der Möglichkeit, in der 3. KVG-Revision allenfalls eine Aufteilung in Grundpflege und Behandlungspflege vorzunehmen, nicht entgegen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dieser Modifizierung zuzustimmen. Ich bin der Meinung, dass wir damit den richtigen Schritt tun: Wir verringern die Mehrkosten, ohne das Kind mit dem Bade auszuschütten.

**Leuenberger** Ernst (S, SO): Bitte beachten Sie, dass Ihnen meine Anträge betreffend Artikel 25 auf zwei Blättern ausgeteilt worden sind. Es geht auch um Artikel 50, mit Auswirkungen auf Artikel 104a, und das ist wohl in einem einzigen Aufwisch zu behandeln.

Darf ich Sie, die Sie wie ich in diesem Milliardengeschäft der Krankenversicherungen nicht Insider sind, bitten, etwas zu beachten, was unser Kommissionspräsident gesagt hat. Er hat gesagt, wir müssten dieses Gesetz ändern, weil der Bundesrat auf das neue Jahr in einer Rechnungslegungsverordnung etwas geändert habe, das jetzt Auswirkungen habe. Rein gesetzgebungsmässig – das muss ich Ihnen gestehen – ist mir dieses Vorgehen absolut fremd, und es sollte hier keinen Platz finden. Wenn der Bundesrat eine Verordnung erlassen hat, die unerwünschte Auswirkungen hat, dann möge man den Bundesrat ersuchen, seine Verordnung zu ändern – fini, terminé!

Worum geht es hier? Es geht um Pflegekosten. Frau Forster, der Bundesrat hat es soeben ausgeführt und hat immer gesagt, diese ganze Frage der Pflegekosten sei eine sehr komplexe Geschichte, die verschiedenste Bereiche betreffe. Es lohnt sich, die nicht mehr ganz taufrische Botschaft zur Hand zu nehmen und auf Seite 768 nachzulesen. Dort heisst es, dass ein Auftrag an den Bundesrat erteilt wurde, ein Konzept zur Finanzierung des Pflegebereichs zu erarbeiten. «Ein solches Konzept hat als Ausgangspunkt die Aufgaben von Krankenversicherung, Kantonen und Gemeinden voneinander abzugrenzen und darauf abgestützt die Finanzierungsfrage zu prüfen.» Ein solches Konzept hätte «die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die im Rahmen der 4. IV-Revision vorgesehene Assistenzentschädigung in die Betrachtung einzubeziehen .... Ein Pflegekonzept hätte sowohl die Pflege in einem Pflegeheim als auch die Pflege zu Hause zu umfassen.»

Ein solches Konzept wurde für die dritte KVG-Revision in Aussicht gestellt. Wir sind jetzt nicht bei der dritten, sondern etwa bei der «zweieinhalbten», wenn man die nationalrätliche Schlaufe noch in Betracht zieht. Jedenfalls hat die Arbeitsgruppe – das lese ich in einem Papier des Departementes des Innern bzw. des Bundesamtes vom 6. Februar 2003 – bereits unter dem Regiment Couchepin festgehalten: «La question du financement des soins de longue durée doit être thématisée dans le cadre de la troisième révision partielle de la LAMal.»

Hier wird auch festgehalten, es sei bis Ende Juni ein Bericht an den Bundesrat abzuliefern. Ich weiss nicht, was die Kommission bewogen hat, jetzt dem Bundesrat vorzugreifen und zu sagen: Wir regeln jetzt die ganze Geschichte über eine Gesetzesänderung, wo doch der Bundesrat eine Arbeitsgruppe – und ich nehme an, dort sei etwelcher Sachverstand vereinigt – beauftragt hat, ihm über das weitere Vorgehen Bericht zu erstatten.

Nun kommt die ganze Geschichte: An sich haben wir in diesem Artikel 25 heute gesetzlich absolut klare Regelungen, und diese sind in einer Verordnung ausgeführt. Diese Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ist nicht einmal eine Verordnung des Bundesrates, sondern des Departementes des Innern, und darin ist umschrieben, was zu bezahlen ist und was nicht zu bezahlen ist. Die KLV hat einen Detaillierungsgrad, der sich unseren gesetzgeberischen Qualifikationen fast ein bisschen entzieht. Jedenfalls sind einige von uns, und ich zähle mich gerne dazu, sehr gefordert, wenn wir hier gesetzgeberisch entscheiden sollen, was zu tun ist.

In seinem Referat hat der Kommissionspräsident zwar – und das ist die andere lustige Logik, die er uns vorgetragen hat – gesagt, er wolle den Status quo, d. h. genau genommen will er den Status quo ante vor dem Neujahr 2003. Der Status quo ante Neujahr 2003 ist durch eine bundesrätliche Rechnungslegungsverordnung geändert worden und nicht, wie ausgeführt worden ist, durch eine Verordnung, die die Leistungen neu regelt. Ich finde, wenn wir uns als Gesetzgeber vom Vorwurf befreien wollen, mit Schnellschüssen zu operieren, kommen wir nicht umhin, dem Bundesrat zu sagen, er solle die Sache gründlich prüfen – das ist einer Chambre de réflexion angemessen –, er solle die Expertenkommission berichten lassen, die Geschichte dann anschauen und in der Zwischenzeit auf seine Verordnung zurückkommen, die per 1. Januar 2003 in Kraft trat, wenn es nicht anders geht. Der Bundesrat wird nämlich bei seinen Arbeiten dann auch festhalten müssen, dass es eine Behandlungspflege und eine Grundpflege gibt, und er wird möglicherweise gewisse Differenzierungen vornehmen.

Wenn ich die ganze Übung politisch gewichten will, geht aus der Botschaft hervor, dass sich die Krankenversicherer seit Jahren mit Händen und Füssen gegen die Übernahme dieser Pflegekosten wehren. Offenbar haben sich in dieser von mir als Schnellschuss bezeichneten Übung in der Kommission jetzt einfach einseitig die Krankenversicherer durchgesetzt. Ich denke, das sei keine gute Sache.

Einen Kostendämmungseffekt hat das nicht, das ist eine blosse Kostenverteilungsübung. Ich will dem Herrn Kommissionspräsidenten und namhaften Vertretern der Krankenversicherungen auch danken; sie haben mir gestern in diesem Zusammenhang sehr viel erklärt und mir diese Milliarde Franken um die Ohren gehauen, bis ich mich fast nicht mehr gespürt habe. Ich habe immer nur eine banale Frage gestellt. Die Krankenversicherer sagen: Es kommt eine Milliarde Franken zusätzlicher Kosten auf uns zu. Ich nehme das mal als gegeben hin; ich kann es nicht beurteilen. Ich habe dann immer nur gefragt: Wer soll dann diese Milliarde Franken tragen? Wer? Darauf habe ich eigentlich nur relativ diffuse Antworten erhalten. Die einen sagen: Ja, die Versicherten selber. Gut, das ist eine Antwort, die ich zu respektieren habe. Andere, etwas sozialer Gesinnte, sagen: Ja, die Kantone können sie dann tragen. Das ist eine ernsthafte Angelegenheit, worüber man mit den Kantonen sprechen müsste. Es würde mich sehr interessieren, was die Kantone dazu sagen, wenn man ihnen einfach so Kosten von einer Milliarde Franken vor die Haustür wirft. Der Kanton, den ich hier vertreten darf, ist jedenfalls jeweils nicht begeistert, wenn der Bund einfach so, mit einem Federstrich, Rechnungen ins Rathaus nach Solothurn schickt. Es gibt dann welche, die sagen: Ja, die Gemeindefürsorge könnte da tätig werden.

Ich komme zum Schluss: Lassen wir den Status quo bestehen; verzichten wir hier auf diese Gesetzesänderung. Die nächste Gesetzesänderung kommt so sicher wie das Amen in der Kirche. Der Bundesrat wird bis dahin – seinen Experten folgend und in Übereinstimmung mit allen Beteiligten – zu Lösungen gekommen sein, die dann auch tatsächlich tragbar sind.

Aber eines sage ich Ihnen: Solange die Frage nicht beantwortet ist, wer diese hier im Raum schwebende Milliarde Franken bezahlen soll, können Sie hier nicht entscheiden. Herr Brändli weiss, dass es die Krankenversicherer nicht sein werden, der Herr Kommissionspräsident und die Kommissionsmehrheit sind offenbar auch dieser Ansicht: Die Krankenversicherer können es nicht sein. Sagen Sie hier einfach schlicht und bescheiden, wer diese Milliarde Franken – falls dieser Betrag wirklich stimmt – bezahlen soll. Dann mögen Sie getrost entscheiden. Ich bitte Sie jedenfalls wirklich, beim Status quo zu bleiben und hier keine Schnellschussübung zu veranstalten.

**Lauri** Hans (V, BE): Ich bin an sich von der Situation, die uns vorliegt, nicht vollständig befriedigt. Wir haben in den letzten Tagen und auch heute Morgen wieder gehört, dass es eine Arbeitsgruppe des BSV gibt, die sich mit der Finanzierung der Pflege in einem umfassenden Sinn auseinander setzt. Ich gehe fest davon aus, dass diese Arbeitsgruppe zu Schlussfolgerungen kommt, die nicht dazu führen werden, dass die gute Einrichtung von Spitex oder von Pflege in besonderen Heimen leidet und damit das Gesundheitswesen an sich und im Kern teurer würde, als es heute ist.

Nun stehen wir vor der Situation, dass uns die Kommission hier eine relativ undifferenzierte Regelung vorschlägt bzw. eine, die an sich vollständig an den Bundesrat delegiert, mit dem Kommentar, alles solle so weitergeführt werden, wie das bis zum Schluss des letzten Jahres der Fall war. Ich glaube, dass die Materie, die hier zur Diskussion steht, eine Problematik hat, die es an sich rechtfertigen würde, dass wir uns dazu auf Gesetzesebene äussern. Denn wir haben es gehört: Es geht um sehr grosse Beträge.

Nun muss ich feststellen, dass die Kommission die Arbeit dieser Arbeitsgruppe noch nicht kannte oder nicht kennen konnte, weil sie erst in den nächsten Monaten geleistet werden soll. Damit müssen wir heute leben. Ich stimme deshalb dem Antrag der Kommission zu, aber nicht in dem Sinn, dass für mich damit das Thema vom Tische ist, sondern in dem Sinn, dass ich fest davon ausgehe, dass die Kommission des Nationalrates im Wissen um diesen Bericht, der in Ausarbeitung ist, weiterführende Überlegungen anstellen kann und uns hier eine differenziertere Lösung vorschlägt.

Nun gibt es offenbar das Problem, dass diese Arbeitsgruppe bis Juni ihre Arbeit beenden will. Dann ist vielleicht die Sitzung der Kommission des Nationalrates auch schon vorbei. Deshalb bitte ich den Departementschef, dafür zu sorgen, dass die Frage en connaissance de cause, was die Arbeitsgruppe BSV betrifft, in der Kommission des Nationalrates behandelt werden kann, sodass wir in der Differenzbereinigung einen Schritt weiter kommen können.

In diesem Sinn – und nicht weil ich der Meinung bin, das Thema sei damit materiell abgehandelt – stimme ich der Kommission zu.

**Beerli** Christine (R, BE): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Lauri vollkommen anschliessen. Die Kommission ist nie davon ausgegangen, dass sie hier die perfekte, endgültige Lösung vorlegt, aber sie weiss sehr genau, dass wir uns in einem Bereich wachsenden Schadens befinden und dass wir eine Übergangslösung finden müssen, und zwar entweder bis eine Lösung des Nationalrates aufgrund gefestigter Daten vorliegt, die dannzumal von der Arbeitsgruppe erarbeitet worden sein werden, oder – wenn diese gefestigten Daten bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegen sollten – bis zur dritten KVG-Revision, wo das Problem dann in der Tat vertieft angegangen werden muss.

Sie wissen es: Die Pflegeversicherungen und die ganzen Probleme um die Alterspflege sind in allen Ländern, die mit der Schweiz vergleichbar sind, von grösster Bedeutung. Sie werden diskutiert, und es sind Fragen, die man mit grosser Sorgfalt angehen muss, die aber auch wirklich sehr grosse Kosten verursachen. Ich kann Ihnen nur einige Zahlen, die unser Land betreffen, nennen: Im Jahr 2000 flossen rund 6 Milliarden Franken in den Pflegesektor. Davon finanzierte die Krankenversicherung einen verhältnismässig kleinen Teil, nämlich rund 1,25 Milliarden, während sich die Gemeinden mit rund 550 Millionen an den Kosten beteiligten. Das meiste, rund 4 Milliarden Franken, wurde von den privaten Haushalten getragen. Das sind in der Tat diejenigen Leute, die sich in einem Pflegeheim befinden und ihren Aufenthalt persönlich zahlen. Ein Teil dieser 4 Milliarden Franken wiederum floss über die Ergänzungsleistungen zu jenen Personen zurück, die sich in einer schwierigen finanziellen Situation befinden und die entsprechenden Rückerstattungen dann eben mit den Ergänzungsleistungen erhalten. Man nimmt an, dass es ein grosser Betrag ist, dass von diesen 4 Milliarden Franken 3 Milliarden wieder über die Ergänzungsleistungen, das heisst über die Kantone, zurückflossen.

Die Frage, die jetzt im Raum steht, ist folgende: Mit der gesetzlichen Grundlage, die wir haben, und mit der Verordnung, die natürlich noch auf Anregung von alt Bundesrätin Dreifuss vom Bundesrat erlassen wurde, ist der Übergang auf die Krankenversicherung vorgespurt. Nicht einzig die Kosten der Behandlungspflege, die völlig zu Recht von der Krankenversicherung getragen werden sollten, sondern auch ein guter Teil der Kosten der Grundpflege bzw. die ganze Grundpflege sind neu von der Krankenversicherung zu übernehmen. Hier ist in der Tat zu befürchten, dass ein ganz grosser Teil jener Beträge, die ich vorher genannt habe, von der privaten Finanzierung bzw. der Finanzierung durch die Ergänzungsleistungen eben auf die Finanzierung durch die Krankenversicherung übergehen werden, und das könnte einen recht erheblichen Prämienschub bewirken. Ich werde mich jetzt nicht in Prozentzahlen verirren. Ich kann nicht sagen, um wie viel die Prämien wegen dieser Übernahme der Grundpflegekosten steigen werden, aber es wird ein erheblicher Prämienschub sein. Wir können das hier nicht zulassen, bevor nicht endgültige Abklärungen darüber getroffen worden sind, wie man das endgültig im Gesetz regeln soll.

Ich persönlich hatte in der Kommission den Antrag eingebracht, dass man zwischen Behandlungspflege und Grundpflege unterscheidet. Die Kosten für die Behandlungspflege – umschrieben als die Leistungen, die von qualifiziertem Pflegepersonal zu erbringen sind und die die Behandlung eines Krankheitszustandes betreffen – sind von den Krankenver-

sicherungen klarerweise zu übernehmen. Die Kosten für die Grundpflege hingegen, also die Pflege, die im Prinzip den Lebensunterhalt betrifft – also die normalen, gewöhnlichen Lebenshaltungskosten –, sind von den Krankenversicherungen weiterhin nicht zu übernehmen.
Man hat mir dann in der Kommission erklärt, eine solche Unterscheidung zu machen sei sehr schwer. Man wisse manchmal nicht, ob z. B. eine Dekubitusbehandlung eine Behandlungspflege oder eine Grundpflege sei, und deshalb solle die Grenze nicht dort gezogen werden. Es sei viel besser, wenn wir sagen, dass die Krankenversicherung einen Beitrag an das Gesamtpaket der Pflege – Behandlungspflege und Grundpflege zusammengenommen – zu leisten habe. Das sei vernünftiger und auch besser handhabbar und könne dann vom Bundesrat definiert werden. Ich bin offen dafür, dass man diese Frage noch einmal prüft, dass man das auch mit der nationalrätlichen Kommission noch einmal auseinander nimmt und schaut, welches System das bessere ist.
Ganz klar ist mir aber, dass wir nicht den ganzen Bereich der Behandlungs- und Grundpflege, also die gesamte Langzeitpflege, in die Krankenversicherung aufnehmen können, sonst kommt es zu besagtem Prämienschub, den wir nicht verantworten können. Ich glaube – auch wenn es hart klingt –, dass auch bei älteren Personen, die sich entweder in Spitex-Pflege oder in einem Pflegeheim befinden, derjenige Teil, der die «normalen» Lebenshaltungskosten betrifft, über die privaten Zahlungen abzugelten ist, allenfalls eben ergänzt durch Ergänzungsleistungen. Wir sollten hier nicht alles mit Krankheitswert betiteln und über die Krankenversicherung abgelten.
Wir müssen hier diese gesetzliche Grundlage schaffen, wenn wir nicht Gefahr laufen wollen, dass im Moment alles auf die Krankenversicherung überwälzt wird, weil ein entsprechender Artikel im Gesetz steht – Artikel 104a, Sie kennen ihn, Sie können ihn nachlesen. Wenn wir das nicht wollen, müssen wir dem Bundesrat die Möglichkeit geben, auf die Verordnung zurückzukommen, und wir müssen eine gesetzliche Grundlage dafür schaffen, dass der Bundesrat das Beitragssystem aufrechterhalten und uns allenfalls noch einen besseren Vorschlag unterbreiten kann.
Ich bin im Übrigen mit dem Antrag Forster einverstanden. Wir haben auch immer von Langzeitpflege gesprochen, das ist nur nicht eingeflossen. Es kann aber noch geklärt werden, indem man diesen Antrag übernimmt.
Ich bitte Sie aber, den Antrag Leuenberger abzulehnen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Diskussion zeigt nun, was noch zu klären ist, und ich will das tun. Seit Januar dieses Jahres gilt eine Verordnung, welche im Pflegebereich erheblich mehr Leistungen kassenpflichtig erklärt als früher. Es handelt sich um die Verordnung des EDI, nicht des Bundesrates, über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung SR 832.112.31).
In dieser Verordnung hat das EDI von seiner Kompetenz Gebrauch gemacht und Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a recht weit ausgelegt. Buchstabe a sagt klar, dass alle Pflegemassnahmen, die ärztlich verordnet sind, durch die Kassen zu bezahlen sind. Und nun hat das EDI von dieser Kompetenz umfassender Gebrauch gemacht als früher. Rechtlich kann man nicht sagen, es sei ein Fehler, das liegt durchaus im Rahmen der Kompetenz. Aber es hat Auswirkungen in der Grössenordnung von 1000 Millionen Franken, welche nun die Versicherungen zu bezahlen haben.
Bisher sind diese Kosten auch angefallen. Es sind keine neuen Kosten für die bisherigen Pflegefälle. Bisher haben bezahlt: die Insassen der Pflegeheime, teilweise die Gemeinden mit ihren Heimen usw. Indem nun diese Kosten alle kassenpflichtig sind, ergibt sich auch ein Anreiz – das ist nicht zu verkennen –, diese Kosten eher zu vermehren. Wenn die Kostenpflicht nicht wie bisher bei den Versicherten und Gemeinden bleibt, führt das zu einer Ausweitung. Herr Leuenberger, mit dem Antrag der Kommission werden keine Kosten verlegt. Wir belassen die Kosten so, wie sie bis Ende Jahr gewesen sind, und belasten die Gemeinden nicht zusätzlich mit Kosten für Patienten. Mit dem neuen Verordnungsrecht und Ihrer Lösung werden die Patienten, die Pflegefälle, und die Gemeinden um 1 Milliarde Franken entlastet.
Das ist der Mechanismus. Um das tun und eine saubere gesetzliche Grundlage schaffen zu können, brauchen wir eben diese Litera abis. Damit haben der Bundesrat und das EDI im Verordnungsfall eine saubere Grundlage. Im Ergebnis ist es so, dass mit dem Antrag Leuenberger diese Milliarde den Versicherern zusätzlich belastet wird und sich damit auf die Prämien niederschlägt. Wenn die Zahl von 1 Milliarde Franken stimmt – und sie dürfte nicht falsch sein, die Schätzungen in diesem Bereich liegen alle im Bereich von 1 Milliarde Franken –, sind das umgerechnet 5 bis 6 Prämienprozente. Der Antrag Leuenberger bewirkt die Entlastung der heutigen Heiminsassen, der Privaten, und eine Umlagerung auf die Versicherungsprämie.
Was will nun der Antrag Forster? Der Antrag Forster – ich bitte Sie, ihn genau zu lesen – will die Sache nur bei der Langzeitpflege wieder auf den alten Stand zurückführen. Bei der Kurzzeit-Spitex usw. erfolgt also eine Vergünstigung, indem die Krankenkassen zahlen müssten.
Der Antrag Forster bewirkt eine zusätzliche Leistung der Versicherer und über die Prämien an die Kurzzeitpflege, die Spitex, in der Grössenordnung von – ich muss mich auf Schätzungen der Fachleute verlassen – 200 bis 300 Millionen Franken. Der Antrag Forster bewirkt einen Prämienschub von etwa 1 bis 2 Prozent, der Antrag Leuenberger einen solchen von 5 bis 6 Prozent.
Nun ist die Frage folgende: Wie ist das gesetzgeberisch zu lösen? Den Argumenten von Herrn Lauri ist eigentlich nichts entgegenzuhalten. Wenn wir die Sache im heutigen Zeitpunkt korrigieren wollen, müssen wir es ungefähr auf jenem Weg tun. Vielleicht kann man unseren Vorschlag gesetzestechnisch oder sprachlich noch verbessern. Bis zum Ende der Beratung, im Sommer oder Herbst, ist dies durchaus möglich. Aber wenn Sie eine Korrektur wollen – das sei das letzte Wort von mir zu dieser Sache –, dann müssen Sie sie heute vornehmen. Wenn wir es nicht heute tun, sondern in fünf oder sechs Jahren, werden wir es nie schaffen. Bis dahin hat sich der Mechanismus eingespielt, dass die Krankenkassenprämien um diesen Betrag gestiegen sind, und eine Rückführung wird nicht mehr möglich sein. Wer handeln will, muss heute handeln.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Meine Frage richtet sich an den Herrn Bundespräsidenten. Ich meine, sie ist nachher entscheidend für uns. Sie geht dahin: Wenn wir diese Grundlage schaffen, ist der Bundesrat dann auch tatsächlich bereit, hier zu handeln und den Status quo bzw. den Status quo ante – bis Ende letzten Jahres – auf Verordnungsebene weiterzuführen?

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Ich möchte eine kurze Antwort geben, weil der Kommissionspräsident hier Zahlen genannt hat. Es ist richtig: Ich will analog zum Antrag der Kommission einen Beitrag an die Langzeitpflege; im Unterschied zum Antrag der Kommission will ich aber nicht nur einen Beitrag an die Akutpflege, sondern will in der Akutpflege am ganzen Betrag festhalten.
Nun zu den Zahlen: Der Kommissionspräsident hat die Summe von 300 Millionen Franken genannt. Auch meine Zahlen sind nur Schätzungen. Ich habe sie mir vom Spitex-Verband geben lassen. In den Pflegeheimen würden keine Mehrkosten anfallen, da Pflege im Heim unter die Definition der Langzeitpflege fällt. Die Akutpflege Spitex für unter 65-Jährige betrifft etwa 20 Prozent. Bei den 65- bis 79-Jährigen beträgt die Schätzung ungefähr 20 Millionen Franken. Bei den über 80-Jährigen sind es 10 Millionen Franken. Unsere Schätzungen ergeben also – gegenüber den vom Kommissionspräsidenten genannten 300 Millionen – etwa 75 Millionen Franken.

Ich bin dankbar dafür, dass Frau Beerli ausgeführt hat, sie könnte meinen Antrag unterstützen, und bitte Sie, dies ebenfalls zu tun.

**Leuenberger** Ernst (S, SO): Ich bin glücklicherweise nicht Kommissionsmitglied, sonst wäre ich möglicherweise auch durch diesen Nebel befangen.
Ich halte nur eines fest: Wenn Herr Kommissionspräsident Frick sagt, wer zum Status quo ante von Ende 2002 zurückkehren wolle, müsse dem Kommissionsantrag zustimmen, informiert er diesen Rat nicht korrekt. Denn: Das geltende Gesetz sieht vor, dass die Leistungen durch die Krankenkasse zu übernehmen sind. In Artikel 25 heisst es: «Diese Leistungen umfassen ....» So steht es im Gesetz. Und die Kommission kommt jetzt und sagt, es seien Beiträge an die Kosten für diese Leistungen zu entrichten. Das ist ein eindeutiger Abbau. Die Aussage, es sei eine Rückkehr zum Status quo ante, ist falsch.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Es geht um eine sehr wichtige Angelegenheit. Ich möchte sagen: Wir sind daran, dieses Krankenversicherungsgesetz zu revidieren. Wir haben eine neue Spitalfinanzierung, die eine Verlagerung zulasten der Prämienzahler bringt. Wir haben das ungelöste Problem der Pflegefinanzierung, die in der dritten KVG-Revision, so hoffe ich, gelöst wird. Dannzumal wird zu entscheiden sein, ob die Pflege über die Krankenversicherung finanziert wird, woher man die Mittel nimmt usw. Diese Fragen können wir heute nicht entscheiden.
Aber mir scheint es entscheidend zu sein, dass wir jetzt nicht Präjudizien schaffen, die nachher eine Lösung verunmöglichen. Wenn wir Präjudizien verhindern wollen, dann müssen wir eben dem Bundesrat die Kompetenz geben, wie sie hier definiert ist. Ich habe nie gesagt, man dürfe nichts zulasten der Krankenversicherung machen. Aber man kann jetzt nicht kurzfristig 1 bis 1,5 Milliarden Franken verlagern, weil man sonst nachher nicht mehr zu Lösungen kommt. Wenn man die Teuerung dazuschlägt, steht dem nichts entgegen.
Ich meine, wir sollten auch bezüglich des Antrages Forster aufpassen. Vielleicht kann man das in der Verordnung lösen. Aber versuchen Sie jetzt nicht, in diesem Schnellzugstempo hier Definitionen einzubauen. Diese Fragen sind derart komplex, dass sie in Arbeitsgruppen hinsichtlich der dritten KVG-Revision erarbeitet werden. Geben Sie dem Bundesrat diese Kompetenz, damit er vernünftige Übergangsregelungen treffen kann. Nachher reden wir dann insgesamt über die Pflegefinanzierung, die in den nächsten Jahren zu einem zentralen Problem wird.
Ich möchte noch etwas sagen: Sie müssen aufpassen, dass Sie nicht alles auf die junge Generation verlagern. Die Prämienerhöhungen und die Solidarität in der Krankenversicherung sind Themen, die wir nicht hier lösen können. Ich sage es etwas politisch, Herr Leuenberger: Ich habe Verständnis für Sie, dass Sie im Zusammenhang mit der Abstimmung über Ihre Initiative Freude daran haben, wenn allenfalls die Krankenkassenprämien stark steigen. Also hüten Sie sich davor, hier Lösungen zu treffen, die die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich hoffe, mein Votum bringt die abschliessende Klärung. Herr Leuenberger hat es verstanden, den Bodensatz wieder aufzuwirbeln, sodass die Durchsicht im Glas fehlt. Lassen Sie mich Folgendes sagen: Aufgrund von Buchstabe a sind heute Pflegemassnahmen, die ärztlich verordnet sind, grundsätzlich durch die Krankenversicherung zu bezahlen. Das ist die gesetzliche Grundlage. In früheren Jahren hat die Verordnung des EDI, die Krankenpflege-Leistungsverordnung, dies zurückhaltend gehandhabt. Man hat einen Beitrag an die Pflege gegeben; insbesondere die Gesundheitspflege hat man damit unterstützt.
Nun hat Frau Bundesrätin Dreifuss am 24. Dezember des letzten Jahres – das war einer ihrer letzten Arbeitstage – die Verordnung geändert, und es sind wesentlich mehr Leistungen als bisher kassenpflichtig. Sie hat also umfassend von ihrer Kompetenz Gebrauch gemacht. Rein rechtlich gesehen kann man dagegen nichts haben, weil weitere Leistungen in der Verordnung durch Buchstabe a abgedeckt sind. Wenn man ungefähr den früheren Stand – so wie er bis Ende 2002 galt – zum gesetzlichen Stand erklären will, dann muss man Buchstabe abis einfügen. Das ist der gesetzgeberische Mechanismus. Ich hoffe, ich habe das nun geklärt.
Wenn wir das nicht tun, kostet es für die Versicherer und die Prämienzahler die genannte Milliarde Franken. Mit dem Antrag Forster – da gehen die Schätzungen auseinander – kostet es auch etwas, sonst müsste man ihn nicht stellen; die Grössenordnung von 200 Millionen Franken als Schätzung sei erlaubt.
Wenn Sie eine grosse Sünde begehen wollen, dann folgen Sie Herrn Leuenberger; wenn Sie unbedingt sündigen wollen, dann begehen Sie eine kleine Sünde, und begehen Sie diese mit Frau Forster. *(Heiterkeit)*

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Tout d'abord en ce qui concerne l'histoire, je crois que l'administration a un point de vue un peu différent de celui du président de la commission. Nous prétendons qu'il n'y a pas eu de changement qui a étendu les prestations. Ce qui s'est passé, d'après ce qu'on nous dit, c'est qu'il existe une ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (RS 832.112.31). Dans cette ordonnance, il y a, dans la section 3 intitulée «Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social», un article 7 «Définition des soins». Ensuite, le 3 juillet 2002, il y a eu une ordonnance qui a été émise par le Conseil fédéral sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104). Cette ordonnance avait pour but de fixer des règles de comptabilité. Elle dit que lorsque ces règles de comptabilité sont respectées, alors on peut bénéficier des prestations prévues à l'article 7 de l'ordonnance précédente. Donc il n'y a pas eu, selon le point de vue de l'administration – cela n'a pas une grande importance politique, simplement il faut le savoir –, d'extension des prestations l'an passé avec l'adoption de l'OCP. Il y a eu simplement fixation de règles selon lesquelles la prise en charge des coûts et des prestations qui avaient déjà été accordées dans le passé est subordonnée à une présentation plus transparente de ces derniers.
Quel effet cela a-t-il? Il y a cette expertise zurichoise qui dit que ça peut entraîner une augmentation des coûts de l'assurance-maladie de 1 milliard de francs. Nous pensons qu'il y a un risque de dépenses supplémentaires important, mais qu'il ne sera pas réalisé pour des raisons pratiques. Mais, peu importe, il y a un certain potentiel de dépenses dans ce domaine.
Maintenant, politiquement et pragmatiquement, qu'est-ce qu'il faut faire pour éviter une explosion des coûts? La proposition de la commission consiste à créer un texte qui, à notre avis, n'est pas très bon, mais qui existe. Cela permet d'aborder le problème et ensuite de le corriger. M. Leuenberger dit: «Quand un texte est mauvais, il faut dire non! Et si, entre-temps, on trouve un meilleur texte, on peut toujours l'introduire au Conseil national.» M. David, en aparté, dit: «Ne faites pas ça! Parce que s'il n'y a pas de texte, c'est dangereux, on va faire exploser les coûts!» Moi, je prétends que s'il n'y a pas de texte, on peut en introduire un, et que s'il y a un mauvais texte, on peut le changer. Finalement, ce n'est pas quelque chose de fondamental, c'est plutôt de la tactique. Ce qui serait faux en tous les cas, c'est de soutenir la proposition Leuenberger avec la conséquence qu'«on va tout payer». Personne ne veut ça. Ce qu'on veut, c'est que l'administration rédige un meilleur texte.
Madame Forster me provoque des maux de tête, parce qu'au fond son texte, tel que je l'ai ici, c'est pratiquement celui de la proposition Leuenberger; mais elle a donné une

explication complémentaire différente, avec une série de justifications qui nous conviennent et qui nous plaisent, mais qui ne sont pas dans le texte. Donc, à mon avis, Forster, Leuenberger, même combat – pour une fois!
Que faire? Comme je suis un chaud partisan des institutions, je défends plutôt le point de vue de la commission, mais sans conviction, parce que c'est le point de vue de la commission, c'est institutionnel – eh bien, il faut toujours soutenir le régime contre l'opposition! Mais dans la pratique, on est tous d'accord pour dire que ni la proposition de la commission, ni la proposition Leuenberger ne résolvent le problème et qu'on doit revenir avec une meilleure solution. Et s'il faut trancher, tranchons en faveur de l'institution. Comme conseiller fédéral avec une tendance un peu conservatrice, je tranche toujours en faveur de l'institution.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 26 Stimmen
Für den Antrag Forster .... 11 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 31 Stimmen
Für den Antrag Leuenberger .... 5 Stimmen

**Art. 29 Abs. 2 Bst. b**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 29 al. 2 let. b**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:
a. die Voraussetzungen ....
b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Vertrag über die Zulassung mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben.
*Abs. 1bis*
Die Leistungserbringer und Versicherer sind, ausser im Sonderfall, in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:
a. die medizinische Versorgung nach Absatz 1quater gewahrt ist. Jeder Versicherer muss in jedem Kanton, in dem er tätig ist, Verträge über die Zulassung mindestens in der vom Kanton festgelegten Anzahl nach Absatz 1quater abschliessen;
b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);
c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden.
Beim Abschluss von Verträgen sind jene Leistungserbringer zu bevorzugen, die in Netzwerken aktiv sind, sofern das Netzwerk mit dem Versicherer vertraglich eine Budgetverantwortung vereinbart hat.
*Abs. 1ter*
Ein Sonderfall liegt vor, wenn eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufgrund ihrer Langjährigkeit sowie des Alters und des Leidens der versicherten Person aus therapeutischen Gründen aufrechterhalten werden muss.
*Abs. 1quater*
Die Kantone bestimmen für den ambulanten Bereich die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten. Die Versorgungssicherheit beurteilen sie nach den demographischen Verhältnissen und der Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Das Angebot in den angrenzenden Kantonen ist zu berücksichtigen. Zur Beurteilung der Versorgung setzen die Kantone jeweils eine beratende Kommission ein. Sie setzt sich zusammen aus einer Vertretung des Kantons, die den Vorsitz innehat, und aus einer Vertretung der Versicherer und der Leistungserbringer.
*Abs. 1quinquies*
Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verweigert, kann dies bei Verletzung der Absätze 1bis, 1ter oder 1quater einer kantonalen Schiedskommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons, zum endgültigen Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vorsitz.
*Abs. 1sexies*
Die Verträge über die Zulassung sind für eine Dauer von vier Jahren abzuschliessen. Versicherer und Leistungserbringer können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 18 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen. Eine Kündigung ist ausgeschlossen, wenn gestützt auf die Absätze 1bis, 1ter oder 1quater eine Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages besteht.
*Abs. 1septies*
Leistungserbringer und Versicherer können die Kündigung innert 30 Tagen nach Empfang der Kündigung bei der kantonalen Schiedskommission nach Absatz 1quinquies wegen Verletzung der Absätze 1bis, 1ter oder 1quater anfechten. Weisen sie eine unzumutbare Härte nach, so können sie die Erstreckung des Vertragsverhältnisses um höchstens zwei Jahre verlangen.
*Abs. 2 Bst. i*
Festhalten

**Art. 35**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui:
a. remplissent les conditions des articles 36 à 40; et
b. pour autant qu'ils soient actifs dans le secteur ambulatoire, ont conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs-maladie.
*Al. 1bis*
Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels, sauf cas particulier, à condition que:
a. la couverture en soins au sens de l'alinéa 1quater soit garantie. Chaque assureur doit, dans chaque canton où il est actif, conclure des contrats d'admission à concurrence au moins du nombre fixé par le canton en vertu de l'alinéa 1quater;
b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58);
c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées.
Les fournisseurs qui sont actifs dans le réseau, dans la mesure où celui-ci est convenu contractuellement avec l'assureur d'une responsabilité budgétaire, sont à privilégier.
*Al. 1ter*
Est considérée comme cas particulier la relation entre un fournisseur de prestations et un assuré qui, en raison de sa durée ainsi que de l'âge et de l'affection dont souffre ce dernier, doit être poursuivie par nécessité thérapeutique.
*Al. 1quater*
Les cantons déterminent dans le secteur ambulatoire le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. Ils jugent de la garantie de la couverture en soins en fonction des conditions démographiques et de l'accessibilité aux fournisseurs de prestations. L'offre dans les cantons limitrophes doit être prise en considération. Pour apprécier la couverture en soins, les cantons nomment une commission qui les conseille. Elle se compose d'un représentant du canton, qui en assume la présidence, et de représentants des assureurs, d'une part, et des fournisseurs de prestations, d'autre part.

*Al. 1quinquies*
Si un assureur ou un fournisseur de prestations se voit refuser la conclusion d'un contrat et si les alinéas 1bis, 1ter ou 1quater sont violés, il peut soumettre ce refus à une commission arbitrale cantonale, composée de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations et d'un représentant du canton, qui tranche à titre définitif. Cette commission est présidée par le représentant du canton.
*Al. 1sexies*
Les contrats d'admission doivent être conclus pour une durée de quatre ans. Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent résilier le contrat d'admission moyennant le respect d'un délai de 18 mois pour la fin d'une année civile. La résiliation est exclue s'il y a obligation de contracter conformément aux alinéas 1bis, 1ter ou 1quater.
*Al. 1septies*
Les fournisseurs de prestations et les assureurs peuvent recourir contre la résiliation auprès de la commission arbitrale cantonale prévue à l'alinéa 1quinquies dans les 30 jours dès sa réception, en invoquant la violation des alinéas 1bis, 1ter ou 1quater. Ils peuvent demander une prolongation du contrat d'une durée de deux ans au maximum s'ils démontrent l'existence d'une situation insupportable.
*Al. 2 let. i*
Maintenir

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Bei Artikel 35 geht es um den Wechsel vom Prinzip des Vertragszwangs zur Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich. Heute besteht Vertragszwang, indem die Versicherer mit den Leistungserbringern abrechnen müssen, wenn sie die vertraglichen Bedingungen erfüllen. Neu soll das Vertragsprinzip im ganzen ambulanten Bereich eingeführt werden, allerdings mit klaren Eckwerten und Rahmenbedingungen. Ich erkläre Ihnen den Mechanismus; er macht den ganzen Artikel verständlich.
In einem ersten Schritt legen die Kantone die Zahl der notwendigen Leistungserbringer für jeden Bereich fest, die der Kanton für die Versorgung braucht, in grösseren Kantonen nach Regionen – beispielsweise für einen Kanton 12 Gynäkologen, 10 Psychotherapeuten usw.
In der zweiten Phase schliessen die Versicherer Verträge ab. Jeder Versicherer, der im Kanton tätig ist, muss mit der Anzahl der Leistungserbringer, die der Kanton definiert hat, einen Vertrag abschliessen, also jeder mit der notwendigen Zahl. Das kann heissen, dass ein Gynäkologe mit drei Versicherern einen Vertrag hat, mit anderen nicht. Selbstverständlich gelten Grenzen: Die Wirtschaftlichkeit muss gewährleistet sein, das Kartellgesetz ist weiterhin anwendbar, und die gesetzlich umschriebenen Sonderfälle bleiben vorbehalten.
Drittens: Wenn ein Leistungserbringer keinen Vertrag erhält, kann er die Schiedskommission anrufen, kann aber nur beschränkte Gründe vorbringen, beispielsweise dass die Zahl der Leistungserbringer nicht erfüllt sei, dass die Wirtschaftlichkeit der gewählten Leistungserbringer nicht gegeben sei oder dass das Kartellgesetz verletzt sei.
Viertens: Wenn die Verträge abgeschlossen sind, dauert dieser Vertrag zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer vier Jahre. Er kann 18 Monate im Voraus gekündigt werden. Wo eine unangemessene Härte für den Leistungserbringer vorliegt – namentlich aus wirtschaftlichen Gründen –, kann der Vertrag um zwei Jahre verlängert bzw. erstreckt werden, analog wie wir es beispielsweise aus dem Mietrecht kennen.
Zusätzlich legen wir in den Übergangsbestimmungen fest, dass alle heutigen Leistungserbringer in der ersten Phase von vier Jahren einen Vertrag erhalten. Den heutigen Leistungserbringern gewähren wir also in einer ersten Phase den Besitzstand.
Was ist die Wirkung? Kurzfristig erzielen wir keine Reduktion der Leistungserbringer. Das wollen wir auch nicht. Aber wir verhindern eine Zunahme der Leistungserbringer, und wir dämmen damit die Kostenexplosion ein. Das ist die längerfristige Wirkung. Denn welches Problem hat unser Gesundheitswesen? Das Problem unseres Gesundheitswesens ist nicht die Qualität, das Hauptproblem ist vielmehr die grosse, ständig zunehmende Zahl der Leistungserbringer, die Leistungen in guter Qualität erbringen. Das ist eine Hauptursache der Kostenexplosion! Es ist heute nicht mehr strittig, dass die Anzahl der Leistungserbringer in jedem Kanton parallel zur Höhe der Gesundheitskosten verläuft. Eine dämmende Wirkung erzielen wir nur, wenn es uns gelingt, kurz- und mittelfristig die Zahl der Leistungserbringer zu stabilisieren und längerfristig in einzelnen Bereichen sogar abzubauen.
Unsere Kommission steht einhellig hinter dieser Lösung. Ich bitte Sie, ihr zustimmen.

**Saudan** Françoise (R, GE): C'est une disposition qui a été beaucoup discutée en commission, et qui a été discutée également au Conseil national. Je reste toujours, par principe, opposée à la suppression de l'obligation de contracter, mais il est vrai qu'avec les mesures que nous avons prises, nous lui avons enlevé beaucoup de ses aspects qui étaient particulièrement choquants.
Il reste néanmoins, comme vous l'avez dit, Monsieur Frick, que dans un canton comme le mien, le problème reste quasiment entier; je vous rejoins en disant que cette mesure permettra de d'éviter l'augmentation des prestataires de soins, mais qu'elle n'aura aucun effet à court terme. Je ne vois pas, dans certains cantons, comment la responsabilité du canton pourra aller jusqu'à dire: «Non, nous avons besoin de moins de gynécologues, de moins d'oto-rhino-laryngologistes.»
Donc, les mesures prises ne m'empêchent plus maintenant de soutenir le projet de loi; quant à son efficacité, ce sera pour le long terme, pour autant qu'il n'y ait pas des pressions politiques sur les cantons, qui conduisent à vider cette disposition de son sens.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous soutenons avec conviction l'article 35 et nous remercions la commission de l'avoir adopté.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 39**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1*
....
f. Im Bereich der Spitzenmedizin sind die Kantone verpflichtet, eine gemeinsame Planung der Spitzenmedizin zu beschliessen. Kommen die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, erlässt der Bundesrat die Planung.
*Abs. 2–4*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane, David)
*Abs. 5*
Der Bundesrat kann Grundsätze zur kantonalen und interkantonalen Planung erlassen. Diese Grundsätze dienen insbesondere dazu, gemeinsame Planungen durch mehrere Kantone zu fördern. Er hört zuvor die Kantone an.

**Art. 39**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1*
....
f. dans le domaine de la médecine de pointe, les cantons sont tenus de présenter une planification commune de la médecine de pointe. Si les cantons n'effectuent pas à temps cette tâche, le Conseil fédéral établit la planification.
*Al. 2–4*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane, David)
*Al. 5*
Le Conseil fédéral peut édicter des principes en matière de planification cantonale et intercantonale. Ces principes visent notamment à favoriser la planification conjointe par plusieurs cantons. Il consultera au préalable les cantons.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Kommission hat in Absatz 1 lediglich Buchstabe f eingefügt, nämlich die Koordinationspflicht der Kantone für den Bereich der Spitzenmedizin. Der Nationalrat hatte eine solche Regelung beraten, aber die Planung dem Bund übertragen. Wir gehen zweistufig vor. Die Kantone definieren und planen die Spitzenmedizin gemeinsam. Nur wenn sie dieser Pflicht nicht nachkommen, handelt der Bund ersatzweise. Damit wird meine Motion 02.3170, die vor fünf Monaten hier überwiesen wurde, ins Gesetz überführt.

**Studer** Jean (S, NE): On reçoit beaucoup de documentation pour notre activité de parlementaires et c'est difficile d'avoir une vue d'ensemble de tout ce que l'on décide, d'autant plus lorsque l'on n'est pas toujours présent dans la salle, comme c'est le cas maintenant.
C'est pour cela qu'il est nécessaire de rappeler que la Commission de gestion de notre Conseil a publié, il y a moins d'une année, c'était le 5 avril 2002, un rapport sur l'influence de la Confédération sur la maîtrise des coûts dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie. Ce rapport traite en particulier de l'influence de la Confédération en sa qualité de recours en matière de planification. Je crois que, même si certains d'entre vous ont déjà eu l'occasion de lire ce rapport, il n'est pas inutile d'en relire un petit passage. Notre Commission de gestion a notamment dit: «L'examen consacré à la jurisprudence du Conseil fédéral a révélé que la retenue dont il a fait preuve au stade de la préparation des bases de planification dans les cantons avait provoqué de l'insécurité. La LAMal ne prescrit aucune méthode de planification et laisse ouverts des concepts importants dans ce domaine. Or, rétrospectivement, la mise en place de critères explicites de planification et d'admission aurait permis de prévenir différents recours.»
C'est pour cela que notre Commission de gestion a émis une recommandation à l'intention du Conseil fédéral pour lui demander, en collaboration avec les cantons, de quelle façon il pouvait apporter une réelle sécurité au niveau de la planification hospitalière et des attentes y relatives.
En fait, la proposition de la minorité n'est rien d'autre que la concrétisation des constatations faites par la Commission de gestion au sujet des lacunes qu'elle avait révélées. Elle vise non pas à transmettre au Conseil fédéral la compétence de planification – certains le souhaitent, on verra ce que le peuple en pense le 18 mai prochain –, mais à lui donner la compétence d'établir des principes, des directives qui rassurent les cantons, et ce, après avoir eu avec eux une consultation. De cette manière, on évitera vraisemblablement les incompréhensions, voire les tensions qu'il y a eu parfois entre certains cantons et la Confédération dans l'examen de recours. Il y a là une sécurité qui serait bienvenue pour tous les acteurs du système de santé.
Je vous invite dès lors à suivre les analyses correctes et les recommandations judicieuses de notre Commission de gestion.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Mehrheit der Kommission beantragt Ihnen, den Zusatz nicht aufzunehmen. Warum? Es ist Sache der Kantone, die Planung vorzunehmen. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz tut dies; sie hat auch die Grundsätze für die Planung entwickelt. Nach Meinung der Mehrheit ist es überflüssig, dass der Bund nochmals Planungsgrundsätze erlässt, wenn die Kantone, die zur Planung ja verpflichtet sind, bereits Grundsätze erlassen haben. Lassen wir jene planen und Planungsgrundsätze entwickeln, welche vom Gesetz her dazu beauftragt sind. Eine zusätzliche Vorplanung des Bundes erscheint uns nicht zweckmässig.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous vous invitons à suivre la majorité de la commission.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 25 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 7 Stimmen

**Art. 41**
*Antrag der Mehrheit*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Abs. 3*
Streichen

**Art. 41**
*Proposition de la majorité*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Al. 3*
Biffer

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 41 ist der Einstieg in die Spitalfinanzierung. Es geht um die Frage, ob wir das dual-fixe System gemäss unserem Entscheid vor 15 Wochen einführen – ich habe es im Rahmen des Eintretens erklärt – oder ob wir bereits auf das Jahr 2007 in einem Schritt zu einer monistischen Finanzierung wechseln wollen. Mit dem dual-fixen System ändern wir bereits Wesentliches gegenüber heute: Wir finanzieren nach Leistungen, die in den Spitälern erbracht werden, und finanzieren nicht das Institut des Spitals. Die Spitäler werden zur vollen Betriebsrechnung verpflichtet. Das ist dringend nötig. Die Kosten werden in fixen Anteilen von je 50 Prozent von den Versicherern und Kantonen getragen. Das ist der erste Schritt.
Auch die Kommissionsmehrheit will in einem zweiten Schritt das monistische System einführen. Vollzogen wird das dual-fixe System gemäss Absatz 3 der Übergangsbestimmungen während drei Jahren. Die Mehrheit verlangt in einem zweiten Schritt innert fünf Jahren, gerechnet ab Inkrafttreten des Gesetzes, vom Bundesrat die Gesetzesvorlage dazu, also bis etwa im Jahre 2010. In Kraft treten könnte dann das monistische System etwa im Jahre 2013.
Die Kommissionsmehrheit ist der Ansicht, dass bezüglich der Versorgungssicherheit aufseiten der Versicherer und der Spitäler noch Fragen zu klären sind. Es ist beispielsweise für alle Fälle zu klären, wer Monist ist. Der Entscheid der Kommission fiel knapp aus: Sieben Mitglieder haben sich für dieses zweistufige Modell entschieden, und sechs wollen als Minderheit die monistische Finanzierung bereits im Jahre 2007 einführen.
Sie sehen, alle sind sich einig: Das monistische System muss die Endlösung sein, wir unterscheiden uns lediglich in der Schrittlänge. Die Mehrheit will die Lösung in zwei Etappen bis etwa zum Jahre 2013 realisieren, die Minderheit Stähelin will den Schritt bereits bis zum Jahre 2007 vollziehen.

**Beerli** Christine (R, BE): Ich möchte zu Artikel 41 Absätze 1 und 3 etwas sagen, was aber nicht den Konzeptentscheid betrifft. Dies wird vermutlich von Herrn Stähelin mit seinem Minderheitsantrag zum ganzen System eingeleitet.
Zu Artikel 41 Absatz 1 möchte ich zuhanden der nationalrätlichen Kommission erklären: Wenn man vom dual-fixen System ausgeht, das die Leistungsfinanzierung verankert und dort eine 50-prozentige Finanzierung durch Kanton und Versicherer vorsieht, muss im letzten Satz unbedingt das Wort «Kanton» eingefügt werden, das verloren gegangen ist. Es muss heissen: «Bei stationärer Behandlung müssen Versicherer und Kanton ....»

In Absatz 3 ist es nicht richtig zu sagen: «Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons ....» Es müsste heissen: «In Spitälern, die auf der Liste des Wohnkantons nicht aufgeführt sind ....» Denn es könnte durchaus auch in einem innerkantonalen Spital sein, das aber nicht auf der Spitalliste ist. Es ist dann auch Folgendes zu präzisieren: Wenn man ausserkantonal eine Behandlung in einem Spital macht, das nicht auf der Spitalliste ist, und keinen medizinischen Grund anführen kann, hat der Kanton, gestützt auf Absatz 1, trotzdem die Tarife zu übernehmen, die für Spitäler gelten, die auf der Liste des Wohnkantons enthalten sind. Es ist wichtig, das noch einmal ganz klar zu sagen, damit wir beim Übergang zur Leistungsfinanzierung im dual-fixen System die starren kantonalen Grenzen in der Tat aufheben, überkantonal denken und die ganze Planung und der ganze Wettbewerb überkantonal stattfinden können.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich spreche namens der Minderheit zu Artikel 41 Absatz 3 und gleichzeitig, weil es das ganze System betrifft, zu Artikel 49 Absätze 1, 3 und 4, nicht aber zu Absatz 7, entgegen der Fahne. Artikel 49 Absatz 7 kann so belassen werden, wie ihn die Mehrheit vorsieht. Das wurde erst später geändert, und deshalb gibt es da diese kleine Unstimmigkeit. Ich spreche dann insbesondere auch zu Artikel 64bis sowie zu Ziffer II – Übergangsbestimmungen – Absätze 2 und 4.

Diese Bestimmungen beinhalten insgesamt den im Minderheitsantrag vorgesehenen Übergang zur monistischen Finanzierung mit der laufenden Revision, grundsätzlich aber mit der Inkraftsetzung bzw. Umsetzung auf das Jahr 2007. Diese Revision trägt den Untertitel Spitalfinanzierung. Sie bringt aber nur zögerlich eine so genannt dual-fixe Spitalfinanzierung als Zwischenschritt. Als zweiten Schritt, wiederum in den Übergangsbestimmungen, bringt sie dann eine so genannte Verpflichtung an den Bundesrat zur weiteren Vorlage des Modells der monistischen Finanzierung innert fünf Jahren, im Nationalrat dann – ich habe heute bereits darauf hingewiesen – innert zwei Jahren. Es sollen also rasch hintereinander zwei Systeme – zwei Schritte, mit allen Unwägbarkeiten – erarbeitet werden. Gerade auch dieser Rhythmuswechsel in Bezug auf den Nationalrat hat mich bewogen, hier wirklich nun konsequent den direkten Übergang zu beantragen.

Beide, Mehrheit wie Minderheit – wir haben es gehört – wollen also als Ziel die monistische Finanzierung mit einem einzigen Kostenträger gegenüber allen Leistungserbringern sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Wir haben damals in den Arbeiten der Subkommission und der Kommission – es ist jetzt schon eine Weile her – von Expertenseite dieses Ziel immer wieder bestätigt erhalten. Aber in diesen bereits wieder rund zwei Jahren seither ist wenig gegangen, und wir stehen an sich immer noch am gleichen Ort. Ich stelle auch fest, dass die Spitäler und die Krankenkassen selber bisher im Hinblick auf einen Übergang nur wenig Vorbereitungen getroffen haben.

Wir haben in der Kommission bei den Anhörungen Ende Februar dieses Jahres von Santésuisse und von H+ ganz klar gehört, dass sie für den Übergang zum monistischen System seien. Die FMH, die Ärzte, haben dies mittelfristig ebenfalls als Ziel angegeben. Auf eine Frage hin, was sie unter mittelfristig verstünden, haben sie den Zeitraum von fünf Jahren genannt. Mit anderen Worten: Mit 2007 liegen wir nicht so schlecht. Die Kantone sind offenbar geteilter Auffassung; der Sprecher der Kantone hat persönlich Sympathien erklärt. Ich kann auch sagen: Mein eigener Kanton hat mir den Auftrag gegeben, mich für den Wechsel zum monistischen System einzusetzen.

Das Ziel ist also klar – für die Mehrheit wie die Minderheit. Der Unterschied liegt im Weg. Im Gegensatz zum Zwischenschritt, der im dualen System – mit allen Nachteilen auch – verbleibt und dann nur noch einen Auftrag an den Bundesrat formuliert, will die Minderheit jetzt das klare Signal geben und den Wechsel zur monistischen Finanzierung im Gesetz festschreiben, aber dann – ich betone das noch einmal – für die Umsetzung und Inkraftsetzung eine grosszügige Frist bis 2007 setzen. Damit werden auch klare Voraussetzungen für die Vorbereitungen in den Spitälern und in den Kassen geschaffen, vor allem im Bereich der Rechnungslegung. Wir haben immer die Begründung gehört, die Kassen und insbesondere die Spitäler seien hier noch nicht bereit. Aber ich höre diese Begründung nun seit Jahren, und ich stelle praktisch keine grossen Fortschritte fest. Wir müssen hier das Ziel viel klarer und damit im Gesetz selbst vorgeben. Ein Vollzugschaos, wie das heute Morgen genannt worden ist, ist bei dieser Ausgangslage nicht zu erwarten. Damit wird die Marschrichtung aber klar entschieden. Die Diskussion ist seit Anbeginn des KVG im Gange; persönlich habe ich wie gesagt schon bei der Abstimmung über das KVG diesen Geburtsfehler gerügt.

Wie sieht nun das vorgeschlagene Modell aus? Kostenträger und Einkäufer der Leistungen sind die Krankenversicherer – auch für stationäre Behandlungen, wie schon heute für die ambulanten Behandlungen. Die Krankenversicherer sind schon bisher für rund drei Viertel aller Leistungen zuständig. Ich habe bis jetzt selbstverständlich Klagen gehört über die Krankenkassen, die Krankenversicherer; aber kein Mensch will ihnen diese Kompetenz wegnehmen. Dieser Übergang auf einen einzigen Einkäufer, nämlich die Krankenkassen, stellt auch die einzige konsequente Lösung dar. Diskussionen, dass hier auch die Kantone oder Ärztenetze als Monisten mit oder direkt einzusetzen wären, bergen sofort auch eine Rollenvermengung in sich. Die Ärztenetze – dort zeigt sich das sehr gut – sind gleichzeitig auch Leistungserbringer und dann Einkäufer. Als Einkäufer müssten sie auch Finanzierer sein, wobei ich nicht sehe, woher die Ärztenetze die Finanzen herkriegen. Eine mögliche Alternative wäre der Kanton, also der Staat; das würde für mich im Endeffekt wohl die Abschaffung der Krankenkassen insgesamt bedeuten. Das habe ich auch noch nirgends ganz offen gehört. Das wäre selbstverständlich eine Alternative, aber die liegt, meine ich, nicht auf dem Tisch. Es gibt das Argument, wonach die Versicherer hierzu nicht imstande wären; ja, dann müssen sie es endlich lernen! Ich sage es noch einmal: Sie sind bereits heute für über drei Viertel der Gesamtleistungen die Einkäufer. Das tun sie heute schon: Im ambulanten Bereich tun sie es gänzlich und im stationären Bereich bekanntermassen zu rund der Hälfte.

Entscheidend im Modell ist die Neuregelung der Finanzierungsleistungen der Kantone, wie Sie sie in Artikel 64bis finden. Unverändert bleibt im Grundsatz die Übernahme der Prämienverbilligung durch die Kantone; auf diese gehe ich nicht ein. Dazu kommen nun aber kantonale Beiträge an die Versicherer als Beteiligung an der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Beitrag des Kantons an jeden Versicherer soll einen festen Anteil – hier 25 Prozent – der bei diesem Versicherer anfallenden Kosten für die von den Versicherten des Kantons bezogenen Leistungen betragen.

Angeknüpft wird also an den Leistungen. Die Kosten der Leistungen umfassen im Übrigen nicht die Selbstbeteiligung, die Verwaltungskosten der Versicherer, die Reservebildung, die Rückstellungen und den Risikoausgleich. Das Prinzip geht dahin: Die Kantone zahlen den Krankenversicherern einen fixen Beitrag aus, der sich mit der Entwicklung der Ausgaben für Leistungen der Kassen entwickelt, dies im Übrigen auch unabhängig vom Verhältnis der ambulanten und der stationären Behandlungen. Ich komme darauf zurück.

Weshalb wird ein kantonaler Anteil von 25 Prozent vorgeschlagen? Ich sage vorweg: Dieser Betrag ist für mich nicht in Stein gemeisselt, das ist völlig klar. Aber er entspricht Erhebungen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz vom Oktober 1997 sowie den Angaben der Sozialversicherungsstatistik des BSV. Ich habe noch eine Berechnung zur Hand, welche 1997/1998 aufgestellt wurde. Ich gebe Ihnen einige Beispiele, wie das damals aussah: 3,5 Milliarden Franken betrugen die Ausgaben der Kantone, immer inklusive der Gemeinden, für Spitalsubventionen an die Betriebskosten; 630 Millionen für die Investitionskosten – das ist ein arithmetisches Mittel aus drei Jahren –, 150 Millionen be-

trugen die Ausgaben der Kantone für ausserkantonale Hospitalisationen. Das ergibt zusammen 4,28 Milliarden Franken Spitalausgaben der öffentlichen Hand. Dazu kommt der Aufwand der Versicherer für die Grundversicherung in jenem Jahr, nämlich rund 12,5 Milliarden. Das ergibt Gesamtausgaben für Leistungen der Grundversicherung von 16,769 Milliarden Franken. Das Verhältnis der Spitalausgaben der öffentlichen Hand zu den Gesamtausgaben der Leistungen der Grundversicherung betrug damals 4,28 Milliarden zu 16,7 Milliarden; das ergab 25,5 Prozent. Das waren damals die Zahlen.

Diese Zahlen entsprechen zugegebenermassen nicht dem neuesten Stand, sie sind zu verifizieren. Es sind einfach die Zahlen, welche ich bereits zur Hand habe. Entscheidend ist aber das System dahinter. Die Zahlen können im Zweitrat noch verifiziert werden. Das System ist aber einfach und klar. Einfachheit und Klarheit sind entscheidende Stichworte. Die duale Finanzierung verhindert leider die Transparenz der Kosten und auch der Preise und Vergütungen im Spitalbereich. Niemand weiss doch heute, welche Kosten er verursacht und wer was bezahlt. Was eben nichts kostet, ist bekanntlich auch nichts wert. Die Transparenz ist demgegenüber die Grundlage für kostenbewusstes Handeln aller Beteiligten. Wir müssen deshalb von Mischfinanzierungen, welche eben die Transparenz verschleiern, wegkommen.

Sodann geht es hier um die Verhinderung von falschen Anreizen. Es geht hier um das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, welche wegen der ungleichen Finanzierungen tatsächlich Fehlanreize begünstigt. Die Kassen als Einkäufer bevorzugen bekanntlich die stationäre Behandlung, die zwar insgesamt teurer ist, für die Kassen aber den Vorteil hat, dass sie hier eben nur rund die Hälfte zu bezahlen haben. Die Kantone wiederum bevorzugen tendenziell die ambulante Behandlung, weil diese für sie ohne Kostenfolge bleibt. Damit werden sie im Übrigen auch durch die Entwicklung der Medizin – immer mehr ambulante anstelle der stationären Behandlung – generell allmählich immer weiter entlastet. Das führt dann zum Vorwurf, die Kantone würden sich aus der Finanzierungsverantwortung schleichen; das ist bei dieser Art der Finanzierung ein natürlicher Vorgang, den wir aber hier beenden wollen. Sie sehen die Interessengegensätze, die zwischen den beiden Finanzierungsträgern bestehen. Diese Interessengegensätze und die damit verbundenen Streitereien werden mit dem Übergang zur monistischen Finanzierung beendet. Die vielen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen stationären und ambulanten und dann noch zu den teilstationären Behandlungen entfallen. Wir brauchen hier auch keine Definitionen. Wir haben lange darum gerungen. Das käme dann noch bei der weiteren Behandlung dazu. Nicht zu vergessen ist, dass die Spitäler auf der einen Seite immer weiter in den ambulanten Bereich hineinwachsen und auf der anderen Seite die Arztpraxen immer stärker ausgebaute Infrastrukturen entwickeln. Die Grenzen sind hier also fliessend, und auch deshalb sollten wir von diesen Grenzen wegkommen.

Aufhören kann auch der Widerstand gegen die interkantonale Zusammenarbeit. Kantonsgrenzen können endlich fallen. Auch mit dem dual-fixen System fliessen Steuergelder bei ausserkantonaler stationärer Behandlung vom Wohnkanton in den Behandlungskanton, und der Wohnkanton zahlt zur Hälfte mit. Die Kantone haben damit weiterhin Anreize, Behandlungskapazitäten im eigenen Kanton, wo dann das Geld eben bleibt, auszubauen und ihre eigenen Bürger hier zur Behandlung zu verpflichten. Nur der Übergang zum monistischen System, mit dem Versicherer als Kostenträger, wird hier die Verhältnisse ändern. Das ist aber auch ein Schritt, der Geldsparen bedeutet, davon bin ich überzeugt. Die Doppelspurigkeiten der Kantone verursachen heute Kosten.

Schliesslich wird auch der Trend zur betriebswirtschaftlichen Verselbstständigung und Selbstverantwortung der Spitäler gefördert, und auch hier liegt Geld drin.

Ich bitte Sie, heute einen konsequenten Schritt zu tun. Der Zwischenschritt – das dual-fixe System – bedeutet entweder zwei Schrittwechsel in kürzester Zeit, mit allen Nachteilen der Überforderung der Akteure, oder dann eine weitere erhebliche Verzögerung. Prämiendämpfend wird dieser Zwischenschritt im Gegensatz zum konsequenten Übergang nicht wirken, dessen können Sie sicher sein. Damit wiederum ist die Gefahr verbunden, dass der weitere Schritt und der Weg zum Ziel der monistischen Finanzierung in der Folge erst recht verschüttet wird. Auch das ist ein Grund für den jetzigen konsequenten Wechsel.

Ich bitte Sie, die Minderheit zu unterstützen.

**Beerli** Christine (R, BE): In der Zielsetzung sind sich Minderheit und Mehrheit einig. Wir haben lange diskutiert – schon in der ersten Runde, in der zweiten Runde auch wieder –; die Analyse ergibt klar: Das Ziel muss es sein, zu einer monistischen Finanzierung im stationären Bereich überzugehen. Nur so können die Wettbewerbsverzerrungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich längerfristig aufgehoben werden. Wenn wir jedoch heute zur dual-fixen Methode übergehen, die wir Ihnen schon dargelegt haben, dann tun wir einen Schritt in die Richtung, in die wir schlussendlich gehen wollen, um das Ziel zu erreichen. Wir legen einen roten Faden aus, an dem entlang wir dann ohne grössere Vollzugsdefizite und gut abgeklärt zur monistischen Finanzierung im stationären Bereich übergehen können.

Wir sind heute einfach noch nicht reif, um über diesen Schritt definitiv zu entscheiden. Wenn wir dies tun, dann kommen wir in einen Vollzugsnotstand, der schlussendlich wiederum die Kantone in grosse Schwierigkeiten bringen wird und der uns den Vorwurf nicht ersparen wird, wir würden gegen den klar geäusserten Willen der Kantone vorgehen. Die Kantone haben uns ganz klar gesagt, dass sie sich zum heutigen Zeitpunkt vehement gegen einen Übergang zum monistischen System wehren werden.

Damit wir das Ziel aber konkret festgehalten haben, schlägt Ihnen die Mehrheit vor, in Absatz 4 der Übergangsbestimmungen festzuhalten, dass uns der Bundesrat innerhalb von fünf Jahren eine Botschaft mit einer Vorlage zum Übergang zur monistischen Finanzierung im stationären Bereich vorlegen muss. Die entsprechenden Arbeitsgruppen für die 3. KVG-Revision – wir haben heute schon davon gesprochen – sind schon eingesetzt; sie sind an der Arbeit. Sie haben noch eine Vielzahl ungelöster Probleme zu lösen, bevor wir dann den entsprechenden Entscheid fällen können. Ich erlaube mir, Ihnen nur einige dieser Probleme aufzuzählen, damit Sie die Komplexität sehen:

Man kann zu einem monistischen System erst dann übergehen, wenn die Kantonsspitäler verselbstständigt sind und nicht mehr in der Obhut der Kantone stehen. Es ist nicht möglich, mit Spitälern, die noch in der Obhut der Kantone stehen, ein monistisches System durchzuführen. Also muss man den Kantonen jetzt eine Frist setzen, und das tun wir mit dieser Übergangsbestimmung, indem wir sagen: Ihr müsst innert dieser Frist eure Kantonsspitäler verselbstständigen.

Nun gehe ich dazu über darzulegen, weshalb mir die Art und Weise, wie die Minderheit das monistische System sieht, nicht gefällt. Ich bin auch der Ansicht, dass wir noch darüber diskutieren müssen, wer denn dieser Monist ist, ob es ein einziger sein muss – nämlich die Krankenversicherer –, oder ob man sich nicht auch verschiedene Monisten vorstellen kann. Persönlich bin ich der Ansicht: Wenn wir einen grossen Prozentsatz der Gelder – es geht immerhin um Kantonsgelder in der Grössenordnung von 7 Milliarden Franken – den Krankenversicherern geben, fehlt mir schlicht und einfach der Glaube, dass dieses Geld dann effizient und gut eingesetzt ist. Zudem fehlt mir auch das Wissen darum, wie dann die Kantone ihren Auftrag, nämlich die Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge im Kanton, wahrnehmen sollen, wenn sie die ganzen Gelder an die Versicherer abgeben und also keinerlei Möglichkeit mehr haben, hier Einfluss zu nehmen.

Ich frage nochmals: Wieso sollen denn die Versicherer der einzige Monist sein? Wir haben jetzt im Gesetzestext Netzwerke verankert; zumindest haben Sie sich dazu positiv ge-

äussert. Die Netzwerke haben – das erwähnte ich heute schon – ein Element der Qualitätssicherung und ein Element der Kostendämpfung. Die Netzwerke sollen Grundversorger sowie Spezialisten umfassen, sie sollen aber auch Leistungen bei stationären Einrichtungen einkaufen. Ich bin der Ansicht, dass man das sehr gut prüfen muss und dass die Netzwerke sich ausgezeichnet eignen, entsprechende Leistungen bei stationären Einrichtungen einzukaufen, weil sie besser über das Kosten-/Leistungsverhältnis entscheiden und es besser beurteilen können, als dies eine Krankenversicherung kann. Ein Netzwerk von Leistungserbringern wird also zum Beispiel die Herzchirurgie bei der Klinik X und die Orthopädie bei der Klinik Y einkaufen und dort als Monist auftreten. Die Finanzierung, nach der Sie gefragt haben, Herr Stähelin, funktioniert relativ einfach, und dieses Modell muss man in dieser Arbeitsgruppe prüfen, indem die «capitation», die das Netzwerk erhält, nicht einzig von den Beiträgen der Versicherer geäufnet wird, sondern auch von den Beiträgen der Kantone. Diese können sich durchaus an der «capitation» beteiligen, sodass das Netzwerk dann als Monist für den Einkauf von stationären Leistungen auftreten kann. Das geht viel weniger bürokratisch und viel fachkundiger, als wenn dies der Versicherer allein tun würde.

Man kann sich aber auch noch andere Modelle vorstellen, und diese müssen vertieft geprüft werden. Man kann sich vorstellen, dass diese 7 Milliarden Franken Kantonsgelder zum Beispiel in einen Hochrisiko- oder Hochkostenpool gelegt werden, und dass dann die Netzwerke gewisse Hochrisiken bzw. Hochkosten mit einer Rückversicherung über diesen Hochkostenpool versichern und dort die Leistungen abholen können, wenn sie besonders hohe Risiken oder Kosten haben, welche die Netzwerkleistungen übersteigen würden.

All diese Modelle, die noch nicht à fond geprüft sind, müssen also angeschaut werden, weil sie sehr viel mehr positive Anreize bieten, als wenn wir einfach tel quel 7 Milliarden Franken den Krankenversicherern zur Verfügung stellen.

Dann möchte ich noch etwas zu den Zahlen sagen, die Herr Stähelin angeführt hat und die in Artikel 64bis immerhin zum Gesetzestext werden: 25 Prozent der bei den Versicherern anfallenden Kosten der Leistungen sollen den Versicherern von den Kantonen bezahlt werden. Diese 25 Prozent sind – gestützt auf die neuesten Zahlen, mindestens jene, die ich zur Verfügung gehabt habe, nachdem ich bei der Verwaltung nachgefragt habe – weit unter dem Anteil, den die Kantone bis jetzt bezahlen.

Wir haben zurzeit im Gesundheitswesen pro Jahr Gesamtkosten von rund 44 Milliarden Franken. Davon sind 22 Milliarden Franken KVG-Leistungen; 7 Milliarden Franken davon werden von den Kantonen direkt an die entsprechenden Infrastrukturen, Spitäler etc. bezahlt und 1 Milliarde Franken bezahlen die Kantone noch über die Prämienverbilligungen. Die Kantone bezahlen also im Ganzen rund 8 Milliarden Franken an die KVG-Leistungen; das macht 37 Prozent und nicht 25 Prozent aus! Aber wenn wir hier 25 Prozent ins Gesetz schreiben, dann bedeutet das, dass sich die Kantone aus ihrer Leistungspflicht ganz erheblich zurückziehen würden, was dann wiederum zu einer Prämiensteigerung führen würde.

Herr Stähelin sagt – andere haben mir dies auch bestätigt –, die 25 Prozent wären nicht in Stein gemeisselt, darüber könnten wir noch sprechen. Aber für die Kantone ist es natürlich schon ein Entscheidkriterium zu wissen, ob jetzt 25 oder 37 Prozent der Kosten zu bezahlen sind. Das geht doch in die Milliardenbeträge, und ich glaube, hier sind wir noch zu wenig weit, um eben schon eine solche Zahl ins Gesetz schreiben zu können.

Die Nachteile, die von Herrn Stähelin weiter aufgeführt worden sind, wie z. B. fehlende Transparenz des heutigen Systems, fangen wir mit dem Übergang zur Leistungsfinanzierung und natürlich auch mit den entsprechenden Bestimmungen im Gesetz auf. Das erfordert jetzt eine Rechnungslegung der Kassen, vor allem aber auch der Spitäler. Wenn dann die Botschaft des Bundesrates in fünf Jahren vorliegen wird, werden wir in der Tat genau wissen, von welchen Beträgen wir sprechen und wen wir als Monisten bezeichnen wollen.

Ich bitte Sie sehr, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren. Ich bin auch überzeugt, dass wir dieses Ziel anstreben müssen. Aber ich bitte Sie sehr, der Reflexion doch noch einige Zeit zu geben, namentlich diese Arbeitsgruppen arbeiten zu lassen, damit wir zu Lösungen kommen, die uns nicht dazu führen, das gesamte Geld einfach den Krankenversicherern zu geben. Wir müssen Lösungen finden, die dann etappenweise und geordnet umgesetzt werden können und die schlussendlich auch die Akzeptanz der Kantone finden. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass wir auch die Kammer der Kantone sind und dass es wahrscheinlich nicht sehr geschätzt würde, wenn wir Entscheide gegen die unisono von den Kantonen vertretenen Meinungen fällten.

**Saudan** Françoise (R, GE): Je pourrai être très brève parce que je rejoins tout ce qu'a dit Mme Beerli. J'aimerais simplement ajouter un aspect plus politique aux réflexions qu'elle vient de faire.

Il y a quelque chose de paradoxal: alors que, dans le domaine des soins ambulatoires, on renforce la position des cantons et que les soins ambulatoires portent à peu près sur 15 pour cent des coûts de la santé, dans le domaine hospitalier, qui concerne 43 pour cent des coûts de la santé – je ne parle pas en millions de francs justement pour éviter les querelles de chiffres qui vont surgir entre nos deux collègues –, on veut réduire les cantons à être de simples agents payeurs.

Je ne suis pas du tout sûre, au contraire de M. Stähelin, que la population acceptera ce système. Je ne le crois pas du tout, même. Je rejoins ce que nous a dit Mme Beerli: il faut d'abord assurer l'indépendance des établissements hospitaliers. Je ne suis pas du tout sûre qu'à Genève, on pourra couper les liens de manière qu'un tel système fonctionne sans une grande préparation de la population. Il existe un attachement viscéral de la population à son hôpital cantonal.

Et je dois dire – je fais juste un aparté – que l'initiative-santé du Parti socialiste m'a fait beaucoup réfléchir. Je me suis demandé si, dans le domaine hospitalier, il n'y avait pas là une démarche à suivre qui viserait à terme à transférer les compétences en matière hospitalière universitaire à la Confédération. Les contacts que j'ai pris dans différents cantons m'ont amenée à renoncer totalement à cette idée parce que je me suis rendu compte qu'il y a encore un capital de confiance à l'égard des établissements hospitaliers cantonaux, lequel n'existe plus, je suis au regret de le dire, vis-à-vis des assurances-maladie, auxquelles on fait la proposition de transférer quelques milliards de francs parce que «c'est le plus simple!» Voilà. Alors, que ce soit 25 ou 37 pour cent, c'est un transfert massif aux assurances-maladie, c'est de nouveau une rupture de l'équilibre que nous avons tenté de reconstruire entre les cantons, les réseaux de santé et les assureurs, qui, à mon avis, dans le contexte actuel, ne serait pas acceptable pour la population.

A force d'accumuler les objections qu'on peut avoir, j'ai des craintes, alors que nous avons tracé une voie qui est claire, raisonnable et qui vise à terme à maintenir un des meilleurs systèmes de santé au monde, que l'on coure des risques, avec ce genre de proposition directe, de faire capoter tout le projet.

Monsieur Stähelin, vous nous parlez toujours de temps. Ce n'est pas qu'une question de temps, ce sont des questions de fond qui se posent à ce niveau-là. Je reviens sur la position de Carlo Conti, qui a été très clair. Il avait exposé cette position au début de la séance de la commission, je lui ai reposé des questions pour être sûre de l'avoir bien compris. La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires – et je suis un peu étonnée de la position de M. Stähelin, qui a été membre de cet éminent «Gremium» pendant des années – est très claire: oui, nous pouvons aller dans cette direction moyennant le règlement des questions de fond qui se posent et une préparation de la population, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

C'est vraiment la question décisive, la «Kernfrage» de ce projet de loi. Parce que si nous adoptons la proposition de minorité, nous sommes en train de remettre en cause tout l'équilibre que nous avons essayé de créer pour pouvoir impliquer tous les partenaires de la santé dans la mise en place d'un système qui viserait à assurer la pérennité de notre système de santé.

**Studer** Jean (S, NE): Je ne vous cacherai pas que lorsque nos collègues de la minorité ont déposé cette proposition en séance de commission, j'ai été très troublé, et je ne vous cacherai pas que ce trouble dure encore aujourd'hui. Pourquoi est-ce que je reste troublé par cette proposition? Pour deux raisons.

D'abord, parce que dans notre première délibération, la sous-commission à laquelle vous apparteniez, Monsieur Stähelin, avait passé de nombreuses heures avec une personne dont on parle de plus en plus souvent, c'est le professeur Leu, à examiner les questions de financement dual/financement moniste. Puis, après ces nombreuses heures de discussion, où il fallait vraiment bien s'accrocher pour essayer de comprendre, on a demandé au département une évaluation, qu'il nous a fournie dans un rapport assez complet de plus de 20 pages et qui nous montre ce qu'a déjà dit Mme Beerli, à savoir toutes les incertitudes qu'il y a autour de ce financement, mais pas tellement sur le système. J'entends par là qu'il n'est pas très difficile de faire des flèches qui vont directement d'un point à un autre plutôt que d'autres qui passent par un intermédiaire. Mais notamment, il y a toutes les incertitudes sur les flux financiers qu'induit ce système-là, et des incertitudes qui s'expliquent parce qu'il n'y a aucun pays qui ait un système moniste. On a donc de la peine à aller chercher des comparaisons ailleurs. On doit, si on veut le faire ici, tout débroussailler nous-mêmes.

Alors, quand je vois qu'on continue aujourd'hui, après ces réflexions, après les choix qu'on avait déjà faits au terme de notre première délibération, à accepter un système moniste, de la part de gens aussi raisonnables que le sont les membres de la minorité, je m'interroge. Je me dis: mais comment se fait-il qu'on puisse sans autre jeter dans cette révision un système de financement des hôpitaux complètement nouveau, dont on ne sait toujours pas exactement quelles seront les incidences? Je trouve qu'il y a, dans le maintien de la proposition de minorité, une illustration, finalement, de la rapidité avec laquelle cette révision a été menée.

Je voudrais dire deux choses – je ne veux pas répéter, fût-ce en français, les arguments pertinents de Mme Beerli.

D'abord, sur le plan constitutionnel, il n'est nullement certain qu'on puisse sans autre passer à un système moniste. Pourquoi? Parce que le système moniste, c'est le remplacement des cantons par les caisses en tant que responsables du domaine hospitalier. Or, la Confédération et les cantons ont, de par la constitution, la responsabilité d'assurer l'accès aux soins. Lorsque nous nous sommes penchés sur cette question lors de la première délibération, on nous a dit: «Si vous remplacez les cantons et la Confédération par les caisses-maladie, il n'est pas certain du tout que l'accès aux soins garanti par la constitution puisse encore être préservé. Si vous le pensez, vous devez au moins poser des garde-fous pour tous les problèmes d'urgence, etc.»

On a donc, au sujet de cette proposition de minorité, un doute quant à sa constitutionnalité, qui me paraît bien légitime. En réalité, le système moniste est une privatisation à terme de l'ensemble du secteur hospitalier qui est actuellement souvent aux mains d'autorités cantonales. Premier point donc, un doute sur la constitutionnalité. J'aurais quand même de la peine à imaginer que cette Chambre de réflexion qu'est le Conseil des Etats puisse passer sans autre sur un doute en matière constitutionnelle!

Et après? Si vous voulez soutenir notre initiative populaire qui sera soumise au peuple le 18 mai prochain, je vous invite à passer au système moniste. Vous nous feriez très plaisir! Pourquoi? Parce que de l'aveu même du département compétent, un système moniste, par les flux financiers qu'il induit, mène «à une augmentation entre 25 et 50 pour cent des primes». Vous ne pouvez pas aujourd'hui essayer de donner l'illusion d'une simplicité graphique d'un système sans apprécier ses conséquences financières.

C'est pour cela que je vous invite néanmoins, même si je trouverais un avantage à ce que la proposition de la minorité soit adoptée, à être raisonnables et à ne pas vous engager sur des chemins inconnus.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Comme l'a dit Mme Beerli: «On est tous d'accord sur le but.» Sommes-nous vraiment tous d'accord sur le but? Je n'en suis pas sûr. Je constate qu'il y a un certain nombre de variations sur l'interprétation du contenu de la notion de financement moniste. Alors, est-ce qu'on doit prendre le risque de fixer dans la loi une date butoir pour transformer le système actuel de financement dual et introduire un système de financement moniste, alors que, comme cela a été dit et répété plusieurs fois, il n'est pas sûr qu'on pense tous la même chose quand on utilise ce terme qui n'a pas été utilisé dans d'autres pays? En tous les cas, aucun autre pays n'a pratiqué ce système.

Le Conseil des Etats, lors de sa première délibération, a déjà fait un pas important par rapport au Conseil fédéral puisque ce dernier ne fixait ni date ni principes pour le passage à un système de financement hospitalier moniste. Au cours de la première délibération, vous aviez dit que le Conseil fédéral devait présenter une proposition dans ce sens dans un délai de cinq ans, sauf erreur, à partir de l'entrée en vigueur de cette loi, ce qui est quand même relativement court pour accomplir toutes les opérations que nécessiterait le passage à un système moniste au sens le plus large, et notamment la privatisation ou au moins l'indépendance de très nombreux hôpitaux par rapport aux pouvoirs publics. Alors, aujourd'hui, maintenir la pression comme le veut M. Stähelin, augmenter la pression simplement pour augmenter la pression, c'est faire sortir beaucoup de diables d'une seule boite. Tous ces diables vont s'allier avec ceux qui, pour d'autres raisons, ont l'envie de faire échouer cette révision. A la fin, on va probablement faire couler le bateau.

Monsieur Stähelin, nous sommes d'accord avec vous sur le fond, mais nous prétendons qu'avec les méthodes que vous préconisez, on risque de provoquer l'explosion qui va faire couler l'ensemble de la révision en cours. Dans la réforme du système de santé, on a besoin de quelques batailles – je suis toujours d'accord avec quelques batailles. On a donc besoin de quelques batailles, mais de batailles gagnées, parce qu'au bout de deux ou trois batailles, on verra où sont les relations de force. Et si, par hasard, le 18 mai on perdait, ce qui ne sera probablement pas le cas, ce serait dans un sens. Mais si une coalition se lançait dans la bataille contre ce projet de révision partielle de la LAMal, en invoquant notamment les incertitudes que vous suscitez, le combat contre la levée partielle de l'obligation de contracter que mène Mme Berger, tout cela pourrait conduire à la création d'une coalition suffisamment grande et finir comme à Lépante, mais, par rapport à la révision totale de l'assurance-maladie, on serait cette fois-ci du mauvais côté, c'est-à-dire du côté des perdants.

Alors, la prudence commande de ne pas faire ce pas et de maintenir la décision que vous aviez prise lors de votre première délibération: fixer au Conseil fédéral un délai de cinq ans pour présenter un projet de révision de la loi qui permette à terme l'introduction d'un système de financement hospitalier moniste.

C'est bien d'être courageux, mais il ne faut pas être téméraire!

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich will nicht zur Replik ausholen, aber es liegt mir daran, Frau Beerli die Differenz von 25 zu 37 Prozent zu erklären: Sie haben hier die Prämienverbilligung eingerechnet, und diese ist bei diesem Vorschlag eben klar weiterhin Sache der Kantone. Das habe ich auch ausdrücklich gesagt. Damit ist diese Differenz erklärt. Es kommt

auch nicht zu einer Prämiensteigerung, weil die Kantone nach wie vor im gleichen Ausmass zahlen, Herr Studer.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Wir treffen hier einen Systementscheid, der sich noch auf weitere Artikel auswirken wird.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 22 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 16 Stimmen

**Art. 41a**
*Antrag der Kommission*
Die Leistungserbringer müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn sie für deren Versicherer keine Leistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung erbringen dürfen.

**Art. 41a**
*Proposition de la commission*
Les fournisseurs de prestations doivent informer les assurés, avant le traitement, s'ils ne peuvent pas fournir des prestations pour leur assureur à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 41a bringt die sprachlich bessere Formulierung, indem der Leistungserbringer dem Patienten sagen muss, wenn er nicht für ihn arbeiten kann, weil er mit der Krankenkasse des Patienten keinen Vertrag hat.
Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass die französische Fassung missverständlich ist. Die Begriffe «assureur» und «assurés» sind noch zu verifizieren und in der richtigen Formulierung in den Artikel einzusetzen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 42 Abs. 7**
*Antrag der Kommission*
Das zuständige Departement legt, nach Anhören der Leistungserbringer und der Versicherer, den für die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verbindlichen Diagnosecode fest.

**Art. 42 al. 7**
*Proposition de la commission*
Après avoir consulté les fournisseurs de prestations et les assureurs, le département compétent fixe le code-diagnostic obligatoire pour la pratique de l'assurance obligatoire des soins.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Absatz 7 bringt eine allseits gewünschte Einfügung. Es wird als nötiges Instrument erachtet, dass das Departement einen verbindlichen Diagnosecode festlegen kann. Er soll nach Anhörung der Leistungserbringer und der Versicherer festgelegt werden.

**Berger** Michèle (R, NE): Je voudrais demander ce qu'est le «code-diagnostic». Je pense que là aussi le texte français ne correspond pas au texte allemand. Je ne sais pas ce que veut dire le «code-diagnostic»: est-ce que c'est un code de facturation? est-ce que c'est une position TarMed? est-ce que c'est un langage codé pour le médecin-conseil?
Est-ce qu'on peut m'informer? J'ai demandé, mais on n'a pas pu me répondre.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 42b**
*Antrag der Kommission*
Die Leistungserbringer ergreifen die erforderlichen Massnahmen, damit medizinisch-technische Untersuchungen nicht unnötigerweise wiederholt werden. Praktische Untersuchungen, die ohne medizinische Indikation oder ohne eine Rechtfertigung durch besondere Umstände durchgeführt werden, dürfen nicht verrechnet werden. Der Bundesrat legt im Einvernehmen mit den Berufsorganisationen die Bedingungen fest.

**Art. 42b**
*Proposition de la commission*
Les fournisseurs de prestations prennent les mesures nécessaires pour éviter de répéter inutilement des examens médico-techniques. Les examens pratiqués sans qu'une indication médicale ou des circonstances particulières ne le justifient ne peuvent être facturés. Le Conseil fédéral fixe les conditions d'entente avec les organisations professionnelles.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 42b regelt die Massnahmen, mit denen unnötige Untersuchungen zu vermeiden sind; das scheint uns ein guter Beitrag zur Kosteneindämmung zu sein. Der Kern der Vorlage liegt im letzten Satz; ich bitte zu beachten, dass die Massnahme im Einvernehmen mit den Berufsorganisationen zu treffen ist. Der Grundsatz wird hier festgelegt. In Artikel 56 Absatz 5 wird die Anwendung auf die konkrete Wirkungsbeurteilung geregelt.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 45 Abs. 2–4**
*Antrag der Kommission*
Streichen

**Art. 45 al. 2–4**
*Proposition de la commission*
Biffer

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Diese Streichungen erfolgen aufgrund der Einführung des Vertragsprinzips. Es sind die Folgen der Neuregelung in Artikel 35.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 46**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 4*
.... Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Billigkeit in Einklang steht sowie die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen gewährleisten kann.
*Abs. 5*
Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate. Erhält der Leistungserbringer nach Artikel 35 keinen Zulassungsvertrag mehr, so gilt er auf diesen Zeitpunkt hin als vom Tarifvertrag zurückgetreten.

**Art. 46**
*Proposition de la commission*
*Al. 4*
.... L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle permet de garantir le caractère économique et la qualité des prestations.
*Al. 5*
Le délai pour la dénonciation ou pour la déclaration de retrait d'une convention tarifaire selon l'alinéa 2 est d'au moins six mois. Est réputé retiré de la convention tarifaire le fournisseur de prestations au sens de l'article 35 qui, à ce moment-là, n'est plus au bénéfice d'un contrat d'admission.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 47**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 2*
.... Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre Behandlung der

versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

*Antrag Berger*
*Abs. 3*
Können sich Leistungserbringer .... einigen, so kann die Behörde, die ihn genehmigt hat, den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb .... zustande, so setzt diese Behörde nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

**Art. 47**
*Proposition de la commission*
*Al. 2*
S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

*Proposition Berger*
*Al. 3*
Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, l'autorité qui l'a approuvée peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, ladite autorité fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

**Berger** Michèle (R, NE): J'espère qu'il y aura une réponse au niveau du Conseil national pour la question que j'ai posée précédemment (art. 42 al. 7). Je n'en tiens pas rigueur à M. Couchepin, président de la Confédération, aujourd'hui.
Je commente ma proposition à l'article 47 alinéa 3. Il s'agit ici simplement de profiter de cette révision de la LAMal pour corriger une lacune de systématique du droit actuel, et le simple bon sens vous conduira à soutenir cette proposition.
L'article 46 alinéa 4 prévoit que si la validité d'une convention s'étend à toute la Suisse, c'est le Conseil fédéral qui l'approuve. L'article 47 alinéa 3 règle ce qui se passe si les parties à une convention ne sont pas encore d'accord au 31 décembre sur le renouvellement de ladite convention.
Lorsqu'une convention dont la validité touche l'ensemble de la Suisse est touchée par cette situation, l'article 47 alinéa 3 actuel ne permet pas au Conseil fédéral de la prolonger d'une année dans l'intérêt d'éviter un chaos pour les assurés. En effet, selon le droit actuel, à la première difficulté de renouvellement d'une convention nationale, ce sont directement les cantons qui sont compétents. C'est une complication trop immédiate, inapplicable en pratique et le plus souvent inutile, car un accord arrive généralement malgré les tergiversations.
Ma proposition de modification permet de prendre en compte le prolongement d'une année d'une convention nationale – et j'insiste: d'une convention nationale – pour donner une dernière chance aux parties à la négociation.
Je vous demande de la soutenir.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich glaube, dass der Antrag Berger auf einem Missverständnis basiert. In Absatz 1 und in Absatz 2 ist es klar geregelt: Wenn kein Tarifvertrag möglich ist, legen in allen Fällen die Kantonsregierungen den Tarif fest. Unsere Kommission hat sich klar dafür ausgesprochen, dass es die Kantonsregierungen sind. Nun gibt es tatsächlich einige Tarifverträge, welche der Bundesrat genehmigt; das sind Leistungsrahmen und einzelne spezielle Verträge. Die Ersatzvornahme aber obliegt immer den Kantonen.
Wenn nun eine Verlängerung des Vertrages nicht zustande kommt, dann liegt die gleiche Situation vor, wie wenn ein Vertrag überhaupt nicht zustande kommt. Betreffend diese Fälle haben wir uns in den Absätzen 1 und 2 klar dahin gehend ausgesprochen, dass ersatzweise die Kantonsregierung verfügt. Wenn nun plötzlich für einzelne Verlängerungen der Bundesrat als Genehmigungsbehörde zuständig wird, bedeutet das einen Einbruch in das System.
Wir bitten Sie, das System konsequent durchzuhalten.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Im ausgeteilten Text des Antrages Berger zu Artikel 47 Absatz 3 fehlen die drei Worte «den bestehenden Vertrag». Der Text muss also lauten: «Können sich Leistungserbringer .... einigen, so kann die Behörde, die ihn genehmigt hat, den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern.»

**Berger** Michèle (R, NE): Je voudrais donner une explication pour qu'au moment du vote, nous soyons sur la même longueur d'onde.
Je suis d'accord avec le président de la commission sur le fait que s'il y a des conventions signées au niveau cantonal, ce soit le canton qui décide. Mais il ne doit pas en être de même lorsque des conventions sont signées au niveau national. Je vous donne un exemple: nous venons de signer une convention entre les pharmaciens de la Suisse et Santésuisse pour la nouvelle rémunération basée sur les bonnes prestations; nous l'avons fixée au niveau national. Si, tout d'un coup, on revenait au niveau cantonal, on aurait d'énormes difficultés. Avec le canton de Vaud par exemple, on a eu beaucoup de difficultés à pouvoir s'entendre, à savoir sur la façon de faire appliquer cette décision.
Si, aujourd'hui, on ne met pas dans le texte l'«autorité», le Conseil fédéral ne pourra pas prolonger une décision qui fait que, sur toute la Suisse, la même disposition est appliquée.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je ne suis pas si sûr que les explications qui ont été données correspondent à ce que dit Mme Berger. La proposition a, à mon avis, un certain bon sens pour elle.

*Abs. 2 – Al. 2*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 3 – Al. 3*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Berger .... 16 Stimmen
Dagegen .... 16 Stimmen

*Mit Stichentscheid des Präsidenten*
*wird der Antrag Berger angenommen*
*Avec la voix prépondérante du président*
*la proposition Berger est adoptée*

**Art. 49**
*Antrag der Mehrheit*
*Titel*
Tarifverträge mit den Spitälern
*Abs. 1–6, 8*
Festhalten
*Abs. 7*
Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten insbesondere alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Bestimmungen.

*Antrag der Minderheit*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Abs. 1*
.... die Strukturen fest. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Forschung und universitäre Lehre enthalten.

*Abs. 3*
Streichen
*Abs. 4*
.... die Vergütungen nach dem Spitaltarif nach den Absätzen 1 und 2, solange ....
*Abs. 7*
Festhalten

**Art. 49**
*Proposition de la majorité*
*Titre*
Conventions tarifaires avec les hôpitaux
*Al. 1–6, 8*
Maintenir
*Al. 7*
Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Elles doivent comporter notamment toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux, pour la tarification et la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions détaillées d'exécution à cet effet.

*Proposition de la minorité*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Al. 1*
.... le Conseil fédéral. Les rémunérations ne comprennent pas les parts que représentent les coûts de recherche et de formation universitaire.
*Al. 3*
Biffer
*Al. 4*
En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens des alinéas 1er et 2, tant que ....
*Al. 7*
Maintenir

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

**Art. 49a**
*Antrag der Mehrheit*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(David, Brändli, Brunner Christiane, Studer Jean)
*Abs. 1*
Als stationäre Behandlung ist ein Spitalaufenthalt zur Untersuchung, Behandlung und Pflege zu betrachten:
a. der mehr als 24 Stunden dauert;
b. der weniger als 24 Stunden dauert, geplant ist und eine Spitalinfrastruktur erfordert.
*Abs. 2*
Der Bundesrat erlässt nähere Bestimmungen.

**Art. 49a**
*Proposition de la majorité*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(David, Brändli, Brunner Christiane, Studer Jean)
*Al. 1*
Le traitement hospitalier consiste en un séjour à l'hôpital pour des examens, des traitements et des soins:
a. qui dure plus de 24 heures;
b. qui dure moins de 24 heures, est planifié et nécessite une infrastructure hospitalière.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es geht in dieser Bestimmung um die Frage, wo die Trennung zwischen ambulanter Behandlung und Spitalaufenthalt zu machen ist. Die Kommissionsmehrheit bleibt bei ihrer Lösung, das heisst, grundsätzlich gilt als Spitalaufenthalt, was länger als 24 Stunden dauert. Wenn der Aufenthalt im Spital weniger als 24 Stunden beträgt, dann ist die Nacht das Kriterium. Die Minderheit legt als Kriterium nicht die Nacht fest, sondern einen Aufenthalt, der eine Spitalinfrastruktur braucht. Wenn jemand tagsüber nur fünf Stunden im Spital verbringt und dafür eine Spitalinfrastruktur nötig ist, gilt das als Spitalaufenthalt.

Nun könnte man versucht sein zu sagen, hier gehe es um des Kaisers Bart, um eine Definition. Das ist bei weitem nicht so. Es fragt sich, wie die Kosten zu verlagern sind. Mit der Lösung der Mehrheit gibt es Mehrkosten zulasten der Versicherer, mit der Minderheitslösung gibt es weniger Kosten zulasten der Versicherer, es gibt aber mehr Kosten zulasten der Kantone. Das erklärt auch in gewissem Sinn die Zusammensetzung der Minderheit. Ich bitte Sie, dem Rechnung zu tragen. Es werden nicht mehr oder weniger Kosten generiert, sondern es wird nur die Frage beantwortet, wer sie trägt. Gehen die Kosten eher zulasten der Versicherung – das ist die Fassung der Mehrheit – oder gehen sie eher zulasten der Kantone, gemäss Lösung der Minderheit?

**David** Eugen (C, SG): Ich bitte Sie, hier der Minderheit zu folgen. Dieser Antrag entspricht dem, was der Nationalrat beschlossen hat. Es gibt einmal den finanziellen Grund, den der Kommissionspräsident angesprochen hat. Tatsächlich geht es hier um 250 Millionen Franken. Es geht insofern darum, ob diese 250 Millionen Franken vom Prämienzahler oder vom Steuerzahler beglichen werden sollen; das ist eigentlich die Frage. Wenn Sie der Mehrheit zustimmen, werden diese 250 Millionen Franken vom Prämienzahler bezahlt, wenn Sie mit der Minderheit stimmen, trifft es den Steuerzahler.

Ein zweiter Grund, weshalb mich die nationalrätliche Fassung überzeugt hat, ist aber das Abgrenzungskriterium. Kann es wirklich sein, dass die Tatsache, ob sich jemand eine Nacht im Spital aufhält oder nicht, entscheidend ist dafür, ob 50 oder 100 Prozent der Rechnung bezahlt werden müssen? Kann das wirklich sein? Denn die Spitalleistung hängt ja nicht davon ab, ob einer eine Nacht lang dort in einem Bett liegt; das ist wahrscheinlich der geringste Teil der Spitalleistung. Der eigentliche Faktor, der die Spitalleistung ausmacht, wirkt sich schon dort aus – das ist auch im Text des Nationalrates enthalten –, wo eine Spitalinfrastruktur eingesetzt wird. Das ist das sachgerechte Kriterium: Wo man mit einer Spitalinfrastruktur arbeitet, handelt es sich um eine stationäre Leistung, und wo das nicht der Fall ist, handelt es sich um eine ambulante Leistung. Aber der Gesichtspunkt, ob jetzt jemand übernachtet hat oder nicht, kann nach meiner Überzeugung nicht ausschlaggebend sein.

Es kommt natürlich noch dazu – das muss ich auch ganz offen sagen –, dass man mit der Lösung der Mehrheit die Tageskliniken signifikant schlechter stellt. Wir wissen alle, dass die Tageskliniken im stationären Bereich eine vernünftige Entwicklung sind. Man hemmt mit der von der Mehrheit beantragten Lösung diese Entwicklung in Richtung der Tageskliniken, weil diese Lösung für die Versicherer schlechter ist. Es ist für sie immer interessanter, Übernachtungen herbeizuführen und Leute in Spitäler mit Übernachtungen zu schicken, weil dann die Rechnung für sie geringer ausfällt. Das ist eine Wettbewerbsverzerrung, die ich für falsch halte. Ich gebe aber zu: Die Ursache dieser Verzerrung ist, dass wir nicht das monistische System haben. Weil Sie vorhin den Antrag der Minderheit Stähelin abgelehnt haben, ist es natürlich jetzt sehr wichtig, wie wir die Grenze zwischen diesen zwei Bereichen ziehen. Wir sollten sie möglichst so ziehen, dass Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden. Nach meiner Überzeugung wird letztlich die Lösung des Nationalrates der Sache gerechter – abgesehen von der finanziellen Komponente, was ich durchaus zugebe; die 250 Millionen

Franken machen ein bis eineinhalb Prämienprozente aus. Deshalb habe ich diesen Minderheitsantrag gestellt.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral soutient la proposition de la minorité David qui, de notre point de vue, permet de distinguer de manière plus claire l'hospitalier de l'ambulatoire. Cette proposition nous paraît plus précise que celle de la majorité. Avec la définition de la minorité, qui est celle du Conseil national, l'hospitalisation d'un jour est considérée comme traitement hospitalier, ce qui est conforme aux objectifs de la révision partielle. Nous soutenons donc la minorité David.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 18 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 16 Stimmen

**Art. 50**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Festhalten
*Abs. 2*
Der Bundesrat legt für die Leistungen bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause sowie beim Aufenthalt in Pflegeheimen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe abis fest, in welchem Ausmass diese zu übernehmen sind. Er sorgt für die Koordination mit der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen einschliesslich der Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

*Antrag Leuenberger*
*Abs. 2*
Streichen

*Antrag Forster*
*Abs. 2*
.... diese zu übernehmen sind. Er legt im Weiteren fest, was als Langzeitpflege gilt. Er legt ....

**Art. 50**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Maintenir
*Al. 2*
Pour les prestations liées à un séjour dans un établissement médico-social, à un traitement ambulatoire ou à des soins à domicile au sens de l'article 25 alinéa 2 lettre abis, le Conseil fédéral fixe dans quelle mesure les prestations doivent être prises en charge. Il veille à la coordination avec l'obligation de prise en charge des autres assurances sociales, y compris les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité.

*Proposition Leuenberger*
*Al. 2*
Biffer

*Proposition Forster*
*Al. 2*
.... doivent être prises en charge. En outre il détermine ce qu'on entend par soins de longue durée. Il veille à ....

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 50 Absatz 2 ist die Folge von Artikel 25 Absatz 2 Litera abis. Die Anträge Forster und Leuenberger zu diesem Punkt scheinen mir erledigt. – Frau Forster und Herr Leuenberger nicken.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

**Art. 51 Abs. 1**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 51 al. 1**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 52**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1 Bst. b*
Festhalten
*Abs. 4*
Ein Arzneimittel darf nur in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn dessen Wirksamkeit nach Massgabe der diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung rechtsgenüglich nachgewiesen ist. Ein Arzneimittel ist von Amtes wegen aus der Spezialitätenliste zu streichen, wenn es diese Aufnahmevoraussetzung nicht mehr erfüllt.
*Abs. 5*
Bei gleicher Eignung sind preisgünstige Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände zu verordnen und abzugeben. Wird ein Arzneimittel unter seiner Wirkstoffbezeichnung zur Abgabe durch die Apotheke verordnet, ist ein geeignetes preisgünstiges Arzneimittel abzugeben.

*Antrag Schiesser*
*Abs. 4, 5*
Streichen

*Antrag Forster*
*Abs. 5*
.... zu verordnen und abzugeben. (2. Satz streichen)

*Antrag Cornu*
*Abs. 6*
Um die Unabhängigkeit seines Entscheides zu sichern, verschreibt der Arzt das Arzneimittel wenn möglich unter Bezeichnung des Wirkstoffes. Der Apotheker händigt das für den Patienten geeignetste und günstigste Arzneimittel aus.

**Art. 52**
*Proposition de la commission*
*Al. 1 let. b*
Maintenir
*Al. 4*
Un médicament ne peut être admis dans la liste des spécialités que si son efficacité – mesurée en fonction du diagnostic et de l'objectif thérapeutique – est suffisamment démon-trée. Un médicament doit être rayé d'office de la liste des spécialités lorsqu'il ne remplit plus les conditions d'admission.
*Al. 5*
A propriétés égales, le médicament ou le moyen et appareil diagnostique ou thérapeutique prescrit et remis sera le meilleur marché. Si la prescription désigne un médicament sous son principe actif, la pharmacie remettra une préparation adéquate et bon marché.

*Proposition Schiesser*
*Al. 4, 5*
Biffer

*Proposition Forster*
*Al. 5*
.... et remis sera le meilleur marché. (Biffer la deuxième phrase)

*Proposition Cornu*
*Al. 6*
Afin d'assurer l'indépendance de sa décision, le médecin prescrira le médicament sous son principe actif chaque fois que c'est possible. Le pharmacien remettra le médicament le plus adéquat pour le patient et le plus économique.

*Abs. 1 Bst. b – Al. 1 let. b*
*Angenommen – Adopté*

*Abs. 4 – Al. 4*

**Schiesser** Fritz (R, GL): In Artikel 52 Absatz 4 beantragt die Kommission, eine Bestimmung aufzunehmen, die eigentlich heute schon existiert. Absatz 4 wiederholt eine Regel, die sich aus Artikel 32 KVG ergibt und in Artikel 68 Absatz 1 Litera a der Verordnung ausgeführt wird. Ich könnte Ihnen diese beiden Bestimmungen vorlesen, aber in Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit will ich das nicht tun. Es brächte nichts Neues. Ich glaube, das Gesetz selber ist schon kompliziert genug.
Wenn wir so weiterfahren und das, was heute auf Gesetzesstufe im Grundsatz und in der Ausführung auf Verordnungsstufe geregelt ist, und somit alle Verordnungsbestimmungen auch noch ins Gesetz aufnehmen, wird das Gesetz für Nichtspezialisten, für Nichtkommissionsmitglieder, für gewöhnliche Parlamentarier und erst recht für die Bürgerinnen und Bürger, die eigentlich mit diesem Gesetz auch zu Rande kommen sollten, schlicht unverständlich. Wir überladen dieses Gesetz.
Es besteht absolut keine Notwendigkeit, jetzt diesen Grundsatz, wie er in Artikel 32 KVG enthalten ist und auf Verordnungsstufe ausgeführt wird, noch einmal in einer weiteren Bestimmung, in Artikel 52 Absatz 4, breitzuwalzen und darzutun, was geschehe, wenn .... Die Rechtslage ist klar, wir brauchen keine Redundanz. Ich bitte Sie, diesen Absatz 4 zu streichen. Wir sollten ein Gesetz machen, das noch einigermassen übersichtlich ist.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Herr Schiesser hat ästhetisch argumentiert, was in das Gesetz und in die Verordnung soll. Dagegen kann man nichts einwenden. Was die Verständlichkeit des Absatzes betrifft, so ist zu sagen: er ist sehr wohl verständlich. Die Kommission hat ihm ohne lange Diskussion zugestimmt. Es trifft zu, dass diese Bestimmung heute auf Stufe Verordnung geltendes Recht ist, und das Eidgenössische Versicherungsgericht hat diese Praxis anerkannt: Ob Sie das ins Gesetz schreiben oder nicht, ändert materiell nichts.
Wir dachten, es sei gut, wenn die Regelung, welche in Bezug auf die Arzneimittelfrage doch von Bedeutung ist, im Gesetz bereits enthalten ist. Das sind aber wirklich ästhetische Gründe und keine materiellen Differenzen.

**Merz** Hans-Rudolf (R, AR): Die ganze Diskussion um die Wirksamkeit haben wir beim Heilmittelgesetz geführt. Es ist überhaupt nicht so, dass es dort nicht schon gewisse Eckpfeiler für die Definition der Wirksamkeit von Medikamenten gäbe. Ich befürchte eher, dass es ein Durcheinander geben wird, wenn wir hier eine Lex specialis schaffen. Ich erinnere Sie an jene Debatte, in der wir gesagt haben, dass es z. B. auch einen Trend in Richtung Naturheilverfahren und Naturheilmittel gibt. Man hat gesagt, dass gewisse Naturheilmittel bei gleicher Wirksamkeit billiger sind als pharmazeutische, synthetische Produkte. Ich erinnere Sie daran, dass wir dort auch über den Wirksamkeitsnachweis kontrovers diskutiert haben. Es gibt und gab z. B. eine Meldesammelstelle, welche Nebenwirkungen von pharmazeutischen, synthetischen Heilmitteln erfasst. Diese Zahl hat in den letzten Jahren eher zugenommen. Die ganze Kontroverse gehört nach meiner Meinung nicht in dieses Gesetz.
Ich finde auch den Ausdruck «rechtsgenüglich» – wonach die «Wirksamkeit nach Massgabe der diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung rechtsgenüglich» nachzuweisen ist – ein sprachliches «Placebo». Das ist ein Unwort! Mit so etwas können Sie in einer sorgfältigen Gesetzgebung doch nichts anfangen. Mich würde wundernehmen, wer diesen Ausdruck erfunden hat. Das war auf alle Fälle kein Sprachästhet, geschweige denn ein Jurist – obwohl er es eigentlich glauben macht, wenn er sagt, man könne Wirksamkeiten «rechtsgenüglich» feststellen. Ich würde Ihnen empfehlen, dass wir diesen Unsinn stillschweigend wieder aus dem Gesetz herausstreichen. Das Belassen dieses Passus bedeutet keine Sternstunde der Heilmittelgesetzgebung.
Ich bitte Sie, dem Antrag Schiesser zu folgen.

**David** Eugen (C, SG): Sie wissen ja, aus welcher Ecke ich komme. Ich komme aus der Ecke der Krankenversicherer, das ist klar. Ich denke, alle Kollegen, die hier intervenieren, sollten sich auch outen, in dem Sinne, dass sie sagen, woher sie kommen und wo sie in diesen Angelegenheiten engagiert sind.
Es geht hier klar um den Medikamentenmarkt. Was hier geschrieben steht, ist tatsächlich das, was das Bundesgericht im Urteil betreffend Reductil/Xenical, also diesen Fettpillen, geschrieben hat. Der Text steht im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes; das ist ein Urteil, das ich so nicht zu fällen wagen würde, wie es hier steht. Es waren wahrscheinlich Juristen dort; ich vermute es. Jedenfalls haben wir diese Leute gewählt; ich nehme an, dass wir keine schlechten Leute wählen, sonst wären wir dann falsch gewickelt. Es sind sicher die hervorragendsten Juristen, die wir haben, die im EVG über diese Dinge im Einzelfall quasi legiferieren. In diesem Urteil haben sie das sagen müssen, weil man auf der unteren Stufe der Meinung war, das sei nicht so. Der zweite Satz, der in Absatz 4 steht, bedeutet eben, dass Xenical – das sage ich auch offen – nicht mehr von der Krankenversicherung bezahlt werden müsste. Der zweite Satz besagt ganz einfach das – auf diesen konkreten Fall bezogen. Es muss aber immer noch bezahlt werden. Das heisst, die Prämienzahler müssen hier ein Medikament finanzieren, obwohl das Bundesgericht beim analogen Medikament Reductil festgestellt hat, dass dieses Medikament die Voraussetzungen, die im ersten Satz von Absatz 4 stehen, nicht erfüllt.
Ich muss Kollege Merz widersprechen, wenn er sagt, dass wir dieses Problem mit dem Heilmittelgesetz gelöst haben. Mit dem Heilmittelgesetz haben wir die gesundheitspolizeiliche Seite abgehandelt. Hier geht es um die Frage: Was muss der grundversicherte Prämienzahler mit seiner Prämie bezahlen? Sie alle reden immer davon: Wir müssen den Grundleistungskatalog auf das absolut Notwendige beschränken – bitte nur das in den Grundleistungskatalog, was wirklich notwendig ist; alles andere gehört doch in den Zusatzbereich. Hier erfolgt einfach die konkrete Umsetzung.
Ich weiss sehr wohl: Ich hätte heute viel lieber – das muss ich Ihnen sagen – Frau Forster in der Spitex-Frage zugestimmt. Ich finde, das war eine relativ harte Entscheidung. Ich verstehe aber nicht, warum wir – wenn wir den Ärzten, den Spitex- und den Pflegeleuten Sparanstrengungen auferlegen, wenn wir den Spitälern Sparanstrengungen auferlegen, wenn wir von den Versicherern mehr Transparenz usw. verlangen – bei der Pharmabranche zurückweichen und sagen: Ja, an diesen Topf dürfen wir nicht rühren. Ich bitte Sie jetzt einfach, die Linie, wonach bei dieser ganzen Geschichte «Gesundheitsreform und Sparen im Krankenversicherungssektor» alle etwas leiden müssen, beizubehalten und alle einzubeziehen.
Ich denke, die beiden Streichungsanträge zugunsten der Pharmaindustrie würden nun einen Partner, der eben auch mit im Boot ist, einfach aus der Mitverantwortung entlassen.
Ich bitte Sie daher, diese beiden Streichungsanträge abzulehnen und bei dem zu bleiben, was Ihnen die Kommission vorschlägt.
Das Textliche – da gebe ich Herrn Kollege Merz wirklich Recht – kann man verbessern. Es genügt vielleicht nicht, wie es hier steht. Aber wer wagt es schon, einfach einen Urteilsspruch des obersten Gerichtes als juristisch untauglich zu bezeichnen?

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: L'argumentation de M. Schiesser est correcte; il s'agit là d'un problème d'élégance juridique de savoir si on doit répéter ou pas ce qui figure déjà aux articles 32 et 56 LAMal ainsi qu'aux articles 64 et suivants de l'ordonnance sur l'assurance-maladie.

M. David a parlé du jugement du Tribunal fédéral sur le Xenical. Je ne suis pas sûr que ce qu'il a dit corresponde exactement au jugement. Le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé sur l'efficacité du médicament lui-même, il a simplement dit que si l'efficacité n'est pas prouvée, il y a des conséquences.
Finalement, il s'agit d'un problème d'esthétique juridique. Avec la proposition Schiesser à l'alinéa suivant, il y a un contenu, c'est quelque chose d'important du point de vue matériel. Ici, à l'alinéa 4, c'est, encore une fois, inutile de rajouter quelque chose. Mais si vous décidez de maintenir la proposition de la commission, ça ne change rien à la matière elle-même.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 20 Stimmen
Für den Antrag Schiesser .... 11 Stimmen

*Abs. 5 – Al. 5*

**Schiesser** Fritz (R, GL): Obwohl ich meine Interessen offengelegt habe, wie es das Geschäftsverkehrsgesetz verlangt, will ich es noch einmal tun. Ich bin Verwaltungsratspräsident eines KMU-Pharmaunternehmens. Selbstverständlich hängt dieser Antrag mit dieser Tätigkeit zusammen, weil man sich ja nicht vorstellen kann, dass es auch noch andere Überlegungen geben könnte, diesen Antrag zu stellen. Damit wäre meine Interessenbindung auf den Tisch gelegt.
Als ich den Antrag der Kommission gesehen habe, habe ich mir gesagt: Zwangssubstitution zum zweiten, zum dritten oder ich weiss nicht zum wievielten Male.
Dieser Antrag wurde in der Kommission offenbar gegen den Antrag des Bundesrates bzw. der Verwaltung angenommen. Die Kommission geht offenbar davon aus, dass es notwendig sei, nach mehreren negativen Entscheidungen wieder einen solchen Antrag aufzunehmen. Zwar wird mit diesem Artikel die von Volk und Ständen wuchtig verworfene «Denner-Initiative» nicht vollständig wieder aufgenommen – dort ging es um das jeweils preisgünstigste Medikament. Die Kommission beantragt aber immerhin einen ersten Schritt in diese Richtung. Das macht mich hellhörig. Ich möchte nur in Erinnerung rufen, dass alle Kantone und rund 70 Prozent der Stimmenden zu dieser Initiative Nein gesagt haben. Das spielt aber offenbar keine Rolle. Was ich befürchte – das sage ich ganz offen – ist der Umstand, dass wir heute nur den ersten Schritt tun.
Mit dem ersten Satz wird faktisch eine Zwangssubstitution von Originalprodukten durch Generika eingeführt. Bei gleicher Eignung sind preisgünstige – jetzt heisst es einfach nicht mehr: das preisgünstigste Arzneimittel – zu verordnen und abzugeben. Wann ist das Kriterium der gleichen Eignung erfüllt? Wer beurteilt diese Frage, der Arzt oder die Krankenkasse, oder ein Dritter? Was geschieht, wenn nicht ein preisgünstiges Medikament abgegeben wird, obwohl die Voraussetzung erfüllt wäre? Hat es dann der Patient mit Rückgriffsrecht auf den Arzt zu bezahlen? Der Substitutionszwang, wie er hier ganz sachte eingeführt wird, ist ein Eingriff in die Therapiefreiheit und in die Verantwortung des Arztes sowie in sein Verhältnis zum Patienten.
Im zweiten Satz spricht die Kommission die Wirkstoffverschreibung an. Eine solche Verschreibung ist, wie ich mir habe sagen lassen, bei einzelnen Krankheiten möglich. Die Zahl der Fälle dürfte aber nicht allzu gross sein. Dazu kommt, dass günstige Arzneimittel geeignet sein müssen, sonst ist der therapeutische Effekt eingeschränkt. Dazu kommt weiter, dass der Generikakuchen, auch wenn immer wieder das Gegenteil behauptet wird, im schweizerischen Markt doch relativ klein ist. Der Generikamarkt wächst aber stattlich an, das ist gut so.
Etwa 16 Prozent aller Medikamente könnten theoretisch durch Generika ersetzt werden. Wenn man von dieser Grössenordnung ausgeht, macht das theoretische Einsparvolumen noch etwa 100 Millionen Franken aus. Das ist beträchtlich. Dann müsste aber überall das preisgünstigste Arzneimittel abgegeben werden. Tatsächlich gibt es aber in höchstens der Hälfte der Fälle im Gesamtmarkt Generika. Dieser Anteil ist nicht aus bösem Willen der Produzenten so bescheiden. Häufig ist der Preis des Originalpräparates relativ tief, das heisst nicht sehr viel höher als der Preis des Generikums oder der Generika, was dazu führt, dass eigentlich niemand ein grosses Interesse hat, Generika zu vertreiben – es lohnt sich nicht. In anderen Fällen ist das Volumen im schweizerischen Markt viel zu klein, als dass sich eine Konkurrenzierung überhaupt lohnte. Das sind die entscheidenden Gründe, weshalb der Generika-Anteil nicht so weit anwachsen kann, wie er vom Angebot her theoretisch anwachsen könnte. Wir werden insbesondere aus diesen Gründen auch nie einen exorbitanten Anteil an Generika erreichen.
Fazit für mich: Der Antrag der Kommission bringt einen geringen Effekt, greift aber durch Zwang in die Therapiefreiheit des Arztes ein. Mit dieser Massnahme wird kein ins Gewicht fallender Beitrag zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen geleistet. Aber es wird damit ein Tabu gebrochen. Das Substitutionsrecht, wie wir es beschlossen haben, wird – ganz sachte, aber unverkennbar – durch einen Substitutionszwang ersetzt. Deshalb frage ich mich, was der nächste Schritt sein wird.
Ich beantrage Ihnen, es bei der heutigen Regelung zu belassen. Auch der Bundesrat war in der Kommission offenbar nicht Feuer und Flamme für diesen Antrag. Verwenden wir unsere Energie auf jene Bereiche im Gesundheitswesen, wo die grossen Brocken anstehen. Ich bitte Sie, diesen Absatz 5 zu streichen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Der Vorschlag der Kommission segelt tatsächlich unter der Flagge der Kosteneindämmung. Nun sagt Herr Schiesser, er sei ein Eingriff in die Freiheit des Arztes, das konkrete Medikament zu verschreiben. Ich muss dem widersprechen. Die Kommission sagt klar: Bei gleicher Eignung sind preisgünstige Arzneimittel und Untersuchungsmethoden abzugeben bzw. zu verwenden. Der Arzt entscheidet nach wie vor, unter Würdigung aller Umstände – auch der Nebenwirkungen, möglicher langfristiger Konsequenzen für den Patienten –, und er ist vollständig frei, zu entscheiden, welches Medikament er verschreiben möchte. Es besteht kein Zwang zum preisgünstigsten Medikament. Das ist der grosse Unterschied zur «Denner-Initiative», welche wir zu Recht abgelehnt haben. Sie hätte einen Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes gebracht.
Eine andere Frage ist, wie wirksam diese Bestimmung sein wird. Da gehen die Meinungen auseinander. Die Kommission war der Ansicht, die Bestimmung könne ein Beitrag zur Kosteneindämmung sein, auch wenn die Auswirkungen nicht ausserordentlich gross seien und vor allem auch heute noch nicht quantifizierbar seien. Aus diesen Gründen haben wir diese Bestimmung eingeführt.
Ich möchte schliesslich auch die Frage aussprechen, ob diese Bestimmung den Krankenkassen freies Spiel gebe, quasi über eine Kontrolle den Arzt zu verpflichten, die billigsten Medikamente abzugeben. Selbstverständlich gibt die Bestimmung den Versicherern eine gewisse Kontrollmöglichkeit. Sie können nachfragen, warum es nur immer die teuersten Medikamente sind und warum Herr Doktor B. in seiner Praxis nie die günstigeren verschreibt. Diese Kontrollwirkung bezwecken wir. Aber ich stelle klar, dass die Freiheit des Arztes, ein Medikament zu verschreiben, in keiner Weise eingeschränkt wird, auch wenn wir die positive Wirkung nicht klar beziffern können.
Frau Forster ihrerseits möchte mit ihrem Antrag lediglich den zweiten Satz streichen. Ich glaube, das sollten wir nicht tun. Wir sollten den Absatz beschliessen oder ablehnen. Satz 2 geht nämlich nur auf die zweite Möglichkeit ein, wie ein Medikament bestimmt wird. Entweder sagt gemäss Satz 1 der Arzt, welches Medikament abzugeben ist, oder er umschreibt gemäss Satz 2 den Wirkstoff und der Apotheker

wählt das Medikament. Wenn schon, muss die Bestimmung für beide Methoden gelten oder gar nicht.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Damit hat der Kommissionspräsident auch schon zum Antrag Forster gesprochen, über den ich im Einverständnis mit Frau Forster aber nur diskutieren lassen möchte, wenn wir über den Antrag Schiesser entschieden haben.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral vous invite à soutenir la proposition Schiesser.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Frau Forster kam zu mir und sagte mir, sie möchte, dass wir ihren Antrag nur dann diskutieren, wenn der Antrag Schiesser abgelehnt würde. Ich habe mich strikt an ihren Wunsch gehalten.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral s'est toujours prononcé en faveur de la promotion des génériques, mais il ne veut pas en faire une obligation absolue, parce qu'il considère que ce serait porter atteinte à la liberté thérapeutique des médecins et que ça peut mettre en danger la sécurité des médicaments; ça compromet le respect de la prescription pour les patients et si on l'impose à tout prix, c'est peu efficace pour faire baisser les coûts.
Nous sommes aussi d'avis que la proposition de rendre la substitution obligatoire est également problématique du point de vue économique. Avec les médicaments les moins onéreux se constitue un monopole; avec la règle qui serait introduite par la commission, il y aurait un monopole qui se créerait; et finalement lorsqu'il y a monopole, il y a le risque que celui qui bénéficie du monopole en profite en remontant les prix.
L'obligation de prescrire des principes actifs n'apporte en outre que peu d'économies. Sur un total de 7400 médicaments admis sur le marché, 2500 sont pris en charge par l'assurance obligatoire, 60 pour cent d'entre eux sont protégés par un brevet, 3 pour cent sont déjà des génériques et 37 pour cent, soit 900 médicaments environ, ne sont pas protégés et sont réellement concurrencés par des génériques. S'ils étaient totalement remplacés par les génériques et que la différence de prix était de 25 pour cent, le potentiel d'économies serait au maximum de 60 à 80 millions de francs, ce qui n'est pas négligeable, mais ce qui correspond à 0,5 pour cent du montant des primes.
Même si tous les médicaments tombaient dans le domaine public et étaient en théorie totalement remplacés par des génériques, le potentiel d'économies serait fiable; mais il y aurait le désavantage de porter atteinte à la liberté thérapeutique.
C'est la raison pour laquelle nous soutenons la proposition Schiesser. Si la proposition Schiesser n'était pas adoptée, nous soutiendrions la proposition Forster.

**Studer** Jean (S, NE): Excusez-moi de prendre la parole après votre intervention, Monsieur le Président de la Confédération, mais c'est l'ordre de traitement des différentes propositions qui m'a un peu perturbé.
M. Schiesser a fait des remarques assez justes sur les incertitudes que peut soulever cet alinéa 5. Il y a là effectivement un certain nombre de questions d'interprétation. Tous les articles que nous venons d'adopter comptent autant, si ce n'est plus, d'incertitudes. Je pense en particulier à toute cette série d'articles qu'on a adoptés sur la planification des soins ambulatoires.
Dans cette question, c'est une affaire politique, M. David l'a bien dit. On essaie de trouver des solutions et on demande des efforts un peu à tout le monde: on en demande aux cantons dans le financement hospitalier, on en demande aux fournisseurs de prestations dans les soins ambulatoires, on en demandera peut-être aux assurés au niveau de la franchise. Je vous pose la question: est-ce qu'on peut ici demander des efforts à l'industrie pharmaceutique? Elle est là, la question politique.
On sait quelle est l'importance des médicaments dans la détermination des coûts de la santé. On sait que l'accroissement des coûts des médicaments joue un rôle certain dans l'augmentation des coûts de la santé. Et on a essayé, dans la commission, de trouver une solution qui permette de demander un effort raisonnable à l'industrie pharmaceutique. On n'a pas contraint à la substitution, on est allé moins loin que d'autres projets. On est allé moins loin que le Conseil national: on n'est pas allé repêcher simplement ce qui avait été décidé sur ce point par ledit Conseil. Je vous l'ai dit lors de mon intervention au cours du débat d'entrée en matière, si on veut arriver à quelque chose dans ce domaine de la révision de la LAMal, on doit demander des efforts à tout le monde et on ne peut pas privilégier un des acteurs, et d'autant moins un acteur aussi important que les producteurs de médicaments.
Pour nous, c'est une question centrale dans cette révision et nous vous invitons à soutenir la proposition de la commission.

**Cornu** Jean-Claude (R, FR): Je ne voudrais pas prolonger la discussion, mais simplement signaler que ces propositions et ma proposition subséquente ne tombent pas du ciel. Elles ont déjà été largement débattues et certaines ont été adoptées ou rejetées à très peu de voix près au Conseil national.
Dans le cas qui nous occupe, en particulier celui de la prescription des substances actives plutôt que des médicaments désignés commercialement, le grand défenseur de cette proposition au Conseil national était Mme Goll. Donc, je ne crois pas qu'il n'y ait qu'un aspect politique derrière cette affaire-là, il y a une question de bon sens. Comme l'a dit M. Couchepin, président de la Confédération, il faut voir en fait si on n'est pas en train de tirer avec un canon sur une mouche.
La phrase qui veut qu'on prescrive la solution thérapeutique la meilleur marché, qu'est-ce qu'elle risque d'apporter? Une concurrence effrénée entre les fabricants pour baisser de 10, 20 ou 50 centimes l'emballage, une grande déstabilisation des patients qui, tous les trois mois, verront leurs médicaments génériques changer, etc., avec tous les risques que cela implique si les gens renoncent à prendre leurs médicaments: une nuit à l'hôpital parce qu'on n'aura pas pris la bonne substance, qu'on y aura renoncé ou qu'on aura pris les deux médicaments parce qu'on ne sait plus quoi faire. Eh bien, tout cela coûtera bien évidemment beaucoup plus cher que le bénéfice qu'on pourra en retirer.
Donc, je vous propose de soutenir la proposition Schiesser.
Le cas échéant, si celle-ci est rejetée, je me permettrai de revenir avec la mienne la prochaine fois.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Kommission .... 21 Stimmen
Für den Antrag Schiesser .... 8 Stimmen

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Frau Forster, nun steht noch Ihr Antrag zur Diskussion.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Angesichts des deutlichen Resultates der vorgängigen Abstimmung ziehe meinen Antrag zurück.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Der Antrag Forster ist zurückgezogen worden. Absatz 6 wird am nächsten Donnerstag behandelt.

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

*Schluss der Sitzung um 13.10 Uhr*
*La séance est levée à 13 h 10*

## Dreizehnte Sitzung – Treizième séance

**Donnerstag, 20. März 2003**
**Jeudi, 20 mars 2003**

*15.00 h*

02.020

## Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung. Änderung
## Loi fédérale sur l'imposition du tabac. Modification

*Differenzen – Div*

Botschaft des Bundesr
Message du Conseil fé
Nationalrat/Conseil nat
Nationalrat/Conseil nat
Ständerat/Conseil des
Nationalrat/Conseil nat
Ständerat/Conseil des
Nationalrat/Conseil nat
Ständerat/Conseil des
Einigungskonferenz/Cc
Nationalrat/Conseil nat
Ständerat/Conseil des
Nationalrat/Conseil nat
Ständerat/Conseil des
Text des Erlasses (BBl
Texte de l'acte législatil

**Bundesgesetz üb**
**Loi fédérale sur l'**

**Art. 28 Abs. 2 Bst**
*Antrag der Einigur*
Zustimmung zum E

**Art. 28 al. 2 let. c**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Schiesser** Fritz (R, GL), für die Kommission: Ich kann Ihnen mitteilen, dass sich die Einigungskonferenz heute Morgen mit 15 zu 9 Stimmen für die Lösung des Nationalrates entschieden hat. Das heisst, dass der entsprechende Präventionsfonds geschaffen werden soll, auf der Grundlage, wie sie auf der Fahne enthalten ist. Wenn nicht die ganze Sache dahinfallen soll, dann heisst das: Zustimmung – auch für diejenigen, die mit den Zähnen knirschen – oder Stimmenthaltung.
Ich beantrage Ihnen, dem Antrag der Einigungskonferenz zuzustimmen.

*Angenommen – Adopté*

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)

adopté en toute fin de séance, un peu dans la précipitation, vous l'avouerez. En effet, j'ai constaté deux divergences importantes entre les textes français et allemand, et si on résout ces divergences, peut-être qu'on pourra aller plus rapidement par la suite. D'abord, alors que le texte allemand parle d'«Eignung», que l'on pourrait traduire en français par «adéquation», le texte français parle de «propriétés», ce qui n'est tout de même pas la même chose. Un médicament peut avoir de nombreuses propriétés, ce qui ne signifie pas encore qu'il soit adéquat, «geeignet». L'«Eignung», l'adéquation comprend, outre les propriétés intrinsèques du médicament, des notions de sécurité et d'efficacité. Cela dit, les choses seraient beaucoup plus claires si l'on précisait pour qui, pour quoi on veut que le médicament soit adéquat, «geeignet». Pour qui doit-il être «geeignet»? A l'évidence, le destinataire, la personne visée, ne peut être que le patient. Dans ce sens, et avec cette précision, les textes allemand et français seraient identiques et adéquats. Il suffirait de les formuler de la manière suivante: «Bei gleicher Eignung für den Patienten und die Patientin»; «à propriétés égales pour le patient, le médicament», etc.
L'autre problème entre les textes français et allemand de cet alinéa 5 est en rapport avec le coût du médicament. Alors que la version allemande parle de «preisgünstiges Arzneimittel», le texte français dit le médicament «le meilleur marché», «das preisgünstigste Arzneimittel». Le législateur ne

saurait exiger le meilleur marché, par contre, il est évident qu'il peut exiger le bon marché.
Je crois donc que ces deux divergences sont importantes et que la version allemande, avec la précision du destinataire de ce médicament adéquat et le fait que l'on parle de médicament bon marché et non pas le meilleur marché, permettrait d'apporter beaucoup plus de précision à cette disposition.
J'ai renoncé, pour ne pas compliquer le débat, Monsieur le Président, selon votre voeu, à déposer un «Rückkommensantrag» pour que l'on réexamine cet alinéa. Par contre, je me recommande à l'égard de M. le président de la Confédération et des services compétents pour que l'on discute très clairement de ces deux divergences entre la version française, qui ne me semble pas être la bonne, et la version allemande complétée avec la mention du destinataire, au sein de la commission du Conseil national et au Conseil national.
S'agissant maintenant de ma proposition à l'alinéa 6: dans l'optique de protéger autant que possible le médecin, qui a un pouvoir de décision considérable, contre les pressions – et nous les connaissons – et le marketing des industries pharmaceutiques, je vous propose non pas de contraindre le médecin, ce qui serait un pas extrême, mais de l'encourager à prescrire la substance active et pas le nom commercial des médicaments.
Il y a plusieurs avantages à cette pratique. Le médecin est le seul à établir le diagnostic, à choisir le traitement, la molécule médicamenteuse, la dose quotidienne et la durée du traitement. Le pharmacien est le spécialiste du marché des médicaments. Il peut proposer au patient une forme parfaitement adaptée à la situation de chacun. En termes de partage des tâches entre médecin et pharmacien, on se trouve en situation strictement identique à une substitution par un générique, ce que nous préconisons, ce que nous sommes tous d'accord de promouvoir. Mais il y a une grande différence: si le médecin prescrit la substance, il délègue officiellement le choix du meilleur fabricant au pharmacien, cette délégation étant visible pour le patient. Le pharmacien ne doit donc pas aller à l'encontre de la décision du médecin, ce qui est déjà un avantage, en remettant le générique le mieux adapté. Il le donne tout naturellement, ce qui évite toute détérioration de la relation de confiance entre le patient et son médecin ou son pharmacien. D'ailleurs, l'effort de modifier la prescription du médecin par une substitution de générique, comme le prévoit l'article 52a, est important. Une rémunération particulière pour ce travail du pharmacien, dans ce cas, est prévue à l'article 4a OPAS et dans la Convention tarifaire entre Santésuisse et les pharmaciens. Par contre, la remise du meilleur générique sur la base de la prescription de la substance médicamenteuse par le médecin ne donne pas lieu à une rémunération supplémentaire du pharmacien. Ne dites donc pas que, dans cette matière, nous sommes en train de défendre les intérêts des pharmaciens.
Conclusion sur ce point: c'est plus éthique du côté du médecin. Le choix du médicament sera fait en pharmacie, avec le patient, qui sera mieux motivé. Cela supprimera un frein important à la substitution par des génériques, ce qui, à la fin, sera moins cher, ce que nous voulons tous.
Je vous demanderai donc de soutenir ma proposition qui a passé sur le fond, et je tiens à le dire ici parce que ce n'est pas une élucubration de Cornu. Le président de la commission m'a dit que si on devait introduire un nouveau saint sur le calendrier, ce serait saint Jean-Claude, le saint des pharmaciens. Ce n'est pas du tout cela, Monsieur le Président de la commission, c'est simplement en vue d'aller encore fois vers une meilleure répartition des tâches et des compétences entre les différents intervenants en matière de santé.
Cette proposition a été adoptée par 75 voix contre 73 au Conseil national. Alors évidemment, toute la «Pharmaindustrie» m'est tombée sur le dos en disant: «Mais qu'est-ce que vous êtes en train de proposer? Vous remettez en cause des choses qui ne sont pas à remettre en cause; vous remettez en cause la liberté thérapeutique, la liberté de prescription du médecin.» Ce n'est pas du tout le cas. Nous essayons de mettre des barrières assez claires entre un certain monopole de compétence qui est celui du médecin, qui est le monopole du diagnostic, du choix de la thérapie, et le monopole de compétence, en quelque sorte, du pharmacien qui, lui, a la capacité de prescrire. Je suis étonné que les assurances-maladie ne soutiennent pas cette proposition, qui va pourtant dans le bon sens, celui d'une meilleure maîtrise des coûts de la santé. Je ne comprends pas pourquoi il y a une telle opposition du côté des assureurs-maladie, parce que, encore une fois, ça va dans le bon sens.
Nous avons longuement parlé ce matin de la loi sur les cartels, et, en matière de santé, nous ne sommes pas prêts à toucher à quelque monopole que ce soit ou à faire une meilleure classification entre les compétences de l'assureur-maladie – qui devrait être une compétence de régulation uniquement entre le patient et celui qui paie les prestations – et celles du fournisseur de prestations, c'est-à-dire à lui mettre un certain nombre de garde-fous pour éviter tous les dérapages.
J'ai compris, Monsieur le Président de la commission, comme l'avait dit Mme Dreifuss au Conseil national – même si elle a échoué, puisqu'on lui a donné tort, certes à deux voix de différence – que nous n'étions peut-être pas encore prêts pour ce grand changement de philosophie. Néanmoins, il me semblait important d'y revenir au stade actuel de la discussion. Il s'agit de préciser effectivement que ce changement d'attitude ne remettrait pas en cause la liberté de prescription thérapeutique du médecin, que cela ne remettrait pas en cause le pouvoir régulateur des caisses-maladie.
Je pense que soit la commission du Conseil national mènera une réflexion plus approfondie sur cette question, et qu'elle reprendra donc ma proposition, soit, si ce n'est pas le cas dans la révision actuelle, que nous mènerons au moins ce genre de réflexion neutre – en dehors de toute pression des intervenants, quels qu'ils soient – en matière de santé publique, dans le cadre de la révision ultérieure de la LAMal.
Pour avancer dans le débat, j'ai donc le plaisir de vous dire que je tiens à mon point de vue, que je crois en cette philosophie, mais que, pour l'instant, je retire ma proposition.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Der Antrag Cornu ist zurückgezogen worden.
Ich bitte den Kommissionssprecher, noch zu den Divergenzen zwischen dem deutschen und dem französischen Text Stellung zu nehmen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Herr Cornu hat Recht. Was er an Korrektur in der deutschen Fassung vorschlägt, ist eine Verdeutlichung dessen, was wir wollen. Wenn ich seine Bemerkungen zur französischen Übersetzung anhöre, sind bis zur Höhe der Académie française einige Verbesserungen möglich; die können aber im Nationalrat gemacht werden. Ich danke Ihnen für die Anregungen.

**Art. 53 Abs. 1**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 53 al. 1**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 56 Abs. 6**
*Antrag der Kommission*
Weist ein Versicherer gestützt auf statistische Grundlagen nach, dass ein Leistungserbringer bei Untersuchungen, Behandlungen oder Pflegemassnahmen von Versicherten die Durchschnittswerte vergleichbarer Leistungserbringer in erheblichem Masse überschreitet, und kann der Leistungserbringer den Nachweis nicht erbringen, dass dies durch eine erhebliche Abweichung in der Zusammensetzung seiner Pa-

tienten und Patientinnen begründet ist, kann der Versicherer zusätzlich zu einer Rückforderung nach Absatz 2 für diesen Leistungserbringer eine künftige Senkung des Tarifes oder die Anwendung einer anderen Tarifart verlangen.

*Antrag Berger*
Streichen

**Art. 56 al. 6**
*Proposition de la commission*
Si, en se fondant sur des données statistiques, un assureur prouve que, en matière d'examens, de traitements ou de soins d'assurés, un fournisseur de prestations dépasse considérablement les valeurs moyennes en comparaison des autres fournisseurs, et que le fournisseur de prestations ne peut pas apporter la preuve que cette situation est due à d'importantes différences dans la typologie de ses patients, l'assureur peut, en plus d'une demande de remboursement selon l'alinéa 2, exiger à l'avenir de ce fournisseur une baisse du tarif ou l'application d'un autre tarif.

*Proposition Berger*
Biffer

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich äussere mich zum Antrag der Kommission und gleich auch zum Antrag Berger. Es geht um die Frage der Wirtschaftlichkeit. In Artikel 42b haben Sie die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit festgelegt; in Artikel 56 Absatz 6 werden sie konkret für die Leistungserbringer wiederholt und verdeutlicht.
Frau Berger betrachtet diesen Vorschlag als überflüssig. Sie hat nicht ganz Unrecht. Es fragt sich, ob es nötig ist, den Artikel hier zu wiederholen und zu verdeutlichen. Ich meine, es sei zweckmässig. Ich möchte nicht in Abrede stellen, dass damit eine gewisse Wiederholung von Artikel 42b vorhanden ist. Aber insbesondere ist es die eingehendere Regelung für die Leistungserbringer.
Aus diesem Grunde möchte ich Sie bitten, an Absatz 6 festzuhalten. Dieser Inhalt soll geregelt sein, aber der Nationalrat möge prüfen, ob das statt in den beiden Artikeln 42b und 56 Absatz 6 nur in einer Bestimmung mit demselben Inhalt zu regeln sei oder ob man es so stehen lassen soll.
Die Anregung ist wertvoll, aber ich möchte Sie bitten, auf die Streichung zu verzichten, weil Sie sonst zu viel aus dem Apothekerglas schütten.

**Berger** Michèle (R, NE): Permettez-moi d'ajouter quelque chose à ce que vient de dire M. Frick. Ce n'était pas seulement l'article 52 que je visais avec ma proposition de biffer l'article 56 alinéa 6, mais notamment l'article 59 alinéa 3 qui est beaucoup plus directif que l'article 56.
J'ai écouté M. Couchepin, président de la Confédération, qui a dit qu'il ne fallait pas mettre des articles redondants dans une loi et que, s'il y en avait un qui était plus efficace qu'un autre, il fallait conserver le plus efficace des deux.
Mais je retire ma proposition et j'accepte celle de la commission.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

**Art. 59**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1, 2*
Festhalten
*Abs. 3*
Gegen Leistungserbringer, welche sich nicht an die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen nach den Artikeln 56 und 58 und an die bestehenden Verträge mit den Versicherern halten, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die Verwarnung, die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden, eine Busse sowie im Wiederholungsfall der vorübergehende oder definitive Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Der Entscheid liegt beim Schiedsgericht gemäss Artikel 89.

*Antrag Cornu*
*Abs. 2*
....
g. die Beeinträchtigung der freien Wahl des Patienten oder die Einflussnahme auf die Wahl eines Leistungserbringers mit dem Ziel, sich finanzielle Vorteile zu verschaffen;
h. Absprachen mit anderen Leistungserbringern mit dem Ziel, sich materielle oder finanzielle Vorteile zu verschaffen oder das Gesetz zu umgehen.

**Art. 59**
*Proposition de la commission*
*Al. 1, 2*
Maintenir
*Al. 3*
Les fournisseurs de prestations qui ne se conforment pas aux exigences du caractère économique de la garantie de la qualité des prestations prévues par les articles 56 et 58 ainsi que les conventions avec les assureurs font l'objet de sanctions. Celles-ci comportent l'avertissement, la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriées, l'amende, et l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de récidive. Le tribunal arbitral au sens de l'article 89 en décide.

*Proposition Cornu*
*Al. 2*
....
g. l'entrave au libre choix du patient ou l'usage d'influence sur le choix d'un fournisseur de prestation dans le but d'obtenir des avantages pécuniers;
h. la conclusion d'accords de compérage avec d'autres fournisseurs de prestations dans le but d'obtenir des avantages matériels ou pécuniers ou afin de contourner la loi.

*Abs. 2 – Al. 2*

**Cornu** Jean-Claude (R, FR): Avec cette proposition, j'aimerais toucher à des pratiques que j'estime quand même scandaleuses, car je suis issu d'une région de Suisse dont la législation est conforme au droit européen.
En effet, la directive européenne sur la publicité concernant les médicaments exige qu'il soit garanti que le médecin, lorsqu'il prescrit un médicament, soit libre de toute influence pécuniaire ou matérielle. Nous avons certes introduit ce genre de cautèle à l'article 33 de la loi sur les produits thérapeutiques qui reflète ce souci du législateur; mais malheureusement, cet article n'est pas assez clair pour être incontournable dans tous les cas. Soyons donc plus clairs. De la plume du médecin – les médecins sont aussi mes amis, comme les assureurs-maladie – s'écoule de l'encre dorée qui détermine le chiffre d'affaires des fabricants, mais aussi du médecin lui-même lorsqu'il vend ce qu'il prescrit, et on sait que malheureusement cette pratique a largement cours dans nombre de cantons. De lui dépendent aussi les grossistes répartiteurs et les pharmacies. Le pouvoir et le monopole de prescription du médecin est tout naturellement l'objet de toutes les convoitises, ce qui expose le médecin et ses patients à plusieurs risques évidents. Le médecin peut céder à deux types de pression: 1. la corruption directe par un fabricant récompensant la prescription de ses produits, et cela existe; 2. la mise en place, d'entente avec un pharmacien, d'un système de récompense réciproque; le médecin envoie ses patients ou ses ordonnances à une pharmacie précise et la pharmacie récompense de diverses manières le médecin; nous appelons cela le compérage, qui est, je le dis, largement proscrit dans les normes européennes.
Le patient court deux dangers évidents. Si le médecin a un intérêt financier à prescrire ou à vendre un médicament plu-

tôt qu'un autre, le patient ne peut pas juger s'il a reçu le plus adéquat pour sa maladie. Si le médecin influence son patient quant au choix de la pharmacie, ce que certains ne se gênent pas de faire – utiliser la pharmacie postale, la pharmacie «Zur Rose» dont on avait beaucoup parlé dans le cadre de la loi sur les produits thérapeutiques –, le patient peut difficilement résister vu la relation de soumission évidente qui règne dans le cabinet médical. Si le patient ne reçoit pas en main propre une ordonnance médicale, et que c'est le médecin lui-même qui l'envoie à tel ou tel délivreur de médicaments, il est privé de toutes ses libertés: de refuser le traitement, de s'informer, de se laisser motiver, de demander une seconde opinion, de vérifier s'il n'a pas déjà ce médicament à la maison, de choisir librement sa pharmacie et d'avoir un dossier complet dans sa pharmacie habituelle, ce qui est, vous en conviendrez, source de sécurité.
Dans tous les cantons romands, dans les nouvelles lois sur la santé, le compérage est interdit et il est punissable; et les règles de déontologie interdisent au pharmacien d'influencer le patient quant au choix du médecin et au médecin d'influencer le patient quant au choix de son pharmacien. C'est dans ce but que j'estime qu'un fournisseur de prestations qui cède à ces tentations est clairement un mouton noir qui mérite des sanctions. Il est très important que ces notions figurent dans une loi fédérale, sinon les quelques lois cantonales qui prévoient la défense de l'éthique pourraient être annihilées sur simple évocation de la loi fédérale sur le marché intérieur.
Je demande à celles et à ceux d'entre vous qui sont encore présents dans la salle – vous n'êtes plus très nombreux! –, qui, comme moi, veulent une concurrence éthique, de soutenir ma proposition ou de présenter une proposition dont l'effet serait identique. Cela serait une bonne raison pour les assureurs-maladie d'exclure tel ou tel mouton noir sur la base de faits concrets et avérés, plutôt que sur la base de simples statistiques qui seraient beaucoup plus aléatoires.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 59 regelt, unter welchen Voraussetzungen ein Leistungserbringer vom Versicherer oder von Verbänden von Versicherern ausgeschlossen werden kann.
Aus welchen wirtschaftlichen Gründen kann das geschehen? Das Verfahren und der Grundsatz sind in Absatz 1 geregelt. Absatz 2 ist lediglich eine Aufzählung von wichtigen Gründen; es sind Beispiele wichtiger Ausschlussgründe, die heute besonders stossend sind.
Nun nennt Herr Cornu in seinem Antrag als Absatz 2 Buchstaben g und h zwei weitere Fälle; beide sind in der Tat stossend und rechtfertigen den Ausschluss eines Leistungserbringers. Der Antrag hat der Kommission nicht vorgelegen. Es sind Fälle, die offenbar in der Westschweiz viel akuter sind als in der Deutschschweiz. Der Antrag scheint mir gerechtfertigt. Die Fälle verdienen es, in diese Aufzählung aufgenommen zu werden.
Ich bitte Sie, dem Antrag Cornu stattzugeben.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous ne nous opposons pas à cette proposition qui, comme l'a dit M. Frick, répond à des cas qui sont avérés. Par contre, nous nous réservons la possibilité d'améliorer le texte lors des débats au Conseil national, si vous l'adoptez.

*Angenommen gemäss Antrag Cornu*
*Adopté selon la proposition Cornu*

*Abs. 1, 3 – Al. 1, 3*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Absatz 3 ist ebenfalls neu. Die Kommission hat ihn eingefügt und legt damit die Stufenfolge der Massnahmen fest, von der schonenden bis zur schärfsten. Die Festlegung des Massnahmenkatalogs scheint der Kommission zweckmässig.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 60**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 4*
Die Versicherer erstellen für jedes Geschäftsjahr einen Geschäftsbericht, der sich aus Jahresbericht und Jahresrechnung zusammensetzt. Der Bundesrat legt fest, in welchen Fällen zusätzlich eine Konzernrechnung zu erstellen ist.
*Abs. 5*
Der Geschäftsbericht ist nach den Vorschriften des Obligationenrechtes über die Aktiengesellschaften und nach den Bestimmungen dieses Gesetzes zu erstellen.
*Abs. 6*
Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften, insbesondere über die Rechnungsführung, die Rechnungsablage, die Rechnungskontrolle, den Geschäftsbericht, die Reservebildung und die Kapitalanlagen. Er legt insbesondere fest, wie der Geschäftsbericht zu veröffentlichen oder der Öffentlichkeit zugänglich zu machen ist.

**Art. 60**
*Proposition de la commission*
*Al. 4*
Les assureurs établissent pour chaque exercice annuel un rapport de gestion qui se compose du rapport annuel et des comptes annuels. Le Conseil fédéral fixe les conditions dans lesquelles des comptes de groupe doivent être établis.
*Al. 5*
Le rapport de gestion est dressé conformément aux prescriptions du Code des obligations sur les sociétés anonymes et à celles de la présente loi.
*Al. 6*
Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, le rapport de gestion, la constitution des réserves et les placements des capitaux. Il règle en particulier les modalités selon lesquelles le rapport de gestion est publié ou rendu accessible au public.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es ist Ihrer Kommission wichtig, dass die Rechnungen der Krankenversicherer transparent gestaltet sind. Mit diesen drei Absätzen tragen wir diesem Anliegen Rechnung. Die Abschlüsse der Krankenversicherer werden transparent; es sind grundsätzlich die Bestimmungen des Obligationenrechtes über Aktiengesellschaften anwendbar. Wir schaffen einen wesentlichen Gewinn an Klarheit und Übersichtlichkeit zugunsten der Versicherer als auch der Behörden.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 61 Abs. 3bis**
*Antrag der Minderheit*
(Brunner Christiane, Saudan, Studer Jean)
Bei der Familienversicherung ist das zweite Kind zu 50 Prozent prämienpflichtig; für das dritte und die weiteren Kinder müssen keine Prämien entrichtet werden.

**Art. 61 al. 3bis**
*Proposition de la minorité*
(Brunner Christiane, Saudan, Studer Jean)
Concernant l'assurance des familles, le deuxième enfant bénéficie d'un allègement de 50 pour cent de la prime, le troisième et les suivants de la gratuité.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich möchte Ihnen beliebt machen, dass wir die Bestimmung von Artikel 61 Absatz 3bis mit den späteren Bestimmungen betreffend die Prämienverbilligung in Artikel 65 behandeln. Denn Mehrheit und Minderheit regeln nur die Frage, wie diese Prämien finanziert werden sollen – von den Krankenkassen oder aus den Beiträgen der Prämienverbilligung? Nachdem wir eine zusammenhängende Reihe von Artikeln über die Prämienverbilligung haben, beantrage ich, dass wir das dort gesamthaft beraten.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Sie sind damit einverstanden, dass wir Artikel 61 Absatz 3bis zusammen mit Artikel 65 behandeln.

*Verschoben – Renvoyé*

**Art. 61a**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1–3, 5*
Festhalten
*Abs. 4*
Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht vollständig bezahlt haben, können sie in Abweichung von Artikel 7 den Versicherer nicht wechseln. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleiben vorbehalten.

*Antrag Berger*
*Abs. 2*
.... bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer .... kantonale Stelle sowie die vertraglichen Leistungserbringer des betreffenden Kantons über den Leistungsaufschub.
*Abs. 2bis*
Die Leistungserbringer sind verpflichtet, gegenüber Versicherten, die von einem Leistungsaufschub gemäss Absatz 2 betroffen sind, in jedem Falle die Notfallversorgung sicherzustellen. Unter Notfallversorgung sind therapeutische Massnahmen zur Schmerzlinderung, zur Abwendung einer Lebensgefahr und zur Abwendung von Folgeschäden zu verstehen. Konnte der Leistungserbringer für seine Versorgung innerhalb eines Jahres nicht entschädigt werden, kann er sie über den Versicherer des betreffenden Patienten der gemeinsamen Einrichtung gemäss Artikel 18 belasten.

**Art. 61a**
*Proposition de la commission*
*Al. 1–3, 5*
Maintenir
*Al. 4*
Tant que les assurés en demeure n'ont pas payé entièrement les primes ou les participations aux coûts qui sont dues, ils ne peuvent changer d'assureurs, en dérogation avec l'article 7. L'article 7 alinéas 3 et 4 demeurent réservés.

*Proposition Berger*
*Al. 2*
.... l'exécution de l'obligation d'assurance ainsi que les fournisseurs de prestations du canton concerné avec lesquels il est en contrat.
*Al. 2bis*
Les fournisseurs de prestations sont tenus d'accorder dans tous les cas les soins d'urgence ou vitaux pris en charge par l'assurance obligatoire de soins aux assurés touchés par une suspension de prestations au sens de l'alinéa 2. Sont considérés comme soins urgents ou vitaux toutes mesures thérapeutiques destinées à soulager la douleur, à combattre un risque vital ou à éviter des séquelles. Si le fournisseur de prestations n'a pas pu être dédommagé pour ses soins dans un délai d'une année après les avoirs prodigués, il peut les facturer à l'institution commune selon l'article 18 via l'assureur du patient concerné.

**Berger** Michèle (R, NE): Suite à une discussion que j'ai pu avoir avec M. Britt ce matin encore et la garantie qu'il m'a donnée de s'occuper du problème des patients réputés non solvables, mis aux poursuites, porteurs d'actes de défaut de biens, et qui devraient tout de même pouvoir être soignés, je vais retirer ma proposition à l'article 61a. Mais je souhaite que ce problème soit résolu dans le cadre des travaux de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national.
J'avais déjà soulevé ce problème lors de notre premier débat d'entrée en matière, mais sans résultat apparent. C'est pourquoi je suis revenue à la charge aujourd'hui de façon à pouvoir mettre ce problème en évidence. Il faut savoir que, même si plusieurs cas peuvent être réglés par conventions, il y a des situations où des fournisseurs de soins sont confrontés au fait que l'assureur-maladie retire sa garantie de paiement conventionnelle à un patient. Dans ce cas, le fournisseur de soins supporte seul, tant le problème de conscience professionnelle qui est d'offrir des soins en sachant qu'il ne sera pas payé, que le risque d'entreprise qu'on veut lui faire courir et que certains seront tentés de mettre en pratique, c'est-à-dire de trier les patients solvables de ceux qui ne le sont pas, ou encore, pour se simplifier les difficultés administratives, de les envoyer à l'hôpital à charge des collectivités publiques.
Ce que je souhaite obtenir par cette proposition, c'est que même lorsque le patient se trouve en situation de faillite, d'endettement, de suspension de prestations de l'assurance, il ne se voie pas refuser des soins essentiels. L'argument qui m'a été donné que l'article 41 alinéa 2 règle la prise en charge des prestations fournies en urgence par un fournisseur de prestations non contractant, n'est pas la réponse à la question. Il s'agit ici du delcredere sur des prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance obligatoire de base, mais pour lesquelles le fournisseur de prestations n'est jamais payé, car le patient est porteur, justement, comme je l'ai dit, d'actes de défaut de biens. S'il n'est pas payé, c'est que, dès qu'il appartient au service social du canton de payer les primes d'un tel assuré, l'assureur, au lieu de payer le fournisseur de soins pour ses prestations, se rembourse les arriérés de primes, et, s'il n'y a plus d'argent, il s'arrête là.
Alors, dans un système de concurrence, je doute que beaucoup de vocations de Pestalozzi se généralisent. C'est pourquoi il est impératif de garantir à tout patient de ne pas se voir refuser des soins par un fournisseur de prestations; mais il faut également garantir à ce dernier que ses prestations seront remboursées conformément à l'esprit de la loi. D'où l'idée d'une garantie subsidiaire par l'institution commune qui nous paraît répondre à cette demande. Mais, il est vrai, nous en convenons, cela mérite un examen plus approfondi qu'une discussion en plénum.
C'est pourquoi je retire ma proposition, mais en souhaitant qu'elle soit reprise au niveau de la commission homologue du Conseil national.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Der Antrag Berger ist zurückgezogen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich möchte Ihnen das Motiv zu Absatz 4 darlegen. Säumige Krankenkassenprämienzahler erliegen oft der Versuchung, einen «Tourismus» von der einen zur nächsten Kasse zu vollziehen, um immer wieder eine kurze Weile profitieren zu können. Das entspricht nicht dem Sinn des Gesetzes und führt zu unnötigen administrativen Aufwendungen, zu unerfreulichen Situationen bei den Leistungserbringern als auch bei den Versicherern. Wir möchten das unterbinden.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

**Art. 62 Abs. 3**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 62 al. 3**
*Proposition de la commission*
Maintenir

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich möchte auf einen redaktionellen Fehler in Artikel 62 Absatz 3 hinweisen. Nachdem wir Artikel 66a zu streichen beantragen – das ist nicht bestritten –, müsste Artikel 105 genannt sein und nicht

Artikel 66a. Ich bitte, dass man das im Nationalrat dann entsprechend korrigiert.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Herr Frick hat festgestellt, dass in Absatz 3 von Artikel 62 nicht der Artikel 66a, sondern der Artikel 105 aufgeführt werden muss. Sie sind damit einverstanden, dass wir Artikel 62 Absatz 3 mit dieser Änderung beschliessen.

*Angenommen gemäss modifiziertem Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition modifiée de la commission*

**Art. 64**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 2*
Diese Kostenbeteiligung besteht aus:
a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Leistungen, die im Rahmen einer im Sinne von Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f besonderen Versicherungsform bezogen werden, sowie für sämtliche Leistungen, sofern der Versicherte an einem Ort wohnt, an welchem diese Versicherungsform nicht angeboten wird;
c. 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), sofern die Leistungen nicht gemäss Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b bezogen werden.
*Abs. 3*
Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Dieser entspricht mindestens dem zweifachen ordentlichen Betrag für Leistungen, die nicht im Rahmen einer im Sinne von Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f besonderen Versicherungsform erbracht werden.

*Antrag Berger*
*Abs. 2*
....
b. .... an welchem diese Versicherungsform nicht angeboten wird oder keine Auswahl zulässt.
*Abs. 9*
Geschenke des Leistungserbringers an den Patienten, welche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Kosten verursachen, sind verboten, insbesondere dann, wenn sie vom Betrag dieser Kosten abhängen oder bar ausbezahlt werden.

*Antrag Béguelin*
*Abs. 2, 3*
Streichen (= geltendes Recht)

**Art. 64**
*Proposition de la commission*
*Al. 2*
Leur participation comprend:
a. un montant fixe par année (franchise); et
b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) pour les prestations qui sont sollicitées dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 13 alinéa 2 lettre f ainsi que pour toutes les prestations sollicitées par un assuré qui réside en un lieu où cette forme d'assurance n'est pas offerte;
c. 20 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part), dans la mesure où les prestations visées à l'article 64 alinéa 2 lettre b ne sont pas sollicitées.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part. Ce montant correspond au moins au double du montant ordinaire pour les prestations qui ne sont pas fournies dans le cadre d'une forme d'assurance particulière au sens de l'article 13 alinéa 2 lettre f.

*Proposition Berger*
*Al. 2*
....
b. .... ainsi que toutes les prestations sollicitées par un assuré qui réside en un lieu où cette forme d'assurance n'est pas offerte ou se limite à un seul choix.
*Al. 9*
Les cadeaux offerts par les fournisseurs de prestations aux patients qui occasionnent des frais à la charge de l'assurance obligatoire de soins sont interdits, en particulier lorsqu'ils dépendent du montant de ces coûts ou sont versés en espèces.

*Proposition Béguelin*
*Al. 2, 3*
Biffer (= droit actuel)

*Abs. 2, 3 – Al. 2, 3*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich beantrage Ihnen, dass ich zuerst kurz erläutere, welches das System der Kommission ist; nachher begründen die beiden Antragsteller ihre Einzelanträge, und wir debattieren anschliessend.
Ich habe Ihnen unter Artikel 13 Absatz 2 das System der Franchise und des Selbstbehaltes dargelegt. Artikel 64 hat einen direkten Zusammenhang mit der Verstärkung der Netzwerke, welche wir mit dieser Revision vornehmen wollen. Netzwerke, das sei vorweg klargestellt, sind – auch wenn es früher allenfalls, insbesondere im Ausland, so gewesen ist – in der Schweiz keine Zweitklassmedizin. Netzwerke sind eine organisierte Abfolge aller Leistungserbringer, vom Allgemeinpraktiker über Spezialisten zum Spital bis zur Rehabilitation. Sie sind allerdings besser vernetzt und organisiert, haben eine Budgetverantwortung und sind daher geeignet, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen.
Ich habe Ihnen das letzte Mal dargelegt, dass wir Anreize schaffen wollen – sowohl für Leistungserbringer als auch für Patienten –, diese Netzwerke zu beanspruchen. Für die Leistungserbringer haben wir dies beim Vertragsprinzip geregelt, indem nämlich Leistungserbringer in einem Netzwerk Priorität für einen Vertragsabschluss mit den Versicherern haben. Nun brauchen wir aber auch einen Anreiz für die Patienten, hier mitzumachen. Unser Anreiz ist folgender: Wer in einem Netzwerk mitmacht, hat neben der Franchise von heute 230 Franken einen Selbstbehalt von 10 Prozent. Der Selbstbehalt von 10 Prozent soll bleiben, wenn der Patient das Netzwerk beansprucht. Wenn er nicht von einem Netzwerk Gebrauch machen, sondern in der Wahl jedes Leistungserbringers völlig frei sein will, dann muss er mit einem Selbstbehalt von 20 Prozent rechnen. Das ist der Anreiz, den wir schaffen wollen.
In der Wirkung hat jeder Patient eine erstklassige Versorgung zugute. Wir sind der Überzeugung, dass die heutigen Netzwerke eine erstklassige Versorgung gewähren. Aber wir erwarten auch vom Patienten, einen Beitrag an die Kostendämmung zu leisten. Diesen Beitrag kann er leisten, indem er von einem solchen Netzwerk Gebrauch macht.

**Berger** Michèle (R, NE): Est-ce que vous permettez que je développe mes propositions à l'alinéa 2 lettre b et à l'alinéa 9 ensemble? ou préférez-vous que je les développe séparément?

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Die beiden Anträge sollten separat begründet werden.

**Berger** Michèle (R, NE): J'ai bien compris que le but est d'introduire une incitation forte afin que les assurés adoptent un modèle particulier d'assurance – MPA –, avec limitation volontaire du choix du fournisseur de prestations. Pour cela, au lieu d'accorder des rabais de primes à ceux qui optent pour un modèle de ce genre, vous préférez augmenter la franchise et la participation de ceux qui n'acceptent pas un tel modèle d'assurance.

Je vous prie de me corriger si j'ai fait une erreur de raisonnement jusqu'ici. Si ce n'est pas le cas, alors vous aurez un problème pratique. Vous aurez des régions où certains assureurs-maladie offriront ces modèles d'assurance particulière mais pas votre assureur. Cela posera un problème d'équité. Ou alors, si votre assureur parvient enfin à développer un tel modèle dans votre région, vous aurez le choix de l'accepter, d'accepter que le montant de votre franchise et votre participation s'envolent, ou de changer d'assureur. Je pense sincèrement que la simple présentation au public de ces deux scénarios gonflerait la liste des partisans d'un référendum.

Ma proposition de modification prévoit que la sanction sous forme de hausse de franchise et de participation ne s'applique que si votre assureur offre au moins deux de ces nouveaux modèles et que vous faites la fine bouche. Si vous partagez ma conviction que d'obliger à prendre un modèle ou d'être forcément sanctionné est trop arbitraire, alors je vous engage à soutenir ma proposition.

A l'article 64 alinéa 9, je me rallie à l'analyse de M. Cornu concernant le laxisme des responsables de l'application de la loi, quand ce n'est pas de la complicité dans l'illégalité, de la part de certains assureurs-maladie notamment. Dans le domaine des participations voulues par la législation à l'article 64, dans le but éducatif et d'incitation des patients à la parcimonie, nous sommes en pleine contradiction. Pourtant, lors de la première révision partielle de la LAMal, nous avons introduit une série d'articles visant à introduire des sanctions envers ceux qui rembourseraient ou réassureraient cette quote-part.

En effet, malgré une volonté politique de notre Parlement, absolument sans équivoque sur les objectifs de la participation, il y a encore toujours certaines pharmacies par exemple qui se vantent ouvertement de rembourser la quote-part.

Du côté des autorités, on se renvoie la balle sans cesse entre l'OFAS, assureurs, police du commerce des cantons. L'OFAS a enjoint aux assureurs de récupérer les quotes-parts remboursées, car elles constituent un rabais qui doit être soustrait des prétentions de l'assuré envers l'assureur.

Alors qu'on attendrait des assureurs des actes de contrôle, voilà que certains font, même eux, la proposition de cadeau en espèces aux assurés qui générerait un certain montant de frais de médicaments par année auprès des pharmacies postales.

L'autorité de surveillance des assureurs étant l'OFAS lui-même, on pouvait s'attendre enfin à une intervention conforme au droit. Eh bien! non, on tergiverse sur la valeur modeste de tels cadeaux, confondant ainsi les normes anticorruption de la loi sur les produits thérapeutiques avec l'équité devant la loi. De telles complicités sont malheureusement réalité.

Maintenant, il faut mettre de l'ordre dans cet imbroglio ou la mauvaise volonté règne. Avec ma proposition, il n'est plus possible de tergiverser.

Je vous prie de vous rallier à mon analyse concernant de tels cadeaux, indépendamment de la valeur qu'ils représentent.

Premièrement, c'est contraire au principe de solidarité. Si on récompense par des cadeaux en espèces un assuré qui a généré des coûts à charge de l'assurance-maladie, ce cadeau devrait revenir solidairement aussi aux assurés qui n'ont généré aucune dépense, par chance ou par leur comportement responsable.

Deuxièmement, faire dépendre un cadeau en espèces du montant des dépenses provoquées est un encouragement direct à l'augmentation des coûts, totalement contraire aux buts de la LAMal et punissable.

Troisièmement, par rapport à tous les autres fournisseurs de prestations qui respectent ce droit, laisser faire de telles pratiques constitue une évidente concurrence déloyale qu'il convient de sanctionner avec vigueur.

Vous avez l'occasion aujourd'hui de rétablir l'équité devant le droit et je vous demande de soutenir ma proposition.

**Béguelin** Michel (S, VD): Au niveau des principes, Monsieur Frick, je n'ai évidemment rien contre le système des réseaux de santé, cela me paraît même être une option très intéressante et il faut l'encourager. Mais, malheureusement, le système est très peu répandu dans notre pays. Par conséquent, il n'offre pratiquement aucun choix à la très grande majorité des assurés et fait reposer sur eux seuls pratiquement la pression financière qui devrait encourager les fournisseurs de soins à créer des réseaux de santé. Une fois de plus, les assurés seraient les tondus.

La lecture attentive des procès-verbaux des séances de la commission est révélatrice à cet égard. J'en extrais les déclarations suivantes de M. Britt, déclarations qui confirment les difficultés de mise en place des réseaux de santé: «In der Tat stimmen zwei Dinge nicht: Auf der einen Seite gibt es Gruppen von Leistungserbringern, die um keinen Preis teilnehmen wollen. Das Netzwerk Thurgau war ein solcher Fall. Es gibt aber auch Versicherer, die in bestimmten Regionen nicht anbieten wollen, weil es dort weniger attraktiv ist. Heute sind Netzwerke primär auf die Agglomerationen konzentriert.»

Ainsi, il est prouvé que la décision de mise en place de réseaux de soins dépend exclusivement soit de la volonté des fournisseurs de soins, soit de celle des assureurs-maladie; dans les deux cas, l'intérêt économique des deux acteurs est absolument déterminant. Dans ce jeu, les assurés sont hors course. Dans ces conditions, vouloir faire supporter aux assurés le poids de l'incitation financière pour créer les réseaux de santé, c'est se tromper de cible.

Un autre aspect, c'est la question des agglomérations. Bien sûr, l'intérêt économique pour les réseaux de santé concentre la demande dans les agglomérations. La commission prévoit bien que dans les régions périphériques, qui n'auraient pas de réseau de santé, l'amende imposée aux assurés ne serait alors pas perçue. Mais qui détermine la dimension de la région, de l'agglomération? Qui en fixe les limites? Qui évalue la fiabilité du ou des réseaux et leur efficacité? On nage dans l'arbitraire le plus total, agrémenté de charges administratives de contrôle démultipliées.

Une autre citation est très éclairante, elle est extraite du communiqué de presse du Conseil de la santé interpartis, du 27 février 2003. Le Conseil de la santé interpartis est une officine radicale – je le suppose à voir ses membres –, mixte, d'accord, puisqu'elle est interpartis, *(Remarque intermédiaire Berger: Radicalo-mixte!)* en principe donc sérieuse. «Une étude sur mandat du Conseil de la santé et placée sous la direction de Robert E. Leu, professeur à l'Institut d'économie de l'Université de Berne, concernant la relation coûts/prestations actuelle, montre que les incitations financières, valables aussi bien pour les médecins pratiquant, les hôpitaux, les caisses-maladie et les consommateurs de prestations médicales, sont erronées.»

Cette citation confirme les conclusions de trois autres études indépendantes – je tiens les références à disposition des personnes intéressées – effectuées aux Etats-Unis, au Canada et en France. Les conclusions se rejoignent sur un point: lorsque les assurés sont trop pénalisés par leur participation aux frais médicaux, ils retardent le plus possible l'intervention médicale, ce qui débouche sur des traitements à la fois urgents et plus importants, donc plus coûteux. On aboutit ainsi à un non-sens économique.

Pour toutes ces bonnes raisons, je vous invite à soutenir ma proposition de maintenir le droit en vigueur pour ce qui concerne la participation aux coûts. Il ne faut pas pénaliser encore plus les assurés qui doivent déjà s'acquitter de la plus forte participation personnelle d'Europe aux coûts de la santé.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich äussere mich kurz zu beiden Anträgen. Frau Berger verlangt, dass die Versicherer ihren Versicherten eine Auswahl an Netzwerken anbieten müssen. Das Prinzip in Artikel 64 ist folgendes: Wo die Versicherung ein Netzwerk anbietet, hat der Versicherte bzw. der Patient die Möglichkeit, davon Gebrauch zu ma-

chen. Wenn er davon Gebrauch macht, bleiben ihm nur 10 Prozent Selbstbehalt, wenn er nicht davon Gebrauch macht, 20 Prozent. Wenn die Versicherung kein Netzwerk anbietet, bleiben dem Patienten immer nur 10 Prozent Selbstbehalt, denn er soll ja nicht entgelten, dass ihm die Versicherung diese Möglichkeit nicht anbietet.
Nun sagt Frau Berger in ihrem Antrag zu Absatz 2 Litera b, dass die Versicherung mehrere Netzwerke anbieten muss; der Patient muss eine Auswahl an verschiedenen Netzwerken haben. Diese Auswahl hat er aber nur bei einer, nämlich bei seiner Versicherung. Im Ergebnis heisst das: Die Versicherung muss an jedem Ort verschiedene Netzwerke anbieten. Dazu muss ich feststellen: Das ist eine Aushöhlung der Idee. In sehr vielen Fällen wird es der Versicherung nämlich nicht möglich sein, beispielsweise in ländlichen Gebieten, zwei Netzwerke anzubieten.
Aus diesem Grund bitte ich Sie, dem Antrag Berger zu Absatz 2 Buchstabe b nicht zu folgen, weil er das richtige Prinzip aushöhlt. Bei Absatz 9 – dazu kommen wir später – sieht es aber wesentlich anders aus; für diesen Antrag haben wir mehr Sympathie.
Zum Antrag Béguelin: Der Antragsteller ist im Prinzip mit uns einverstanden, möchte nach seinen Worten aber die Versicherten schützen. Er hat zwei Fälle genannt, nämlich jenen, wo quasi die Ärzteschaft in einem Kanton das Netzwerk boykottiert und sagt: Wir machen nicht mit. Für diesen Fall haben wir beim Vertragsprinzip vorgesorgt, indem jene, die in einem Netzwerk mitmachen, prioritär Anspruch auf einen Vertrag bei den Versicherern haben. Also dürfte sich der Fall aus dem Kanton Thurgau, den er genannt hat, unter dem revidierten KVG nicht wiederholen. Im zweiten Fall, wo die Versicherungen kein Netzwerk anbieten, sind sie selber schuld, indem der Patient eben nur 10 Prozent Selbstbehalt beiträgt. Ich glaube also, Ihre Bedenken sind an sich berechtigt. Aber das Gesetz trägt ihnen gebührend Rechnung, sodass ich glaube, dass Ihr Antrag nicht mehr nötig ist.

**Saudan** Françoise (R, GE): Avec cette disposition, nous sommes vraiment au coeur du problème. Suivant les décisions que nous prendrons, il sera possible de maîtriser ou non le coût de la santé. C'est vraiment une «Kernfrage». Pourquoi? Tout simplement parce que, jusqu'à présent, nous avons eu beaucoup de soucis de préserver pour les assurés l'accès au catalogue de prestations. Nous étions tous unis pour dire que toucher au catalogue de prestations n'était pas la bonne formule; quant à toucher également aux franchises, j'ai une certaine réserve, Monsieur le Président de la Confédération, parce qu'on sait qu'augmenter les franchises peut avoir un effet pervers sur la politique de prévention en matière de santé, que nous devrons d'une manière ou d'une autre aussi développer dans ce pays.
Mais, maintenant, en posant clairement la question du coût du libre choix total et du libre accès à tous les fournisseurs de soins, nous mettons vraiment le doigt sur quelque chose d'extraordinairement important. On a beaucoup entendu parler de concurrence: il faut savoir, et c'est un effet pervers de l'obligation de contracter, qu'un assuré est sûr d'être toujours remboursé – sauf les cas évoqués par Mme Berger, mais qui, dans certains cantons, sont de toute façon pris en charge par les autorités cantonales.
Quand un fournisseur de soins veut jouer le rôle de gendarme que la loi lui autorise à jouer, ou quand un assureur-maladie veut jouer ce rôle, de toute façon si l'assuré, lui, ne l'accepte pas, qu'est-ce qu'il fait? Il change de caisse-maladie et il est sûr d'être remboursé. On a là un effet pervers de l'obligation de contracter. Au médecin qui discute avec son patient et qui lui dit: «Vous n'avez pas besoin d'aller chez un spécialiste», le patient, ne se sentant pas sûr, notamment parce qu'il bénéficie d'une information infiniment plus abondante qu'il y a quelques années, dira: «Docteur, vous êtes bien gentil, moi, je consulte le spécialiste dont m'a parlé X ou Y.» Et de toute façon, il sera remboursé par sa caisse-maladie.
J'en veux pour preuve le rapport qui avait été établi par le Conseil fédéral «L'assurance-maladie sociale. Analyse» à la suite de la fameuse séance du Conseil fédéral du 22 mai 2002. Dans le chapitre 4, «Facteurs influant sur le rapport thérapeutique entre patients et médecins», qui est un chapitre clé parce qu'il est au coeur de la réflexion sur les réseaux de santé, qu'écrit le Conseil fédéral? «Les patients sont pourtant tout à fait capables d'imposer leurs désirs et leurs exigences aux fournisseurs de prestations. Une étude récemment publiée analyse pour la première fois les prestations médicales que les patients réclament directement à leur médecin traitant. Dans 34 pour cent des consultations, le patient a émis le souhait de bénéficier d'au moins une prestation supplémentaire. Le médecin traitant a accédé à sa demande pleinement dans 75,7 pour cent des cas et partiellement dans 18,7 pour cent des cas.» C'est-à-dire que le patient, dans le système actuel, peut imposer ses désirs aux fournisseurs de soins. Les auteurs évaluent à 2,5 milliards de francs pour l'année 2002 les coûts à la charge de l'assurance de base entraînés par ces offres induites, ce qui correspond à 17 pour cent des coûts totaux remboursés par les assureurs au titre de l'assurance de base.
J'ai le privilège de présider un réseau de santé à Genève depuis plus de cinq ans. J'ai donc pu en tirer un certain nombre de conclusions. Lors de la dernière assemblée générale qui réunissait 120 généralistes et internistes à Genève sur 200 membres de ce réseau et sur environ 300 généralistes que nous avons, j'ai posé clairement la question suivante: «Dans le fond, le but de notre réseau de santé, c'était d'assurer la qualité des soins et de rétablir des rapports de confiance entre le médecin et le patient. Quand vous discutez avec vos patients et que vous leur dites que telle ou telle prestation ou le recours à un spécialiste n'est pas nécessaire, dans combien de cas avez-vous un écho favorable?» Ils ont commencé par me dire que, quand ils convainquaient un ou deux patients sur dix de renoncer à une prestation, c'était un grand succès.
Je ne cache pas la difficulté qui a été évoquée par M. Béguelin de mettre en place un tel système. Il est beaucoup plus développé en Suisse alémanique; il est balbutiant en Suisse romande. Mais j'estime que c'est une des rares voies qui nous permettra de maîtriser les coûts de la santé. Monsieur Béguelin, vous nous dites que nous pénalisons les assurés. Ce n'est pas du tout le cas! Nous disons aux assurés: «Le libre choix total a un coût, et ce coût ne peut plus être supporté par l'ensemble du système de santé. Nous ne vous privons de rien. Vous gardez votre libre choix, votre libre accès. Même si vous êtes dans un réseau de santé et si le spécialiste ou le fournisseur de prestations – puisqu'on vise à terme à mettre sur pied des réseaux comme ils existent en Suisse alémanique, qui englobent vraiment l'ensemble des fournisseurs de soins – ne vous convient pas ou si vous avez des rapports de confiance avec un autre fournisseur de soins, vous serez libre de le consulter. Simplement, votre quote-part sera de 20 pour cent au lieu d'être de 10 pour cent, et elle sera limitée à 1200 francs au lieu de 600 francs.» Nous ne pénalisons pas les assurés, nous disons simplement que, face à l'ampleur des problèmes auxquels nous sommes confrontés, si nous voulons maintenir le catalogue des prestations tel qu'il existe, si nous voulons limiter autant que possible le recours à l'augmentation du montant des franchises, c'est – au bout de cinq ans durant lesquels j'ai beaucoup travaillé sur ces problèmes-là – la seule voie qui me semble raisonnable et acceptable par la population. Je ne cache pas les difficultés qu'il y aura à mettre en place ce système, mais en l'état je ne vois pas d'autre solution.

**Beerli** Christine (R, BE): Ich weiss nicht genau, welches Zitat Herr Béguelin gebraucht hat, ob es sich allenfalls um den Gesundheitsrat handelt, in dem Herr Leu und ich mitarbeiten konnten. Wenn es dieser gewesen wäre, dann muss ich Ihnen sagen, dass er die Netzwerkidee sehr unterstützt, und zwar in der hier vorliegenden Ausgestaltung. Da ist also keine Kritik gefallen, sondern grosse Unterstützung zuteil geworden.
Ich möchte doch zu einigen Punkten noch ganz kurz Stellung beziehen:

Die Netzwerke sind in Artikel 13 Absatz 2 verankert. Also dort geben wir den Krankenkassen den gesetzlich verankerten Auftrag, dass sie solche Netzwerke mit Budgetverantwortung schaffen. Das ist das neue Element im Ganzen.
Ich möchte noch einmal ganz kurz ausführen, was ich schon in der Eintretensdebatte gesagt habe: Für mich ist das Ganze vor allem unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung zu sehen und erst zweitrangig dann unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung. Ich bin überzeugt, dass der Patient, der sich zur Pflege in ein Netzwerk begibt, als Ganzes betreut wird, und zwar nicht einzig von einem Grundversorger, sondern eben auch jederzeit von einem beigezogenen Spezialisten oder anderen Leistungserbringer, sei das ein Physiotherapeut oder wer auch immer dann in diesem Netzwerk noch mit tätig ist. Es wird eine ganzheitliche Betreuung des kranken Menschen möglich sein.
In einer weiteren Phase – das haben wir auch bereits angetönt – ist die auch als sehr positiv erachtete Möglichkeit gegeben, dass die Netzwerke eben auch direkt mit stationären Leistungserbringern zusammenarbeiten, seien dies dann Spitäler oder Organisationen der Langzeitpflege. Es wird möglich sein, dass der Patient nun wirklich vom Grundversorger über das Spital bis schliesslich allenfalls zur Langzeitpflege im gleichen Netzwerk behandelt wird. Das fördert eine ganzheitliche Betrachtungsweise, was auch eine gegenseitige Qualitätskontrolle der Ärzte oder der Leistungserbringer möglich macht, die in den Netzwerken tätig sind. Dort wird im Gespräch, in der gegenseitigen Kontrolle dessen, was man am Patienten tut, die Qualität gesichert. Kein Netzwerk hat ein Interesse daran, schwarze Schafe oder minderwertige Qualität liefernde Leistungserbringer in seinen Reihen zu haben. Dort wird sich eine innere Reinigung innerhalb der Netzwerke von selber ergeben. Das wiederum bedeutet, dass der Patient weniger Veranlassung hat zum so genannten «Ärztehüpfen»: Er wird immer weniger eine erneute Konsultation bei einem anderen Grundversorger oder allenfalls dann direkt beim Spezialisten suchen. Das wiederum hat eine indirekt kostendämpfende Wirkung.
Wieso setzen wir den Anreiz über den Selbstbehalt und nicht, wie das bei den Netzwerken bis anhin gemacht worden ist, über die Prämien? Das Modell über die Prämien ist insofern fehlgeschlagen, als diese Modelle, die dann häufig auch noch keine Budgetverantwortung trugen, von jungen gesunden Menschen gewählt wurden, weil sie niedrigere Prämien zu bezahlen hatten und sich vorstellten, sie würden in der nächsten Zeit sowieso keine Pflege benötigen. Wenn dann der Pflegefall eintrat oder eine ärztliche Konsultation notwendig wurde, wurde allenfalls sogar das Modell gewechselt; man ist wieder in den Einzelvertrag übergewechselt. Das hat bedeutet, dass die Netzwerke bis anhin eben gar nie richtig ihre qualitätssichernde und kostendämpfende Wirkung entfalten konnten.
Wir möchten, dass sich vor allem auch Leute mit längeren oder chronischen Krankheiten in Netzwerken behandeln lassen, weil erst dann das möglich ist, was man unter dem neudeutschen Begriff Disease Management versteht: Ganze Krankengruppen, seien es jetzt z. B. Herzpatienten oder Diabetiker, kann man eben auch speziell behandeln und betreuen.
Man kann sie auch längere Zeit mitverfolgen. Es gibt neuere Studien, die ganz klar aufzeigen, dass Patienten wie Herzpatienten viel weniger stark behandelt werden müssen, wenn sie sehr nahe betreut werden, allenfalls dann auch von einem Leistungserbringer im Netzwerk wieder zu Konsultationen sogar telefonischer Art und Weise herangezogen werden. Demzufolge gehen die Kosten im Ganzen gesehen wesentlich runter.
Im Übrigen möchte ich auch noch die Folge aufzeigen, die wir in Bezug auf die Finanzierung im stationären Bereich haben. Wir haben auch schon darüber diskutiert, als wir über den Monismus sprachen. Wir sind jetzt den vernünftigen Weg, den schrittweisen Weg hin zum Monismus gegangen, und wir werden die Möglichkeit haben, die Modelle, die in dieser Diskussion um den Monismus vorliegen, noch vertieft zu diskutieren.
Ein Modell, das sehr viele interessante Punkte aufweist, ist jenes, das vorsieht, dass man eben auch über die Netzwerke zum Monismus übergehen kann und dass die Netzwerke als Einkäufer im stationären Bereich tätig sein können. Das heisst, dass die Netzwerke ihre stationären Leistungen, von denen ich schon vorhin gesprochen habe, einkaufen werden, z. B. die Herzchirurgie bei der Klinik X und die Orthopädie beim Spital Y. Dadurch können sie das Kosten-Nutzen-Verhältnis auch wieder optimieren, weil sie als Einkäufer etwas von der Sache verstehen und weil sie die Kosten und den Nutzen viel besser gegeneinander abwägen können, als wenn dieser Monismus einzig über die Versicherer stattfinden würde.
Um noch ganz kurz den Einwänden oder den Ängsten von Frau Berger entgegenzutreten: Wir haben ja auch gesehen, dass es in unserem Land Regionen geben könnte, die allenfalls keine Netzwerke haben, und deshalb haben wir in Artikel 64 die Bestimmung aufgenommen, dass jene Versicherten, die an einem Ort wohnen, an dem diese Versicherungsform nicht angeboten wird, in der gleichen Selbstbehaltklasse bleiben und dass sie nicht diesen höheren Selbstbehalt zu bezahlen haben, wenn sie sich ausserhalb des Netzwerkes behandeln lassen. Im Übrigen muss man auch davon ausgehen, dass die Netzwerke ganze Regionen abdecken werden. Netzwerke decken also nicht einzig eine Ortschaft ab, sondern sie werden ganze Regionen oder allenfalls auch die ganze Schweiz abdecken. Es gibt schon heute Netzwerke, die mindestens in der ganzen Deutschschweiz tätig sind. Wenn wir dieses System jetzt doch noch mit einigen Motivationsfaktoren versehen, dann werden die Netzwerke eine noch viel stärkere Verbreitung haben und so auch ihre positive Wirkung entfalten können.
Ich bitte Sie, wie dies auch Frau Saudan getan hat, hier der Kommission zu folgen, denn es handelt sich wirklich um einen Kernpunkt der Vorlage.

**Brunner** Christiane (S, GE): Mme Beerli et M. Béguelin ne parlent pas de la même chose.
Nous sommes tout à fait d'accord qu'il faut favoriser la création de réseaux de santé dans notre pays. Nous n'avons aucune controverse à cet égard. Mais comment favoriser l'introduction de tels réseaux dans notre pays? Est-ce par des systèmes d'incitations financières comme vous le proposez? Nous ne le croyons pas.
Vous avez dit vous-même: «L'incitation financière avec la réduction de la prime, cela ne marche pas!» Et maintenant, vous proposez une incitation financière par le biais de l'augmentation de la quote-part pour les assurés qui ne feraient pas partie d'un réseau de santé s'il y en a un dans leur région. Je crois que là, nous ne parlons pas de la même chose. Car nous sommes favorables, comme vous, à ce que le système du réseau s'implante dans notre pays. Nous sommes convaincus que c'est un système qui peut amener une réduction des coûts de la santé. Mais nous ne sommes pas d'accord avec la démarche qui consiste à dire: «Si vous n'êtes pas dans un réseau de santé, votre participation aux coûts de la santé est deux fois plus élevée.»
Je pense que vous n'avez pas raison non plus quand vous dites que le libre choix est garanti. Il n'est pas garanti, parce que seules les personnes qui peuvent payer une participation plus élevée ont un libre choix garanti. Les personnes qui ne peuvent pas se payer une participation plus élevée n'ont pas le libre choix; elles doivent entrer dans un réseau de santé. Par conséquent, avec ce système d'incitation – je ne parle pas du système du réseau en tant que tel –, vous pénalisez les assurés les moins favorisés.
C'est aussi une illusion de croire que c'est le patient qui dicte ce qu'il veut comme prestation au médecin. Moi, je connais X patients, même un qui siège juste là, derrière moi, auxquels le médecin dit: «Maintenant, on fait telle ou telle analyse, on recommence telle ou telle prestation.» Si votre vie et votre santé sont en cause, vous n'allez pas dire à votre médecin: «Je n'en veux pas. On a déjà fait ces analyses, on a déjà fait ce que vous me demandez de refaire et je ne veux

pas recommencer.» Le patient croit nécessairement à ce que lui dit le médecin, à ce qu'il lui indique et qui est favorable, bénéfique pour sa santé. Il n'a pas la force de dire: «Monsieur le docteur – comme on dit si bien chez nous en Suisse romande –, je n'en veux pas!» C'est une illusion que de penser ça. Je crois que le modèle avec l'incitation financière que vous proposez, Madame Beerli, est prématuré. L'incitation est prématurée. Lorsque le système des réseaux sera bien implanté, qu'on comprendra comment ça fonctionne dans notre pays, à ce moment-là, on pourra dire: «Vous avez vraiment le libre choix; c'est comme ça ou comme ça.»
L'idée en soi est bonne; elle est bénéfique pour la réduction des coûts. L'idée du réseau est bénéfique, nous la partageons intégralement, mais pas en ce moment; l'incitation financière que vous proposez en mettant simplement le double à la charge des assurés qui n'en ont pas les moyens est prématurée. Dans cinq ans, elle trouvera sans doute sa place dans notre système.

**Cornu** Jean-Claude (R, FR): Je pourrai être relativement bref, puisque je crois que je partage pour l'essentiel ce qui vient d'être dit par Mme Brunner.
Je pense que, encore une fois, l'idée du réseau de santé est intéressante. Elle mérite d'être mise en avant, développée, encouragée. Moi-même, j'ai vécu aux Etats-Unis il y a une quinzaine d'années. C'était quelque chose de très répandu déjà à ce moment-là aux Etats-Unis. Est-ce que le système de santé américain, qui connaît le système du réseau depuis très longtemps, est meilleur, plus efficace, meilleur marché que chez nous? Je n'en suis pas persuadé. L'idée est donc bonne. Elle mérite d'être mise en avant, mais de croire que c'est la panacée ou une des panacées à la problématique en matière d'assurance-maladie, c'est une erreur. Cela démontre une fois de plus le grand désarroi dans lequel on se trouve par rapport à cette augmentation qui est linéaire des coûts de la santé. C'est peut-être une petite brique par rapport à un grand mur que l'on est en train de construire, mais je crois qu'il ne faut pas exagérer l'efficacité et surtout les économies que cela apportera.
J'aimerais revenir au point de vue de Mme Berger, parce que je ne suis pas convaincu par l'explication que le président de la commission a donnée. Si je lis l'article 64 alinéa 2 lettre b tel qu'il est mentionné, on dit qu'une personne paiera 10 pour cent pour autant qu'elle soit dans un réseau, «ainsi que pour toutes les prestations sollicitées par un assuré qui réside en un lieu où cette forme d'assurance n'est pas offerte». Si vous êtes affiliés à la «Brunneria», à l'assurance qui offre ce genre de prestations, vous n'aurez pas de problème. Mais si vous êtes affilié à la «Pascalia» qui n'offre pas cette assurance-là, est-ce que cela ne signifie pas que, pour pouvoir bénéficier de 10 pour cent de rabais et ne pas devoir payer une participation de 20 pour cent, vous devrez changer d'assurance? Est-ce qu'il suffit que la «Brunneria» propose ce genre de prestations, même si je suis à la «Pascalia», pour que je bénéficie de 10 pour cent de rabais ou est-ce que je dois changer d'assurance? Vous me direz qu'il y a l'article 13 alinéa 2 lettre f, Mme Beerli l'a relevé. Si toutes les assurances «doivent», pourquoi faire une différence à l'article 64 alinéa 2 lettre b? Si les assurances «doivent», le cas n'arrivera jamais, puisque de toute façon vous aurez toujours la possibilité, quelle que soit l'assurance à laquelle vous êtes affilié, de pouvoir participer à un réseau.
Alors, je le dis encore une fois: nous sommes désolés, nous ne sommes pas membres de la commission, nous vous cassons un peu les pieds peut-être, mais enfin, nous estimons que le débat est suffisamment important pour que, du côté du gouvernement, on puisse donner une réponse claire et que l'on reprenne le problème de manière un petit peu plus sérieuse au niveau du Conseil national.

**Saudan** Françoise (R, GE): Je suis navrée de vous imposer en quelque sorte un travail de commission, d'autant plus que Mme Brunner et M. Studer ont suivi assidûment nos travaux et que cette proposition n'a pas été présentée en tant que proposition de minorité.
J'aimerais quand même rappeler une ou deux choses. Nous avons prévu dans la loi une obligation pour les assureurs-maladie d'offrir cette forme d'assurance. M. Cornu nous cite l'exemple des Etats-Unis, qui ne sont pour moi pas du tout un modèle. Alors, je vous citerai l'exemple de pays dont on dit qu'ils ont réussi à maîtriser les coûts de la santé. Je suis allée dans ces pays et j'y ai étudié le système de santé. Ils ont généralisé ce que nous vous proposons, mais avec l'obligation de faire appel à un médecin de premier recours: c'est la Hollande, le Danemark et l'Angleterre. On nous dit toujours que, dans ces pays, on est arrivé à maîtriser les coûts de la santé! C'est vraiment un choix. Je ne mésestime pas du tout les difficultés qu'il y a à aller dans cette voie. Je sais simplement que si nous n'allons pas dans cette voie, ce sera la liberté donnée aux assureurs – parce que c'était ça, la première proposition – de contracter avec les fournisseurs de soins de leur choix.
Là, nous suivons une démarche totalement différente. Nous voulons rééquilibrer les rapports entre les fournisseurs de soins, les assurés et les autorités publiques parce que, comme l'a dit Mme Beerli, c'est une des rares voies qui peut nous donner une réelle possibilité de maîtriser les coûts de la santé. Je ne dis pas que c'est gagné d'avance, mais, quand même, les chiffres qui nous viennent en particulier de réseaux de Suisse alémanique, qui fonctionnent depuis plus longtemps que ceux de Suisse romande, sont encourageants.
Mme Brunner dit que nous pénalisons les personnes à faible revenu: non, nous ne les pénalisons pas. Nous disons qu'une liberté totale de choix, ce qui n'existe dans aucun pays au monde, pas plus aux Etats-Unis que dans les autres pays européens, a un coût. Et après tout, les citoyens sont assez grands pour dépenser leur revenu comme ils le désirent. Si, pour eux, c'est quelque chose d'absolument essentiel, je le dis très clairement, au lieu de leur en coûter 600 francs par année, il leur en coûtera 1200 francs. Donc, je ne pense pas que ce soit un sacrifice. Je préfère de beaucoup jouer sur cette quote-part plutôt que jouer sur les franchises, ce qui peut induire des effets pervers. Je crois qu'il n'y a pas de solution miracle. Dire maintenant que nous voulons encourager les réseaux de santé, mais surtout ne pas toucher, comme je l'ai dit dans le débat d'entrée en matière, l'assuré, citoyen, contribuable et patient, ni le remettre au coeur du système, est à mon avis une voie sans issue.
Je citerai un dernier exemple qui vient également de Genève: à Genève, une des causes identifiées des coûts de la santé, qui sont les plus élevés de Suisse, c'est le nombre extrêmement important de spécialistes par rapport aux généralistes et aux internistes, et le recours direct des citoyens qui n'ont pas la formation – malgré tout ce que nous apprennent la télévision et les journaux –, qui n'ont pas les compétences de juger s'ils doivent aller chez un cardiologue ou non. Le recours direct des patients à des spécialistes a un coût. C'est une des rares causes identifiées des coûts de la santé à Genève.
J'ai étudié le problème, car je suis impliquée dans cette affaire. Je sais que tous les fournisseurs de soins hésitent lorsqu'on leur dit qu'ils devront collaborer. Certains se sont organisés. D'ailleurs, je suis assez étonnée de la position de M. Cornu, parce que dans tout cet aspect qui a été relevé par Mme Beerli, il y a l'aspect qualité, prise en charge globale du patient, qui nous semble très important, et c'est ce qui se met en place à Fribourg. A Fribourg, les pharmaciens s'entendent, on crée des cercles de qualité; ils travaillent en collaboration au sein de réseaux avec les médecins. Je ne vois pas pourquoi, Monsieur Cornu, vous montez tellement au créneau sur cette affaire-là. Les fournisseurs de soins sont parfaitement conscients que l'avenir va dans cette voie.
Alors, je comprends les réticences. Mais si seulement Mme Brunner ou M. Béguelin nous proposaient une voie qui nous semblerait raisonnable – je dis bien pas pour diminuer, je ne parle pas de 17 pour cent, comme le disait le Conseil fédéral, mais pour maîtriser les coûts de la santé –, je serais

prête à étudier n'importe quoi. Je sais que c'est un enjeu majeur en matière d'assurance sociale et de politique de la santé et que, là, il faut faire quelque chose.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich möchte drei kurze Erläuterungen und Antworten zu den aufgeworfenen Fragen anbringen:
1. Mir scheint, der Text von Artikel 64 Absatz 2 sei klar. Vor dem Hintergrund dessen, dass gemäss Artikel 13 die Versicherung ein «réseau» schaffen muss, wenn der Bundesrat nicht für einzelne Regionen Ausnahmen erlaubt, gehen wir davon aus, dass grundsätzlich mindestens ein «réseau» besteht, von dem der Versicherte Gebrauch machen kann. Nun gibt es zwei Wege. Der erste Weg: Wo ausnahmsweise kein «réseau» besteht, ist der Selbstbehalt auf 10 Prozent limitiert. Das Gesetz ist klar. Oder der Versicherte kann, wenn er will, zu einer Krankenkasse wechseln, die ein «réseau» anbietet. Der zweite Weg: Wenn ein «réseau» besteht, hat der Versicherte als Patient die Wahl, von diesem «réseau» Gebrauch zu machen oder nicht. Wenn er davon Gebrauch macht, beträgt der Selbstbehalt nur 10 Prozent; wenn er darauf verzichtet, und den Leistungserbringer frei wählen will, hat er einen Selbstbehalt von 20 Prozent.
Der Wortlaut des Antrages Berger scheint mir klar, sowohl auf Deutsch wie auf Französisch. Sie möchte, dass an Orten, wo dem Versicherten nur ein «réseau» zur Verfügung steht, der Selbstbehalt auf 10 Prozent limitiert wird. Das ist eben die Aushöhlung des Gedankens, den ich Sie abzulehnen gebeten habe.
2. Was heisst: Ein Netzwerk steht am Ort zur Verfügung? Es ist mir wichtig, das zu präzisieren. «Am Ort» heisst natürlich nicht, dass der betreffende Arzt z. B. unbedingt in Martigny zur Verfügung steht. Er kann auch in einem Ort, der 5 Kilometer entfernt ist, zur Verfügung stehen. Oder beispielsweise statt in Ostermundigen in Bern – eine Distanz von wenigen Kilometern. «Am Ort» heisst: im Umkreis, wo sich das Leben des Betreffenden abspielt, wo er sich regelmässig aufhält – sei es für Einkäufe, sei es für Besuche von Gesundheitsdienstleistern usw.
3. Frau Brunner Christiane spricht sich – wie Herr Béguelin – grundsätzlich gegen die eingeschränkte Wahl aus. Ihnen ist zuzugeben: Wir schränken die freie Wahl der Leistungserbringer ein, wenn der Patient bei 10 Prozent Selbstbehalt bleiben will.
Doch wir müssen uns vor Augen halten: Zum Ersten sind diese Netzwerke keinerlei zweitklassige Medizin; es sind alles erstklassige Leistungserbringer, aber sie sind effizient in einem Netzwerk zusammengefasst. Zum Zweiten: Wie hoch ist der Preis, den Leistungserbringer – auch ausserhalb des Netzwerkes – frei wählen zu können? Er ist klein. Es sind zusätzlich 10 Prozent des Selbstbehaltes, der aber limitiert ist; bei 20 Prozent ist er heute auf 1200 Franken limitiert, bei 10 Prozent auf 600 Franken. Also bereits gegen lediglich 600 Franken Mehraufwand pro Jahr für die ganze Familie können Sie den Leistungserbringer frei wählen. Dieser Mehrpreis ist nicht prohibitiv hoch; er ist tragbar.
Bedenken Sie, wir müssen die Kosten eindämmen. Wenn wir jede Massnahme verwerfen, die den Patienten etwas kostet, dann explodieren die Kosten weiterhin ins Unermessliche. Wir müssen auch als Patient bereit sein, einen Beitrag zu leisten. Mit 10 Prozent Selbstbehalt in einem «réseau» stehen uns einwandfreie Leistungserbringer zur Verfügung. Wer die freie Wahl aller Leistungserbringer verlangt, bezahlt für die ganze Familie maximal 600 Franken im Jahr zusätzlich. Dieser Unterschied scheint uns tragbar. Wir können nicht stets davon sprechen, die Kosten einzudämmen, aber die Vorschläge verwerfen, sobald es den Patienten etwas kostet.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Cette proposition n'est pas issue des forges du Conseil fédéral, mais des forges du Parlement, ce qui ne signifie pas qu'elle n'est pas bonne, au contraire, nous pensons qu'elle est plutôt positive. Nous sommes conscients des difficultés qu'a évoquées M. Béguelin et aussi des faiblesses d'une proposition de ce type. Mais, finalement, quand on a entendu votre argumentation, Madame Brunner, Monsieur Béguelin, on se dit que vous êtes pour les «Netzwerke», pour les réseaux, mais plutôt contre les incitations modérées d'ordre financier pour les assurés d'y adhérer. Mais, pour quelle incitation êtes-vous? C'est difficile de trouver un autre moyen que l'incitation financière pour promouvoir les réseaux de ce type, qui sont quand même une chose d'avenir. Dans cet esprit, dans un domaine comme celui-là où il faut changer les choses, nous privilégions le mouvement par rapport à la stabilité et au maintien du statu quo, en étant conscients qu'il y a un certain nombre de risques, en étant conscients que ça prendra probablement plus de temps que ne le pensent les initiants, mais peut-être moins de temps que ne le pense Mme Brunner – cinq ans.
Nous soutenons donc la proposition Berger en nous réservant la possibilité, le cas échéant, d'en faire une meilleure à la commission du Conseil national.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Kommission .... 25 Stimmen
Für den Antrag Berger .... 7 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Kommission .... 27 Stimmen
Für den Antrag Béguelin .... 4 Stimmen

*Abs. 9 – Al. 9*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es ist nicht allein die Tatsache, dass dieser Antrag der letzte der Reihe von Anträgen von Frau Berger ist, die uns zur Milde stimmen würde – nein, es ist ein berechtigtes Anliegen, das sie in Absatz 9 aufnimmt. Es gibt offenbar Leistungserbringer, die den Patienten geldwerte Vorteile geben, wenn sie bei ihnen Leistungen beziehen, also Umweggeschäfte oder Kick-back-Prämien irgendwelcher Art. Das darf natürlich nicht sein.
In der Kommission war mir die Möglichkeit dieses Sachverhalts gar nicht bekannt. Ich gehe nur alle zwei Jahre zum Arzt. Ich habe von meinem Arzt noch nie etwas anderes angeboten erhalten als ein kleines Gesundheitsbonbon für meinen Sohn. Das stellt noch keine Versuchung dar, eine Leistung zu beziehen. Doch wo die Dichte der Leistungserbringer sehr hoch ist, streiten offenbar die Leistungserbringer um Patienten wie der Teufel um Seelen. Das wollen wir unterbinden.
Der Antrag Berger, der in der Kommission nicht behandelt wurde, scheint mir am Platz zu sein.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous sommes d'accord avec l'objectif de la proposition, mais la formulation ne nous paraît pas très bonne. Nous proposerons là aussi une modification lors du débat au sein de la commission du Conseil national.

*Angenommen gemäss Antrag Berger*
*Adopté selon la proposition Berger*

**Art. 64bis**
*Antrag der Minderheit*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Titel*
Beiträge der Kantone an die Versicherer
*Abs. 1*
Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch Beiträge an die Versicherer.
*Abs. 2*
Der Beitrag des Kantons an jeden Versicherer deckt 25 Prozent der bei diesem Versicherer anfallenden Kosten der Leistungen für die Versicherten des Kantons. Die Kosten der Leistungen umfassen die Kosten der Kostenbeteiligung gemäss Artikel 64, die Verwaltungskosten der Versicherer, die

Reservebildung, die Rückstellungen und den Risikoausgleich nicht.
*Abs. 3*
Der Bundesrat regelt die Rechnungsstellung des Versicherers an den Kanton.

**Art. 64bis**
*Proposition de la minorité*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Titre*
Contributions versées par les cantons aux assureurs
*Al. 1*
Les cantons participent au financement de l'assurance obligatoire des soins en versant des contributions aux assureurs.
*Al. 2*
La contribution versée par le canton à chaque assureur couvre 25 pour cent des coûts des prestations auxquelles ont eu recours les assurés du canton. Les coûts des prestations ne comprennent ni les coûts de la participation des assurés au sens de l'article 64, ni les frais administratifs des assureurs, ni la constitution des réserves, ni les provisions, ni la compensation des risques.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral fixe les modalités par lesquelles l'assureur présente sa facturation au canton.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Dieser Antrag entfällt aufgrund der Abstimmung zu Artikel 41 Absatz 3.

**Art. 65**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1*
Die Kantone gewähren folgenden Personen Prämienverbilligungen:
a. Versicherten, die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind;
b. Familien mit Kindern, für die ein Sozialabzug nach Artikel 213 Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer geltend gemacht werden kann und die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind.
*Abs. 1bis*
Die Kantone berücksichtigen bei der Prämienverbilligung die wirtschaftliche Situation aufgrund des Reineinkommens nach Artikel 25 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer, korrigiert um einen Vermögensfaktor in der Höhe von 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Einkommens und der Anzahl Kinder nach Absatz 1quater Buchstabe b.
*Abs. 1ter*
Der Bundesrat legt nach Anhören der Kantone die für die Ermittlung des Anspruches auf Prämienverbilligung massgebende Referenzprämie fest. Sie wird in einem Verhältnis zur gewichteten Durchschnittsprämie für den einzelnen Kanton festgelegt.
*Abs. 1quater*
Die massgebenden Referenzprämien werden verbilligt, soweit sie einen nach Einkommenskategorien abgestuften Eigenanteil der Versicherten übersteigen. Die Kantone teilen die Versicherten in mindestens vier Einkommenskategorien ein. Der Eigenanteil beträgt für:
a. Personen nach Absatz 1 Buchstabe a höchstens 4 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 12 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie;
b. Personen nach Absatz 1 Buchstabe b höchstens 2 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 10 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie, wobei das zweite Kind zu 50 Prozent und die weiteren Kinder zu 100 Prozent prämienverbilligt sind.
*Abs. 1quinquies*
Personen, für die ein Sozialabzug nach Artikel 213 Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer gewährt wird, haben keinen selbstständigen Anspruch auf Prämienverbilligung.
*Abs. 1sexies*
Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.
*Abs. 2*
Die Prämienverbilligungen und Erleichterungen für Familien nach Artikel 61 Absatz 3bis sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden.

*Antrag der Minderheit*
(Brunner Christiane, Saudan, Studer Jean)
*Abs. 1bis*
.... Anzahl Kinder.

*Antrag der Minderheit I*
(Beerli, Forster, Langenberger, Spoerry)
*Abs. 1quater Bst. b*
b. .... Einkommenskategorie. (Rest des Absatzes streichen)

*Antrag der Minderheit II*
(Brunner Christiane, Saudan, Studer Jean)
*Abs. 1quater Bst. b*
b. .... Einkommenskategorie. (Rest des Absatzes streichen)

**Art. 65**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1*
Les cantons accordent des réductions de primes aux personnes suivantes:
a. les assurés pour lesquels les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge;
b. les familles avec enfants qui peuvent faire valoir le droit à une déduction sociale conformément à l'article 213 alinéa 1er lettre a de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct et pour lesquelles les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge.
*Al. 1bis*
Pour la réduction des primes, les cantons tiennent compte de la situation économique en se basant sur le revenu net au sens de l'article 25 de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct, corrigé d'un facteur de fortune égal à 10 pour cent du revenu imposable selon le droit cantonal et du nombre d'enfants des familles selon l'alinéa 1quater lettre b.
*Al. 1ter*
Après consultation des cantons, le Conseil fédéral calcule la prime de référence permettant de déterminer le droit à la réduction des primes. Il en fixe le montant par rapport à la prime moyenne pondérée pour chacun des cantons.
*Al. 1quater*
Les primes de référence déterminantes font l'objet d'une réduction quand elles sont supérieures à la participation des assurés, échelonnée en fonction de la catégorie de revenu. Les cantons répartissent les assurés en au moins quatre catégories de revenu. La participation s'élève:
a. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre a, à 4 pour cent maximum du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et à 12 pour cent maximum pour la catégorie de revenu la plus élevée;
b. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre b, à 2 pour cent maximum du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et à 10 pour cent maximum pour la catégorie de revenu la plus élevée. Le deuxième enfant doit bénéficier d'un allègement de 50 pour cent de la prime, les suivants de la gratuité.
*Al. 1quinquies*
Les personnes à qui est accordée une déduction sociale en vertu de l'article 213 alinéa 1er lettre a de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct n'ont pas droit par ailleurs à la réduction des primes.

*Al. 1sexies*
Le Conseil fédéral peut étendre le droit aux subsides aux personnes tenues de s'assurer qui ne sont pas domiciliées en Suisse, mais qui y séjournent suffisamment longtemps.
*Al. 2*
Les réductions de primes et allègements pour les familles selon l'article 61 alinéa 3bis sont fixés de façon que les contributions annuelles de la Confédération et des cantons selon l'article 66 soient en principe versées intégralement.

*Proposition de la minorité*
(Brunner Christiane, Saudan, Studer Jean)
*Al. 1bis*
.... des familles.

*Proposition de la minorité I*
(Beerli, Forster, Langenberger, Spoerry)
*Al. 1quater let. b*
b. .... la plus élevée. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Proposition de la minorité II*
(Brunner Christiane, Saudan, Studer Jean)
*Al. 1quater let. b*
b. .... la plus élevée. (Biffer le reste de l'alinéa)

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich möchte Ihnen kurz das System erläutern; ich habe es beim Eintreten bereits skizziert und kann das Wesentliche wiederholen: In der ersten Lesung dieses Gesetzes am 29. November 2001 haben wir Ihnen als Limite 8 Prozent vorgeschlagen. Die Krankenkassenprämie soll 8 Prozent des verfügbaren Einkommens nicht übersteigen. Frau Beerli als Kommissionssprecherin hat Ihnen dargelegt, dass unser Vorschlag im Nationalrat noch verfeinert werden sollte. Der Nationalrat hat dies getan: Er hat die höchste Prämienbelastung, gerechnet vom verfügbaren Einkommen, für Familien auf 2 bis 10 Prozent festgelegt, für Alleinstehende auf 4 bis 12 Prozent. Die Details soll der Bundesrat regeln. Unsere Kommission erachtet die Lösung des Nationalrates als ausgefeilt und sachgerecht.
Sie ist nach unserer Auffassung insbesondere ein guter indirekter Gegenvorschlag zur Gesundheits-Initiative der SP, über die Sie am 18. Mai abstimmen werden. Allerdings ist damit der Gegenvorschlag noch nicht formell bereinigt, doch beachten Sie, dass sowohl der Nationalrat in der Detailberatung als auch unser Rat – wenn Sie der Kommission folgen – einmal diesem Konzept zugestimmt haben. Wir geben, ohne in eine Detaildiskussion über die Initiative einmünden zu wollen, diesem Vorschlag den Vorzug gegenüber der Initiative. Das ist die Grundidee.
Nun ist auch eine zweite Idee damit verbunden, nämlich die Frage, ob Kinder in einer Familie durch Prämien belastet werden sollen. Der Nationalrat hat das zweite Kind zu 50 Prozent von der Prämie befreit; ab dem dritten Kind wird total befreit. Der Nationalrat hat das System über die Prämie gewählt, d. h., die prämienfreien Kinder werden von den übrigen Versicherten finanziert. Unsere Kommissionsmehrheit möchte Ihnen eine andere Lösung vorschlagen und die Entlastung der Kinderprämien über die Krankenkassenverbilligung realisieren, d. h., die Verbilligung wird von den Kantonen ausbezahlt, sofern die Eltern es verlangen. Der Bund leistet einen Beitrag. Die Minderheit – Sie ersehen das auf der Fahne bei Artikel 61 Absatz 3bis – möchte die Lösung über die Prämie realisieren, während die Mehrheit die Verbilligung der Prämie vornehmen möchte. Das ist der Unterschied. In dem Punkt der Entlastung sind sich die Minderheit Brunner Christiane und die Mehrheit der Kommission in der Sache einig. Die Diskussion geht nun darum, wie die Entlastung erfolgen soll.
Eine andere Minderheit – Sie sehen sie auf der Fahne auf Seite 37 als Minderheit Beerli – möchte diese Prämienentlastung nicht einführen.
Die Mehrheit möchte die Prämie ab dem zweiten Kind zur Hälfte und ab dem dritten Kind vollständig erlassen. Ich lege Ihnen die Gründe dar. Verfügt eine Familie über ein tiefes Einkommen, fällt sie generell unter die Prämienlimite von 2 bis 8 Prozent des verfügbaren Einkommens. Wo es sich aber um mittlere Einkommen – wenn ich mich nicht täusche, ab etwa 75 000 Franken – handelt, dann sind Sie bei der obersten Grenze angelangt, nämlich bei 8 Prozent des verfügbaren Einkommens. Diese Einkommenshöhe bildet den Mittelstand, nicht die Reichen.
Die Kommissionsmehrheit möchte mit der Prämienverbilligung ab dem zweiten Kind und der hundertprozentigen Prämienverbilligung ab dem dritten Kind einen familienpolitischen Beitrag an die Mittelstandsfamilien leisten. Familien mit Kindern, auch wenn sie über mittlere Einkommen verfügen, sind durch Ausgaben verschiedenster Art ausserordentlich stark belastet. Es ist unser sozialpolitisches Ziel, diese Mittelstandsfamilien zu entlasten. Natürlich entlasten Sie auch reiche Familien: Selbst wenn sehr reiche Familien diese Prämienverbilligungen beantragen, werden sie ausgerichtet. Das mag als Fehler des Systems betrachtet werden; doch haben wir uns in der Kommission informieren lassen, dass die Zahl, die darunter fällt, sehr klein ist. Sehr reiche Familien mit mehreren Kindern unter 18 Jahren sind die grosse Ausnahme. Dieser pauschale Weg ist einfacher, als individuell nach dem Einkommen zusätzlich nochmals abzustufen.
Sie sehen, zur Förderung der Mittelstandsfamilien haben wir einen kleinen Einbruch ins System in Kauf genommen, was als Makel betrachtet werden kann. Aber der Makel ist so klein, dass er die grossen Vorteile des Systems nach Meinung der Kommissionsmehrheit nicht umzustossen vermag.
Ich darf Sie bitten, folgende beiden Fragen zu beantworten. Die erste Frage lautet: Wollen Sie ab dem zweiten Kind 50 Prozent Prämienreduktion und ab dem dritten Kind 100 Prozent Prämienreduktion einführen? Die Mehrheit will es, die Minderheit Beerli will es nicht. Sodann haben wir die zweite Frage zu beantworten: Wie wollen wir diese Verbilligung sicherstellen? Wollen wir sie gemäss der Kommissionsmehrheit via Prämienverbilligung, oder wollen wir dies gemäss dem Antrag der Minderheit Brunner Christiane über die Prämien innerhalb der Krankenkasse selber tun? Über diese beiden Fragen haben wir zu entscheiden.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich habe verstanden, dass wir in Artikel 61 Absatz 3bis über die Prämienverbilligung zu entscheiden haben und dass die Minderheit I und die Minderheit II bei Artikel 65 Absatz 1quater Buchstabe b dasselbe wollen. Ist das richtig?

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Nein. Die Minderheit II (Brunner Christiane) will Familien von den Prämien entlasten, aber sie möchte es über die Krankenkasse tun. Die Minderheit I (Beerli) wünscht dagegen beim zweiten Kind und bei den weiteren Kindern keine Prämienverbilligung.
Deshalb ist es wohl zweckmässig, zuerst über die Frage zu entscheiden, ob wir überhaupt eine Prämienverbilligung wollen, und danach über die Frage, auf welchem Weg wir dies tun wollen.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich habe es noch nicht verstanden; die Fahne scheint mir ausserordentlich undurchsichtig. Bis ich es verstehe, gebe ich einmal Frau Brunner das Wort.

**Brunner** Christiane (S, GE): Avec toute ma compréhension pour l'«Undurchsichtigkeit» du dépliant, on devrait commencer en fait par voter sur ma proposition à l'article 61 alinéa 3bis. Ainsi, les choses seraient plus claires, car effectivement, à l'article 65 alinéa 1quater lettre b, les minorités I et II ne veulent pas la même chose.
J'aimerais dire qu'il s'agit d'une question de politique familiale. Si on veut faire de la politique familiale, on le dit et on le fait clairement. La gratuité des primes à partir du troisième enfant, la réduction de la prime pour moitié à partir du

deuxième enfant, c'est un instrument de politique familiale. Là je crois que nous n'avons pas de divergence. C'est un instrument clair, si on dit ça de cette manière, que tout le monde comprend, et c'est un instrument qui doit être appliqué de la même façon dans toute la Suisse.
La politique familiale est multiforme. Elle peut se faire dans la loi sur l'assurance-maladie, dans la politique fiscale, dans la politique sociale – par exemple avec les bonifications pour tâches éducatives dans le système de l'AVS. Donc, on a des instruments de politique familiale que l'on peut utiliser, y compris ici dans la loi sur l'assurance-maladie.
Monsieur le Président du Conseil, la minorité I qui est conduite par Mme Beerli dit clairement qu'elle ne veut pas d'instrument de politique familiale dans la loi sur l'assurance-maladie. Je n'approuve pas cette proposition. Mais la minorité I dit clairement: «Pas de politique familiale dans la loi sur l'assurance-maladie!»
La majorité veut une politique familiale. Par conséquent, à mon avis, elle doit se donner les moyens de la faire. Si on incorpore la notion de la réduction de la prime pour le deuxième enfant et de la gratuité à partir du troisième, dans le mécanisme général de réduction des primes, on n'arrive pas au même résultat qu'avec ma proposition.
D'une part, les familles avec le même nombre d'enfants et les mêmes revenus dans les différentes régions de Suisse devront ou non payer une prime pleine à partir du deuxième enfant, et encore les primes à partir du troisième, suivant les limites de revenu qui sont fixées par les cantons et suivant le montant de la prime dans le canton en question. Donc ça dépend de facteurs qui sont finalement tout à fait multiformes sur l'ensemble de la Suisse.
J'aimerais dire aussi que j'ai l'impression que les caisses-maladie font déjà maintenant de la politique familiale avec des allègements en faveur des enfants – à juste titre d'ailleurs. Mais elles le font aussi avec des arguments de promotion, puisqu'ils disent: «Dans notre caisse, la prime pour enfant ne coûte que tant.» Et on ne voit pas pourquoi on ne pourrait pas rendre obligatoire ce que les caisses-maladie font déjà à l'heure actuelle et l'appliquer à l'ensemble de la Suisse, à partir du deuxième enfant comme la proposition le dit.
Maintenant, Monsieur le Président de la commission, je ne suis pas d'accord, contrairement à ce qui a été dit en commission, avec l'interprétation que l'on donne de ma proposition de minorité. A l'article 65 alinéa 1bis, le Conseil national, qui a adopté ce nouvel alinéa, a ajouté que les cantons devaient tenir compte du nombre d'enfants. Ce système d'allègement des primes pour assurer les enfants tel qu'il a été adopté par le Conseil national, qui prévoit que les cantons tiennent compte du nombre d'enfants des familles, implique clairement qu'on doit les en prendre compte dans le système de subventionnement. La seule différence entre la majorité de la commission et ma minorité – c'est la seule, mais elle est importante –, c'est que, dans ma proposition de minorité, l'allègement est applicable de la même manière à toutes les familles dans toute la Suisse, quel que soit leur revenu. Mais ce n'est pas sur le compte des assurés; ça ne va pas se traduire par une augmentation de la prime pour l'ensemble des assurés parce que, selon l'article 65 alinéa 1bis in fine, on voit clairement que cela doit être mis sur le compte des subventions. Donc, la seule différence entre la proposition de la majorité et celle de la minorité, c'est le caractère généralisé de la mesure: quelle que soit la région, quel que soit le revenu, il y a toujours la moitié de la prime pour le deuxième enfant et la gratuité pour les enfants subséquents.
Donc, l'argument qui subsiste contre cet instrument, que vous n'avez pas relevé en tant que rapporteur de la commission, mais qui a été présenté en commission, c'est que quelques millionnaires pourraient profiter de la gratuité pour leurs nombreux enfants. Je dois dire – vous l'avez dit aussi, Monsieur le Président de la commission – que les gens très aisés ne sont pas ceux qui ont le plus d'enfants. C'est une déclaration d'ordre général. Les gens aisés, souvent, ne deviennent très aisés qu'au moment où ils n'ont plus d'enfants à charge, parce que c'est plutôt sur le tard que leur carrière aboutit, qu'ils s'enrichissent. Et on ne peut pas rejeter un système, qui est très simple pour l'ensemble de la population, parce que quelques millionnaires en profiteraient. Ma foi, si ces personnes tombaient au chômage – les millionnaires en question –, elles pourraient aussi faire valoir leur droit à des prestations de l'assurance-chômage, certes limitées. Ce sont des cas limites qui ne coûtent pas cher à la collectivité et que l'on peut accepter dans un système en faveur de la cohérence de celui-ci.
Enfin, j'aimerais dire aussi qu'il est tout à fait possible d'introduire dans l'ordonnance, si le Conseil fédéral le veut ainsi, un mécanisme qui permettrait aux caisses-maladie de demander à leurs assurés s'ils veulent renoncer à la gratuité de la prime pour le deuxième, le troisième enfant, etc., ce qui permettrait bien sûr à MM. Vasella, Blocher et autres de renoncer, en grands seigneurs, à l'avantage que leur procurerait cette disposition.
Je tiens encore à dire, en dernier lieu, que la proposition que je défends ici est celle adoptée par le Conseil national, je ne l'ai pas inventée. Je n'ai fait que reprendre la proposition et le mécanisme proposés par Mme Thérèse Meyer au Conseil national. Cette proposition et ce mécanisme est plus avantageux pour les familles avec enfants que toutes les déductions fiscales dont nous avons débattu l'autre jour. Cette proposition procure concrètement un avantage pour l'ensemble des familles. Les représentants du groupe démocrate-chrétien ne devraient pas avoir peur de leur propre courage. Finalement, là, ils ont vraiment l'opportunité de concrétiser leur politique familiale.
Je vous prie ainsi de bien vouloir adopter ma proposition de minorité.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich gebe nun Frau Beerli das Wort für die Minderheit I, die zwar formell dasselbe will, aber offensichtlich aus völlig anderen Gründen.

**Beerli** Christine (R, BE): Ich erlaube mir auch, zu beiden Artikeln, Artikel 61 Absatz 3bis und 65, zu sprechen. Ich bitte Sie, bei Artikel 61 Absatz 3bis der Mehrheit, bei Artikel 65 den Minderheiten zu folgen.
Frau Brunner Christiane hat gesagt, ich möchte mit den Anträgen, die ich stelle, keine Familienpolitik in der Krankenversicherung betreiben. Ich möchte diesen Satz etwas präzisieren und sagen: keine «zusätzliche» Familienpolitik. Denn bereits die Grundlösung, die wir Ihnen in Artikel 65 anbieten, auch ohne den Zusatz der Mehrheit, ist ganz klar eine sehr familienfreundliche Lösung.
Was wir das letzte Mal in den Nationalrat geschickt haben, mit den 8 Prozent, das ist uns allen bewusst, war eine etwas grobschlächtige Lösung. Wir haben das damals in der Debatte ausgeführt und den Nationalrat gebeten, diese Lösung zu verfeinern. Er hat dies getan.
Er hat – wenn Sie den Artikel 65 ansehen, sehen Sie das – verschiedene Kategorien von Versicherten geschaffen, indem er einmal Versicherte definiert hat, die allein stehend sind, und dann Versicherte, die eine Familie mit Kindern bilden, also die Familie als eigene Gruppe hervorgehoben. Und dann sagt er in den Absätzen 1bis und 1ter – die Lösung ist in der Tat nicht ganz einfach zu verstehen –: Die Kantone sollen für diese verschiedenen Gruppierungen von Versicherten Einkommenskategorien schaffen und dann, je nach Einkommenskategorie, sagen, wie viel die Prämienbelastung sein darf.
Und die darf sich für Familien mit Kindern zwischen 2 und 10 Prozent bewegen. Das bedeutet, dass Familien mit Kindern bis zu einem durchschnittlichen Einkommen, nehmen wir an – wir können es nicht ganz genau sagen, weil ja die Kantone dann die Einkommenskategorien machen – bis etwa 80 000 Franken, von der Prämienverbilligung absolut begünstigt sein und wahrscheinlich für die Kinder keine Prämien zu bezahlen haben werden. Also: Sie werden in die Kategorie der Prämienverbilligung fallen mit einem Einkommen bis etwa 80 000 Franken.

Das sind immerhin etwa 700 000 Kinder in der Schweiz, die in Familien mit einem Familieneinkommen zwischen etwa 45 000 und 80 000 Franken aufwachsen. Das ist im Übrigen auch – diese Zahlen haben wir uns vorlegen lassen – die kinderstärkste Population, wenn man dem so sagen darf. Da teile ich die Meinung von Frau Brunner: Die meisten Kinder leben in Familien mit diesen Einkommen.

Also, wir haben in der Lösung, die vom Nationalrat vorbereitet und von uns übernommen worden ist, ohne dass man in Artikel 65 der Mehrheit folgt, bereits eine sehr familienfreundliche Grundlösung für die Prämienverbilligung. Ich möchte nicht weiter gehen, weil ich finde: All die Vorschläge, die weiter gehen, sei es jetzt der Antrag der Minderheit Brunner Christiane zu Artikel 61 oder sei es der Antrag der Mehrheit zu Artikel 65, das sind nun wirklich Giesskannenlösungen. Sie betreffen in der Tat sämtliche Einkommen in der Kategorie über 80 000 Franken, und dort werden die Einkommen noch einmal verschieden behandelt.

Ich muss Frau Brunner sagen: Ihre Interpretation von Artikel 61 Absatz 3bis ist jetzt das erste Mal hier so aufgetaucht. Sie sagen jetzt, das seien auch Prämienverbilligungen, aber das entspricht natürlich nicht dem Wortlaut dieses Absatzes. Hier spricht man klar davon, dass die Familien für das zweite Kind zu 50 Prozent prämienpflichtig sind, also nur zu 50 Prozent, und für das dritte und weitere Kinder müssen sie keine Prämien entrichten. Es heisst also nicht, dass sie irgendeine Prämienverbilligung erhalten, sondern dass sie keine Prämien entrichten müssen.

Wir gingen auch in der Kommission immer davon aus, dass es sich dabei klar um eine Lösung zulasten der Krankenkassen handelt, dass also für das zweite Kind 50 Prozent und für die weiteren Kinder darüber hinaus voll keine Prämien mehr zu entrichten sind. Dies würde dann zulasten der Versichertengemeinschaft gehen, weil das dann auf die Prämien der anderen Leute umzulegen ist.

Mich stört das in jedem Fall. Mich stört es, wenn es um Subventionen geht; mich stört es, wenn es im KVG passiert, wenn Leute mit sehr hohem Einkommen mit einer Giesskannensubvention bedeckt werden, indem sie zulasten der übrigen Versichertengemeinschaft keine Prämien zu entrichten haben.

In Artikel 65 ist es bei der Lösung der Mehrheit Ihrer Kommission noch fast störender. Ich würde fast eher Artikel 61 vorziehen als den Artikel, den die Mehrheit Ihrer Kommission Ihnen beantragt. Denn dort geht es darum, dass wir ein neues Instrument der Prämienverbilligung einführen, das von den Kantonen aufzustellen, zu administrieren ist, für alle diejenigen Leute, die an sich nach den üblichen Kriterien gar keine Prämienverbilligung mehr zugute hätten. Diejenigen Familien, die ein Einkommen von über 80 000 Franken haben und nicht mehr in die Kategorie derjenigen gehören, die üblicherweise Prämienverbilligungen erhalten, hätten dann das Recht, für die halbe Prämie des zweiten Kindes und die ganzen Prämien der weiteren Kinder noch Prämienverbilligungen zu beanspruchen.

Das ist für mich ein reiner Anachronismus. Da wird dann auch administrativ noch eine Organisation aufgezogen werden müssen. Da kann der Präsident der Kommission lange sagen: Die Leute müssen es ja dann nicht geltend machen, sie können ja darauf verzichten. Aber wenn sie schon das Recht haben, es geltend zu machen, dann wird es sicher relativ viele geben, die sagen: Wenn ich schon Prämien bezahle und im Gesetz steht, ich habe das Recht auf Prämienverbilligung, dann gehe ich zum Kanton und mache das geltend. Das würde neben der Giesskannensubvention, die wir da ausrichten, bei den Kantonen zusätzlich noch einen administrativen Aufwand auslösen, den ich schlicht für unsinnig halte.

Ich bitte Sie daher, im Bereich von Artikel 61 Absatz 3bis der Mehrheit zu folgen und bei Artikel 65 die Minderheiten zu unterstützen.

**Saudan** Françoise (R, GE): Monsieur le Président, vous me faites les gros yeux, mais je serai extrêmement brève!

Je n'ai pas changé d'avis et je continue à soutenir la proposition de minorité Brunner Christiane. Sur le fond, je dois donner raison à Mme Beerli, mais Mme Beerli et moi n'adoptons pas la même approche de cette question. Il y a une catégorie de la population qui, avec le système proposé par la majorité, est vraiment laissée de côté; et les familles de cette catégorie de la population peuvent avoir trois ou quatre enfants et, comme l'a dit Mme Beerli, avoir un revenu de 80 000 francs, ce qui n'est pas excessif. C'est même un revenu moyen quand il y a trois ou quatre enfants à élever. Les familles de cette catégorie de la population, avec un revenu de 80 000 à 120 000 francs, échappent en général à tous les types de subventions, qu'elles soient fédérales ou cantonales. Elles paient des impôts et elles se trouvent confrontées à des primes dont le montant total est important quand il y a trois ou quatre enfants.

Certes, je suis un peu en porte-à-faux avec les principes que je défends! Mais, en commission, je suis intervenue en disant que ce qui me choquait, et ça a été relevé par d'autres membres de la commission, c'était le principe de l'arrosoir. J'ai moi-même était confrontée une fois avec un haut responsable zurichois qui m'a dit: «Madame Saudan, c'est complètement absurde que je doive envoyer une lettre recommandée à l'autorité compétente de mon canton pour ne plus toucher les subventions pour mes enfants étudiants.» C'est une des faiblesses de la proposition de la majorité. Probablement que nous allons maintenir une divergence avec le Conseil national. On verra ainsi si on peut améliorer les choses, au moins pour les familles de cette catégorie de la population dont le revenu va de 80 000 à 120 000 francs.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich bin der Meinung, dass es in unserer Gesellschaft tatsächlich finanziell schwierig geworden ist, Kinder aufzuziehen, und zwar gilt das nicht nur für die Familien mit unteren Einkommen, sondern das geht weit hinauf in den Mittelstand. Schlussendlich sind wir in unserer Gesellschaft darauf angewiesen, dass wir in diesem Land wieder Nachwuchs, wieder Kinder haben, und zwar auch viele. Es geht darum, dass auch im Mittelstand noch mehrere Kinder aufgezogen und erzogen werden können. Ich bin der festen Auffassung, dass es nicht falsch ist, auch im Rahmen der Krankenversicherung Familienpolitik zu betreiben. Wir brauchen unsere Familien, wir brauchen Nachwuchs und müssen überall dort, wo es möglich ist, gute Bedingungen hierfür schaffen. Das ist für mich der Grundsatz, der hier spielt.

Jetzt kommt die Frage, wie wir uns beschränken. Hier ist die Mehrheit gleicher Meinung wie die Minderheit Brunner Christiane: Wir beschränken uns auf das zweite Kind und die folgenden, die wir finanziell besser stellen wollen. Das wollen wir aber, und dort unterscheiden wir uns ganz klar von der Minderheit I (Beerli). Ich meine, wir dürfen hier ein Mehreres tun, als nur die Belastungsgrenzen einzubeziehen, wie sie sonst in Artikel 65 für die Prämienverbilligung festgelegt sind. Wir dürfen hier ein Mehreres tun, und das ist hier die klare Absicht.

Es stellt sich dann die Frage, wie wir vorgehen. Wollen wir das im Bereich der Prämienverbilligung tun, oder sehen wir das im Bereich der Prämie selbst? Ich komme auf diesen Punkt zurück.

Eine zweite Frage stellt sich, die ich zuerst abhandeln möchte: Wollen wir hier noch einmal je nach Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Familien Limiten setzen? Oder ist es möglich, hier ein administrativ einfaches System zu wählen, das im Prinzip alle Kinder einbezieht?

Sehen Sie, ich komme aus dem Kanton Thurgau, und wir haben bei der Prämienverbilligung schon lange ein solches System. Wir nehmen lediglich noch das Vermögen – das ist einfach zu eruieren – als Limite und gewähren die Prämienverbilligung Leuten mit hohen Vermögen nicht. Wenn Sie die Statistik ansehen, werden Sie feststellen, dass bei uns rund 90 Prozent der Kinder die Prämienverbilligung erhalten, und ich finde das richtig so. Es ist administrativ sehr einfach; das muss man auch einmal sehen.

Wenn ich dann höre, dass dies falsch sei, weil sich irgendwelche Millionäre im Kanton Zürich enervieren, weil sie Prämienverbilligungen erhalten, muss ich zwei Sachen sagen: Zum einen habe ich auch immer wieder Millionäre erlebt, die immer laut aufgeschrieen haben, wenn es um die Steuerbelastung gegangen ist. Umgekehrt, wenn sie hier allenfalls einmal etwas erhalten, soll das wieder falsch sein. Ich würde auf dieses Argument nicht gross eintreten. Zum Zweiten erhalten die genau gleichen Kinder, wenn sie dann über 18 Jahre alt sind und nicht mehr der Familie zugerechnet werden, auch die Prämienverbilligungen. Dort reklamiert dann in der Regel auch niemand. Wählen wir doch hier das System, das tatsächlich einfach ist; gehen wir im Übrigen durchaus auch von jenen Kantonen aus, welche hier bereits in diese Richtung – wenn Sie so wollen – grosszügig oder eben auch zielgerichtet gehandelt haben.
Zur ersten Frage, zur Minderheit Brunner: Ich muss Ihnen ehrlich sagen, ich habe das in der Kommission immer so aufgefasst, und auch Frau Beerli hat das heute gesagt, dass es in Artikel 61 Absatz 3bis tatsächlich um die Prämie gegangen ist – müssen keine Prämien entrichtet werden? – und nicht um eine Prämienverbilligung. Der Wortlaut scheint mir hier eben so klar, dass tatsächlich von der Prämie ausgegangen werden muss.
Was bedeutet das? Wenn es die Prämien sind, dann verteuert dieser Prämienerlass die übrigen Prämien, und der Kostenträger ist die Krankenkasse. Das scheint mir unter diesem Aspekt problematisch zu sein, um nicht mehr zu sagen, weil das am Schluss unter anderem den Effekt hat, dass Familien mit mehreren Kindern für die Kassen zum grösseren, zum schlechteren Risiko werden. Wer will dann noch Familien mit mehreren Kindern, wenn die Kinder prämienfrei sind und damit die Kasse belasten? Nur schon aus diesem Grund sehe ich diese Lösung nicht.
Ich habe jetzt gehört, Frau Brunner, dass Sie das nicht so aufgefasst wissen wollen. Wenn Ihr Antrag in eine andere Richtung geht, nämlich dass dies auch im Rahmen der Prämienverbilligung schlussendlich von der öffentlichen Hand, von den Kantonen in Zusammenarbeit, in Mitfinanzierung durch den Bund getragen wird, dann sind wir nicht weit auseinander. Aber ich habe vom Wortlaut her Artikel 61 Absatz 3bis nicht anders auffassen können. Das müsste mindestens geklärt werden. Aber im Grundsatz bleibe ich klar bei der Mehrheit.

**Fünfschilling** Hans (R, BL): Weil beim Antrag der Mehrheit eine Unklarheit da ist, habe ich mich erkundigt. Ich möchte darauf hinweisen, dass in Artikel 65 Absatz 1bis ein Fehler ist. Da steht nämlich «Einkommen» statt «Vermögen». Es steht da, dass das Reineinkommen nach dem Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer berücksichtigt wird, korrigiert um einen Vermögensfaktor – das ist genau die Regelung, damit Millionäre nicht wegfallen. Jetzt muss es heissen: «in der Höhe von 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens und der Anzahl der Kinder». Es kann ja nicht nochmals das Einkommen gemeint sein.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Es ist ja so, dass die Kinder schon heute reduzierte Prämien haben; sie zahlen etwa einen Viertel der normalen Erwachsenenprämie, und wir diskutieren jetzt darüber, diese zu erlassen – für alle Leute oder nur für jene, die es nötig haben.
Bei den Leuten, die es nötig haben, läuft das heute schon über die Prämienverbilligungen und kann mit dem neuen System wahrscheinlich vollständig erfüllt werden. Bei reicheren Leuten ist das hingegen nicht der Fall, und wir müssen aufpassen, dass wir nun nicht nur eine Diskussion führen darüber, ob «Millionäre» Kinderprämien zu zahlen haben oder nicht. Wenn wir wollen, dann können wir das tun, aber dann müssen wir wirklich über die Finanzierungsart diskutieren. Ich teile die Meinung von Herrn Stähelin: Dann müssen das Bund und Kantone über die Prämienverbilligung finanzieren, denn wir können dies nicht im Krankenversicherungssystem intern ausgleichen. Die soziale Krankenversicherung hat verschiedene Auflagen: gleiche Prämien für Jung und Alt, für Frauen und Männer, und man hat einen Risikoausgleich eingebaut. Wenn Sie jetzt neue Auflagen machen, müsste man entweder den Risikoausgleich ändern, oder man hat eine unmögliche Konsequenz: Dann finanziert der Bauarbeiter mit einem kleinen Einkommen am Schluss dem Millionär die Kinderprämien, und das können wir nicht wollen. Deshalb ist der Ansatz innerhalb der Krankenversicherung falsch; ich teile die Meinung von Herrn Stähelin: Wenn Sie so weit gehen wollen, dass Sie alle Kinder begünstigen, dann müssen Sie den Lösungsansatz über die Prämienverbilligung von Bund und Kantonen suchen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich habe noch zwei Bemerkungen anzubringen; die erste betrifft Artikel 65 Absatz 1bis. Herr Fünfschilling hat mit dem scharfen Auge des ehemaligen Finanzdirektors richtig gelesen. Das Wort «Einkommen» müsste durch «Vermögen» ersetzt werden. Wir haben das in der bereinigten Fahne leider übersehen. In Absatz 1bis muss in der zweitletzten Zeile das Wort «Einkommens» durch «Vermögens» ersetzt werden.
Das Zweite betrifft die Auffassung von Frau Brunner. Herr Stähelin und Frau Beerli haben dargelegt, wie der Wortlaut des Minderheitsantrages ist. Zudem müssen wir die Systematik des Gesetzes betrachten. Artikel 61 ist der zweite Abschnitt über die Prämien der Versicherten. Dort wird klar gesagt, wer Prämien zu bezahlen hat. Der Antrag der Minderheit Brunner Christiane führt dazu, dass aus dem Prämienvolumen der einzelnen Krankenversicherungen alle Leistungen bezahlt werden müssen, aber ab dem dritten Kind wird nichts mehr in den Prämientopf eingeworfen. Das führt tendenziell zu einer leichten Erhöhung der Prämie; das dürfte pro Monat und Schweizer Einwohner etwa 1 Franken ausmachen. Das System der Prämienverbilligung hingegen ist in Artikel 65 geregelt. Wenn Sie es über die Prämienverbilligung regeln wollen, dann muss es in Artikel 65 Absatz 1quater geschehen. Dort bezahlt die öffentliche Hand.
Auch in Artikel 65 ist von der Anzahl der Kinder die Rede. Aber dort bedeutet die Anzahl der Kinder nur, wie hoch der Anteil der Prämie am verfügbaren Einkommen ist. Hierfür spielt die Anzahl der Kinder eine Rolle, aber es geht immer um Prämienverbilligung. Mit der Minderheit Brunner Christiane wählen Sie ein System über die Prämien aller Versicherten und mit dem Antrag der Mehrheit jenes über die Prämienverbilligung.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Lors du débat en commission, j'avais exprimé une certaine sympathie pour le point de vue de la majorité. Je dois dire, réflexion faite, que la proposition de la minorité I (Beerli) est la meilleure, pour deux raisons:
1. Les moyens à disposition pour réduire les primes d'assurance des assurés les plus faibles du point de vue économique sont limités, et on ne peut pas se permettre de donner des subventions à ceux qui n'en ont pas réellement besoin.
2. Grâce au système que l'on met en place, comme l'a dit M. Brändli il y a un instant, on garantit que les familles les plus faibles économiquement et qui ont plusieurs enfants bénéficient en réalité de la réduction des primes puisque, en fonction du nombre d'enfants, le revenu susceptible de donner droit à une augmentation de la subvention s'accroît.
Pour ces deux raisons, je pense que ce n'est pas aller contre la vision positive d'une politique démographique nécessaire et souhaitable, à mon avis, ce n'est pas aller contre cette politique démographique volontariste – si l'on ose parler de politique démographique volontariste – que de soutenir la proposition de minorité I et de concentrer les moyens sur ceux qui en ont réellement besoin.
En conséquence, je vous invite à soutenir la proposition de minorité I.

*Art. 61 Abs. 3bis – Art. 61 al. 3bis*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 5 Stimmen
Dagegen .... 28 Stimmen

*Art. 65 Abs. 1bis – Art. 65 al. 1bis*

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich halte fest, dass in der zweitletzten Zeile das Wort «Einkommens» durch das Wort «Vermögens» zu ersetzen ist.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 21 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit
Brunner Christiane .... 11 Stimmen

*Art. 65 Abs. 1quater – Art. 65 al. 1quater*

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Die Minderheit II zieht ihre «Unterstützung» zurück.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 18 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 17 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*
*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 66b**
*Antrag der Kommission*
Streichen (= geltendes Recht von Art. 105)

**Art. 66b**
*Proposition de la commission*
Biffer (= droit en vigueur à l'art. 105)

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Wir haben vorgängig noch Artikel 66 Absätze 1bis und 2, Mehrheit und Minderheit, auf der Fahne Seite 39. Ich bitte darum, dass die Minderheit ihren Antrag zuerst begründet.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich sehe auf Seite 39 keine Minderheit.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Gut, dann habe ich eine andere Fahne als Sie. Dann vergessen Sie es. *(Heiterkeit)* Es ist keine Geheimfahne, aber offenbar habe ich die zweitletzte Fassung bei mir in Arbeit und nicht die allerletzte. Das ist offensichtlich.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich möchte festhalten, dass wir in Artikel 66b einen Streichungsantrag der Kommission haben, der nach der Fahne nicht bestritten ist.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 79 Abs. 2bis**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 79 al. 2bis**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 104a Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Streichen

*Antrag Leuenberger*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 104a al. 2**
*Proposition de la commission*
Biffer

*Proposition Leuenberger*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Der Antrag Leuenberger ist aufgrund einer früheren Abstimmung hinfällig geworden.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

**Art. 105**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1–3, 5*
Streichen (= geltendes Recht)
*Abs. 4*
.... Dauer von zehn Jahren ab Inkrafttreten dieser Gesetzesrevision vom .... befristet ....

**Art. 105**
*Proposition de la commission*
*Al. 1–3, 5*
Biffer (= maintenir le droit en vigueur)
*Al. 4*
La compensation des risques est limitée à une durée de dix ans dès l'entrée en vigueur de la présente révision de la loi du .... Le Conseil fédéral ....

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. II**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1, 2*
Festhalten
*Abs. 3*
Mit Inkrafttreten dieser Änderung wird der Anteil der Versicherer und der Kantone an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3, ausgehend vom Finanzierungsverhältnis im Zeitpunkt des Inkrafttretens, so angepasst, dass die Differenz zwischen aktuellem und hälftigem Anteil im ersten Jahr um einen Drittel erhöht oder verringert und im zweiten Jahr um zwei Drittel erhöht oder verringert wird, sodass der hälftige Anteil im dritten Jahr nach Inkrafttreten erreicht wird.
*Abs. 4, 5*
Festhalten
*Abs. 6*
Im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung haben die Kantone ihren Kostenanteil für die stationäre Behandlung in nichtsubventionierten Privatspitälern nur dann zu übernehmen, wenn diese auf der Spitalliste aufgeführt sind sowie einen Leistungsauftrag haben. Die Kantone haben ihre Spitallisten nach Artikel 39 innert eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Änderung dem neuen Recht anzupassen.
*Abs. 7*
Auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung sind die Versicherer verpflichtet, mit allen Leistungserbringern im ambulanten Bereich, welche am 1. Januar 2003 zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen waren, einen Vertrag für eine vierjährige Vertragsdauer gemäss Artikel 35 abzuschliessen.
*Abs. 8*
Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die Kantone die notwendige Anzahl der Leistungserbringer im ambulanten Bereich festsetzen müssen. Bis zu diesem Zeitpunkt kommen die gestützt auf Artikel 55a festgelegten Versorgungszahlen als Mindestzahlen im Sinne von Artikel 35 zur Anwendung.
*Abs. 9*
Soweit sich aus der Anwendung von Absatz 8 keine massgebende kantonale Mindestzahl ergibt, gilt die Anzahl der im Kanton niedergelassenen Leistungserbringer, welche am 1. Januar 2003 zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen waren, als massgebende Mindestzahl.
*Abs. 10*
Die erste Planung gemäss Artikel 39 Buchstabe f ist bis Ende 2005 zu beschliessen und innerhalb von drei Jahren umzusetzen.

*Abs. 11*
Solange keine Betriebsvergleiche im Sinne von Artikel 49 Absatz 8 vorliegen, wird für die Anwendung von Artikel 49 Absatz 8 Unwirtschaftlichkeit vermutet, wenn:
a. das Spital die in der Spitalplanung des Standortkantons festgelegte Bettenzahl überschreitet. Fehlt die planerische Festlegung einer Bettenzahl, wird Überkapazität vermutet, wenn die Bettenauslastung 85 Prozent unterschreitet. Diese Vermutung kann widerlegt werden, wenn nachgewiesen wird, dass die Gewährleistung der Versorgungssicherheit eine höhere Bettenzahl erfordert;
b. die Bettenzahl abnimmt und gleichzeitig die Kosten pro Bett zunehmen. Die Vermutung kann widerlegt werden, wenn vom Spital besondere Umstände nachgewiesen werden, welche die Wirtschaftlichkeit trotz Zunahme der Kosten pro Bett belegen.

*Antrag der Minderheit*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Abs. 2*
Die Neuregelung der Finanzierung der stationären Behandlung gemäss den Artikeln 49 und 64bis wird auf den 1. Januar 2007 in Kraft gesetzt. Der Bundesrat kann den Zeitpunkt, in dem die Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 auf einheitlichen Strukturen zu beruhen haben, bestimmen. Die Einführung kann zeitlich gestaffelt erfolgen.
*Abs. 4*
Streichen

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
*Abs. 7*
.... einen Vertrag für eine sechsjährige Vertragsdauer ....

**Ch. II**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1, 2*
Maintenir
*Al. 3*
Dès l'entrée en vigueur de la présente modification, la part des assureurs et des cantons aux rémunérations prévues à l'article 49 alinéa 3 doit être adaptée, sur la base de la part de chacun au financement au moment de l'entrée en vigueur, de façon à ce que la différence entre la part actuelle et pour moitié soit augmentée ou réduite d'un tiers pendant la première année et de deux tiers pendant la deuxième année de sorte que la part pour moitié soit atteinte la troisième année.
*Al. 4, 5*
Maintenir
*Al. 6*
Pendant l'année qui suit l'entrée en vigueur de la présente modification, les cantons ne doivent prendre en charge leur part aux coûts pour les traitements hospitaliers dans les hôpitaux privés non subventionnés que lorsque ces hôpitaux figurent sur la liste hospitalière et ont un mandat de prestations. Les cantons sont tenus d'adapter leurs listes hospitalières selon l'article 39 au nouveau droit dans le délai d'une année après l'entrée en vigueur de la présente modification.
*Al. 7*
A compter de l'entrée en vigueur de la présente modification, les assureurs sont tenus de conclure un contrat d'une durée de quatre ans, conformément à l'article 35, avec tous les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire qui, à la date du 1er janvier 2003, étaient autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.
*Al. 8*
Le Conseil fédéral fixe la date pour laquelle les cantons doivent déterminer le nombre nécessaire des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire. Jusqu'à cette date, les chiffres relatifs à la couverture sanitaire fixés sur la base de l'article 55a s'appliquent et sont considérés comme nombres minimums au sens de l'article 35.

*Al. 9*
Tant qu'aucun nombre minimum n'est fixé au niveau cantonal en application de l'alinéa 8, le nombre de fournisseurs installés dans le canton et qui, à la date du 1er janvier 2003, étaient autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie est considéré comme nombre minimum.
*Al. 10*
La première version de la planification selon l'article 39 lettre f doit être arrêtée d'ici fin 2005 et concrétisée dans un délai de trois ans.
*Al. 11*
Tant qu'aucune comparaison n'existe au sens de l'article 49 alinéa 8, il y a présomption de non-rentabilité en application de l'article 49 alinéa 8 lorsque:
a. l'hôpital dépasse le nombre de lits prévu au titre de la planification hospitalière du canton concerné. Dans les cas où le nombre de lits n'a pas été fixé au titre de la planification, la présomption de surcapacité est établie lorsque le taux d'occupation des lits est inférieur à 85 pour cent. Cette présomption peut être réfutée s'il est prouvé qu'un plus grand nombre de lits s'avère nécessaire pour assurer la couverture des soins;
b. le nombre de lits diminue et parallèlement le coût par lit augmente. Cette présomption peut être réfutée si l'hôpital parvient à prouver que l'augmentation des coûts par lit est due à des circonstances particulières qui ne remettent pas en cause sa rentabilité.

*Proposition de la minorité*
(Stähelin, Brändli, Cottier, David, Frick, Jenny)
*Al. 2*
La nouvelle réglementation du financement des traitements hospitaliers selon les articles 49 et 64bis entrera en vigueur le 1er janvier 2007. Le Conseil fédéral peut fixer la date à compter de laquelle les forfaits prévus à l'article 49 alinéa 1er doivent se fonder sur des structures uniformes. L'introduction peut se faire par étapes.
*Al. 4*
Biffer

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
*Al. 7*
.... de six ans ....

*Abs. 2, 4 – Al. 2, 4*
*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*
*Adopté selon la proposition de la majorité*

*Abs. 7 – Al. 7*

**Studer** Jean (S, NE): La question est assez simple. C'est une question d'opportunité politique, à savoir: quel délai entendons-nous donner aux fournisseurs de prestations pour accepter, se préparer au nouveau système que nous avons mis en place, notamment par la planification des besoins sur le plan cantonal?
Pendant un certain nombre d'années, les fournisseurs de prestations doivent avoir l'assurance que leurs prestations seront prises en charge par l'assurance de base, comme maintenant. La majorité de la commission propose que ce nombre d'années soit fixé à quatre. La minorité propose que ce nombre d'années soit porté à six. Nous connaissons la sensibilité des fournisseurs de prestations à l'égard de la levée de l'obligation de contracter. Nous sommes d'avis que cette durée de six ans est à même de rassurer un certain nombre d'entre eux et de favoriser l'acceptation de la nouvelle solution que nous proposons.
Nous vous invitons dès lors pour cette raison à adopter la proposition de minorité.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es geht nur darum, ob die erste Vertragsdauer mit den Leistungserbringern vier oder sechs Jahre betragen soll. Sie haben entschieden,

dass die übliche Vertragsdauer vier Jahre beträgt, mit einer Erstreckungsmöglichkeit um zwei Jahre in wirtschaftlich schwierigen Situationen. Entsprechend glaubt die Kommissionsmehrheit, dass bereits eine erste Vertragsdauer von vier Jahren genügt; die Erstreckungsmöglichkeit besteht ja. Wenn wir die erste Dauer auf sechs Jahre erweitern, dann greift einfach der Mechanismus des Gesetzes erst zwei Jahre später, indem alle heutigen Leistungserbringer eine Vertragsdauer von sechs Jahren zugestanden erhalten. Es ist ein zeitlicher Unterschied. Wann sollen unsere Massnahmen zu wirken beginnen, etwas früher oder zwei Jahre später? Die Kommissionsmehrheit sieht vier Jahre, so wie es auch für die folgenden Perioden gilt, als genügend an.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 22 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 8 Stimmen

*Abs. 11 – Al. 11*

**Briner** Peter (R, SH): Die Kommission hat die Formulierung aus den ursprünglichen Absätzen 9 und 10 von Artikel 49 in Absatz 11 der Übergangsbestimmungen verschoben. Anscheinend war ihr selbst nicht so recht wohl dabei. Der Inhalt von Absatz 11 der Übergangsbestimmungen widerspricht nämlich dem allgemeinen Geist dieser KVG-Revision, mit der wir ja von einer Input- zu einer Output-Steuerung kommen wollen. Dies gilt für die Finanzierung – ich erinnere an die Fallpauschalen in Artikel 49 Absatz 1 –, und es sollte auch für alle übrigen Instrumente gelten.
Effiziente medizinische Leistungen können nicht an der Anzahl Spitalbetten gemessen werden, wie wir das hier tun. In Buchstabe a wird der Indikator «Bett» eingeführt. Dabei handelt es sich um einen völlig untauglichen Indikator zur Messung der Wirtschaftlichkeit. Betten, wie sie hier gemeint sind, sind Planbetten und damit eine manipulierbare Grösse. Ein Spital, das eine Bettenauslastung von weniger als 85 Prozent hat, und darum geht es hier, verdient vielleicht einen neuen Bettenplaner, aber nicht die Vermutung, dass es unwirtschaftlich arbeitet.
In Buchstabe b beruht die Unwirtschaftlichkeitsvermutung – was für ein Wort! – auf einer Kostensteigerung pro Bett. Dies ist aber für die durchschnittlichen Bettenkosten dann sogar wünschenswert, wenn wir die Verschiebung von einfacheren und billigeren Fällen vom stationären in den ambulanten Bereich verstärken wollen. Durch den Wegfall der billigeren Behandlungen im stationären Bereich verbleiben dann nur die teuren Fälle im Spital und erhöhen somit die Durchschnittskosten des Spitals.
Durch die Einführung von Absatz 11 der Übergangsbestimmungen handeln wir diesem medizinischen Trend, der doch Kosten sparen soll, zuwider. Die Bestimmung bestraft nämlich jene Spitäler, die eine Erhöhung der Durchschnittskosten pro Bett verzeichnen. Spitäler werden deshalb wieder versucht sein, Patienten aus dem billigeren ambulanten Bereich in den teureren stationären Bereich aufzunehmen, um ihre Betten zu belegen und damit die Durchschnittskosten gemäss Übergangsbestimmungen Absatz 11 zu senken. Wenn wir als Ausgangspunkt dieser Revision die Beseitigung falscher Anreize genommen haben, dann sollten wir hier nicht wieder damit anfangen, neue falsche Anreize einzuführen.
Für ein Nichtkommissionsmitglied wäre es wahrscheinlich vermessen, einen Einzelantrag zu stellen. Ich habe aber den Wunsch, dass meine Intervention dazu führt, dass der Zweitrat sich dieses Anliegens annimmt, den aufgezeigten Mechanismus überprüft und sich von der Streichung von Absatz 11 überzeugen lässt.
Meine Interessenbindung – das Verwaltungsratspräsidium der Klinik Belair – gebe ich hiermit kund. Sie hat allerdings mit diesem Anliegen wenig bis gar nichts zu tun, betrifft es doch private wie öffentliche Spitäler gleichermassen.

**David** Eugen (C, SG): Ich finde das Votum von Herrn Kollege Briner sehr wichtig, damit wir auch den Kontext dieser Bestimmungen verstehen und einordnen können. Ich verweise auf Artikel 49 Absatz 8; dort finden Sie den Satz: «Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Betriebe liegen .... so können die Versicherer .... die Tarife auf das richtige Mass zurückführen.» Mit anderen Worten sieht das Gesetz vor, dass man in den Tarifdiskussionen auf Betriebsvergleiche abstellen und feststellen kann, ob die Tätigkeit, die ein Spital ausführt, wirtschaftlich ist oder nicht. Und entsprechend müssen beim Tarif Korrekturen vorgenommen werden.
Diese Bestimmung existiert schon sehr lange, nämlich seit der Einführung des KVG. Tatsache ist aber, dass bis heute keine Betriebsvergleiche existieren. Mit anderen Worten gibt es kein Mittel – sprich Betriebsvergleich –, um in der Tarifdiskussion gemäss der Vorschrift, die im alten wie im neuen Gesetz steht, das richtige Mass zu finden.
Nun setzt die von Herrn Briner angesprochene Übergangsbestimmung in Absatz 11 hier an. Sie besagt nämlich, was passiert, solange keine Betriebsvergleiche vorliegen. Da nimmt sie nun zwei Dinge auf, die der Preisüberwacher festgelegt hat: Solange keine Betriebsvergleiche vorliegen, muss man leider – das ist ein Nachteil, aber es bestehen keine anderen Mittel – zum einen bei der Bettenanzahl und zum anderen bei den Kosten pro Bett ansetzen. Das sind sicher nur Hilfsmittel, aber diese müssen eingesetzt werden, solange es den Betriebsvergleich nicht gibt. Die Kommission hat das in die Übergangsbestimmungen aufgenommen, in der Meinung, dass die Spitäler und insbesondere der Spitalverband möglichst bald die nötigen Grundlagen für Betriebsvergleiche schaffen, damit dann von diesen Hilfsgrössen, die vom Preisüberwacher stammen, abgerückt werden kann, um zum Betriebsvergleich überzugehen.
Es ist aber nach wie vor so – da muss ich Kollege Briner vielleicht widersprechen –, dass wir immer noch eine Spitalplanung haben. Seine Vorstellung, die ich im Übrigen unterstütze, ist, dass auch die Spitäler einmal in die Vertragsfreiheit übergehen. Dieser Zeitpunkt sollte kommen – Kollege Stähelin hat das mit dem monistischen System eigentlich mehr oder weniger vorgeschlagen –, in drei Jahren, fand aber hier keine Mehrheit. Wir haben wahrscheinlich noch für einige Jahre die Spitalplanung, und daher müssen wir mit dieser Spitalplanung, obwohl sie unbefriedigend ist – das gebe ich zu – zurande kommen; wir und insbesondere die Kantonsregierungen müssen sie durchführen.
Wichtig ist natürlich auch, dass diese Regeln nicht nur für die öffentlichen, sondern auch für die privaten Spitäler gelten. Sie gelten für alle Spitäler, die nachher nach dem Konzept auf der Spitalliste sind. Ich bin sehr einverstanden, wenn das im Nationalrat nochmals überprüft wird, aber mir war es doch wichtig, den Zusammenhang nochmals aufzuzeigen, weshalb diese Vorschrift hier in den Übergangsbestimmungen des Gesetzes steht.

*Angenommen – Adopté*

*Übrige Bestimmungen angenommen*
*Les autres dispositions sont adoptées*

**Ziff. III**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Ch. III**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Wie vor einigen Tagen angekündigt, möchte ich die Gesamtabstimmung erst dann durchführen, wenn wir den Finanzierungsbeschluss gefasst haben, denn ohne Geld kann die ganze Sache sowieso nicht funktionieren.

**2. Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung**
**2. Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie**

*Detailberatung – Examen de détail*

**Titel und Ingress**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Titre et préambule**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 1**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1*
Für das Jahr 2004 beträgt der Beitrag des Bundes 2584 Millionen Franken.
*Abs. 2*
Für die Jahre 2005 bis 2007 legt der Bundesrat die Beträge aufgrund der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes und der Kantone fest.

*Antrag der Minderheit*
(Beerli, Frick)
....
a. im Jahr 2004: 2534 Millionen Franken;
b. im Jahr 2005: 2610 Millionen Franken;
c. im Jahr 2006: 2688 Millionen Franken;
d. im Jahr 2007: 2769 Millionen Franken.

**Art. 1**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1*
Pour l'année 2004, les subsides fédéraux s'élèvent à 2584 millions de francs.
*Al. 2*
Pour les années 2005 à 2007, le Conseil fédéral fixe les montants sur la base de l'évolution des coûts en tenant compte de l'état des finances de la Confédération et des cantons.

*Proposition de la minorité*
(Beerli, Frick)
....
a. 2534 millions de francs ....
b. 2610 millions de francs ....
c. 2688 millions de francs ....
d. 2769 millions de francs ....

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Im Finanzierungsbeschluss geht es um zwei Fragen:
1. Mit welchem Betrag starten wir für die Prämienverbilligung?
2. Wie werden diese Beiträge für die nächsten Jahre erhöht?
Sie sehen, es stehen sich Mehrheit und Minderheit gegenüber. Die Mehrheit beginnt mit einem Betrag von 2584 Millionen Franken und will ihn ab dem Jahr 2005 aufgrund der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung und unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes und der Kantone anpassen. Die Mehrheit nennt für die Folgejahre also keinen fixen Betrag; sie möchte adäquat der Kostenentwicklung und den Bundesfinanzen Rechnung tragen. Die Minderheit beginnt mit 50 Millionen Franken weniger – 2534 Millionen Franken – und legt fixe Beträge für alle Jahre fest, im Sinne einer klar berechenbaren Finanzpolitik.

**Beerli** Christine (R, BE): Es hat zusätzlich zu dem Unterschied, den Ihnen der Kommissionspräsident dargelegt hat, noch einen weiteren: Die Mehrheit verlangt eine Aufstockung der Prämienverbilligungen um 200 Millionen Franken; die Minderheit beantragt Ihnen 150 Millionen Franken. Der Betrag der erstmaligen Aufstockung ist also auch ein anderer.
Ich bin mit der Minderheit der Überzeugung, dass wir es angesichts der angespannten Finanzlage des Bundes bei einer Erhöhung der Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung von 150 Millionen Franken belassen sollten. Wir haben – Sie erinnern sich daran – im Rahmen der Diskussion um die Familienbesteuerung ja auch die Diskussion mit dem Herrn Finanzminister geführt, haben dort um diese 150 Millionen Franken gerungen und haben im Prinzip auch versucht, 150 Millionen Franken herauszusparen, damit wir dann hier bei der Prämienverbilligung einen entsprechenden Betrag aufstocken können. Das ist das erste Argument.
Das zweite Argument ist: Wenn Sie die Zahlen ansehen, die benötigt werden und uns von der Verwaltung vorgelegt worden sind, um die Massnahmen erfüllen zu können, die wir jetzt in diesem Gesetz beschlossen haben, dann kommt man zu der gewünschten Aufstockung von eben diesen 150 Millionen Franken auf Bundesebene. Es werden ja noch die entsprechenden Ergänzungsbeiträge der Kantone hinzuzulegen sein. Deshalb bin ich der Ansicht, dass wir für den Grundbetrag nicht über 150 Millionen Franken hinausgehen sollten.
In Bezug auf die jährlichen Erhöhungen fahren wir mit 3 Prozent, weil wir denken, dass diese Zuwachsrate in etwa angemessen ist – auch wenn sie sich an der unteren Grenze bewegt; darüber sind wir uns im Klaren. Aber wir möchten mit den 3 Prozent einen sicheren Rahmen geben.
Wenn man Absatz 2 der Mehrheit liest, könnte man davon ausgehen, es handle sich um eine völlig harmlose Bestimmung, weil der Bundesrat nach seinem eigenen Gutdünken und nach dem Stand der Bundesfinanzen entscheiden könne, wie viel er hier beitragen möchte. Ich habe Bedenken gegenüber diesem Absatz, weil wir die ganze Kompetenz dem Bundesrat geben, also nicht selber entscheiden, in welchem Ausmasse wir hier eine jährliche Erhöhung vorsehen möchten, und weil im Rahmen der Kommission im Prinzip die Rede davon war, dass diese Beiträge mit den Gesundheitskosten wachsen müssten. Das war die ausgewiesene Meinung der Mehrheit.
Sie wissen es: Wir können im Moment nicht vorhersagen, wie die Gesundheitskosten resp. die Prämien steigen werden. Das können 4, 5, 6, 7 Prozent sein. Auch deshalb ist mir ein Offenlassen dieser Steigerungsrate einfach zu unsicher. Auch wenn jetzt noch eine gewisse Abdämpfung in den Absatz eingebaut worden ist, indem präzisiert wird, man könne auf die Situation oder die Lage der Bundesfinanzen Rücksicht nehmen – auch das ist mir noch nicht Garantie genug, dass wir hier nicht in ein grosses Kostenwachstum hineinmarschieren, das beim heutigen Stand der Bundeskasse einfach nicht tragbar ist.
Deshalb also der Antrag der Minderheit: eine Erhöhung um 150 statt um 200 Millionen Franken und klar begrenzt während vier Jahren 3 Prozent Erhöhung für die neu anfallenden Kosten und kein Offenlassen und keine Carte blanche für den Bundesrat.

**David** Eugen (C, SG): Ich würde sehr gerne dem Antrag der Minderheit Beerli zustimmen; das muss ich sagen. Ich wäre sehr froh, wenn wir das so beschränken könnten, wie die Minderheit es vorschlägt. Wir müssen uns aber darüber im Klaren sein, dass wir jetzt mit dieser Regelung im KVG für die Prämienverbilligung Rechtsansprüche einräumen. Es ist nicht mehr so wie heute, wo es den Kantonen überlassen bleibt, wie viel Geld sie einsetzen wollen. Sie wissen ja, dass es heute den Kantonen freigestellt ist. Wenn sie wenig einsetzen, kriegen sie einfach weniger vom Bund; das ist der heutige Mechanismus. Dieser hat sich als unbefriedigend herausgestellt.
Wir haben jetzt beschlossen, dass es im Rahmen dieser Schere – 4 bis 12 Prozent bzw. 2 bis 10 Prozent – Rechtsan-

sprüche auf Prämienverbilligung gibt. Die Kantone müssen sich in diesem Rahmen bewegen; sie haben diesen Freiraum, den sie bis jetzt hatten, nicht mehr. Es ist klar, dass das öffentliche Mittel kostet. Wenn nun die Prämien steigen, stellt sich die Frage, wer diese Rechtsansprüche erfüllt. So wie der Antrag der Minderheit lautet, müssen dann die Kantone in die Lücke springen. Das heisst, der Bund passt sich der Kostenentwicklung nicht an, die Kantone müssen sich aber aufgrund des Mechanismus des Gesetzes, der eben einen Rechtsanspruch auf die Prämienverbilligung einräumt, anpassen. Damit bedeutet eben letztlich der Antrag der Minderheit eine Verlagerung des Kostenrisikos allein auf die Schultern der Kantone. Da muss ich Ihnen sagen, dass ich mich damit nicht einverstanden erklären kann, denn es sind Bund und Kantone, die gemeinsam die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen steuern.
Man kann sicher sagen, dass der Bund allein die Kostensteigerung nicht steuern kann. Aber auch die Kantone allein können die Kostensteigerung nicht steuern. Wenn wir aber hingehen und sagen – wie es auch in der Kommission zum Teil vom Bundesrat ausgeführt wurde –, es seien vor allem die Kantone, die die Kostensteigerung im Gesundheitswesen im Griff hätten, und wir eigentlich wenig machen könnten, dann kann ich diese Meinung deswegen nicht teilen: Der Bundesrat hat insbesondere auch als Beschwerdebehörde – das haben die letzten fünf Jahre gezeigt – die Kostenentwicklung sowohl im stationären Bereich wie im Pflegebereich massgeblich mit beeinflusst. Also gilt es hier, eine gemeinsame Verantwortung wahrzunehmen. Daher finde ich es nicht richtig, wenn wir den Bund aus dem Kostenrisiko herausnehmen und das Kostenrisiko allein den Kantonen überlassen.
Noch eine wichtige Bemerkung zu Absatz 2; hier steht: «.... unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes und der Kantone». Das heisst, die Kommission ist der Meinung, dass die Festlegung der Beiträge in den Jahren 2005 bis 2007 einerseits die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenversicherung in Betracht ziehen muss – das ist die eine Seite. Auf der anderen Seite muss der Bundesrat sicher die Entwicklung des Bundeshaushaltes, aber auch die Entwicklung der kantonalen Finanzhaushalte in Betracht ziehen. Ich finde, diese Lösung wird dem Gesundheitswesen als einer kooperativen Aufgabe im schweizerischen Staat viel eher gerecht als die Lösung der Minderheit, wo dann die Lasten allein bei den Kantonen liegen.

**Studer** Jean (S, NE): Je l'ai dit lors du débat d'entrée en matière, cette question est un des points essentiels de la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie. C'est d'ailleurs le point essentiel en rapport avec l'objectif social que poursuit cette révision. Je n'entends pas ici répéter les explications pertinentes que vient de donner M. David, mais je dois répéter, en tout cas dans ma langue, que, si nous voulons être cohérents en donnant le droit à une réduction des primes, nous ne pouvons pas en même temps limiter les moyens financiers pour obtenir une réduction des primes.
En fait, ce à quoi pourrait tendre la proposition de minorité, ce serait effectivement à créer une sorte d'incohérence: les moyens pour éviter que les primes dépassent un certain pourcentage du revenu des familles seraient limités. Et ça, ça ne va pas! Si, vraiment, nous avons la volonté d'atteindre l'objectif social que nous avons inscrit à l'article 65, nous pouvons simplement prévoir que les montants mis à disposition pour la réduction des primes suivront l'évolution des coûts. Sinon, le risque est grand, en cas de difficultés comme celles que nous traversons maintenant, de voir les cantons non seulement appliquer des barèmes différenciés pour l'octroi des réductions des primes, mais encore ne pas pouvoir répondre à la demande selon l'article 65. S'il n'y a pas d'adéquation entre l'adaptation des subsides et l'évolution des coûts, en fait, tout le système que nous mettons en place à l'article 65 n'atteindra pas sa finalité et ne permettra pas d'atteindre l'objectif.
C'est pour cette raison que nous vous invitons à adopter la proposition de la majorité de la commission.

**Lauri** Hans (V, BE): Ich werde nach den Argumenten, die wir gehört haben, der Mehrheit zustimmen, muss aber zuhanden des Zweitrates sagen, dass mich auch diese Mehrheitsmeinung nicht vollständig befriedigt. Ich frage mich nämlich: Weshalb ist es überhaupt nötig, dass der Bundesrat – wie wir das jetzt gehört haben – offenbar abschliessend und bindend für den Bundeshaushalt diese Beträge jährlich festlegt? Weshalb reicht es nicht, wenn schon Rechtsansprüche bestehen, dass der Bundesrat der Bundesversammlung diese Beträge beantragt, sodass das Parlament, das auch für den übrigen Haushalt im Rahmen des Budgetrechtes zuständig ist, diese selbst festlegt? Das wäre wahrscheinlich das normale Verfahren.
Ich bitte den Zweitrat, das noch einmal zu überprüfen.

**Merz** Hans-Rudolf (R, AR): Ich möchte genau das wiederholen, was Kollege Lauri soeben gesagt hat. Ich habe es leider etwas spät gemerkt, aber nachdem die heutige Debatte eigentlich eine erweiterte Kommissionssitzung war, spielt das jetzt auch keine Rolle mehr. Da kann man diese Hausaufgabe für die weitere Bearbeitung im nächsten Rat mitgeben.
Ich finde, dass man diesen Bundesbeschluss kreditrechtlich nicht sauber durchdacht hat. Es ist keine Frage, dass man das noch regeln muss. Sie müssen sich insbesondere folgende Fragen überlegen: Handelt es sich hier um Rahmenkredite? Sind es schon Jahreszusicherungskredite oder sogar Globalkredite? Sie müssen auch klar regeln, ob sie dem Subventionsgesetz unterstehen. Dann ist nämlich die Frage der Teuerung und der Anpassungen automatisch geregelt; dann hat auch das Parlament künftig wieder die Möglichkeit, hier via die Budgetpolitik Einfluss zu nehmen. Oder das Parlament muss jedes Jahr auf Antrag des Bundesrates wieder neue Verpflichtungskredite sprechen. All diese Dinge sind ungeregelt. Das muss man kreditrechtlich neu fassen.
Ich schlage deshalb vor, dass wir diese Entscheidungen aussetzen, dass wir allenfalls über das Prinzip abstimmen, wie sich die Kommission das überlegt hat, aber dass wir die kreditrechtliche Ausarbeitung zuhanden des Zweitrates sauber regeln lassen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Herren Lauri und Merz haben Recht. Diese Bestimmung ist – wir geben es zu – in der Eile geboren, auf dass die Vorlage für diese Session beratungsreif wurde. Ihre Kritikpunkte sind berechtigt. Und doch sollten wir darüber abstimmen. Der Nationalrat kann die Fehler – nomen est omen – ausmerzen. *(Heiterkeit)* Heute entscheiden Sie über das Prinzip: Wenn Sie der Mehrheit folgen, sprechen Sie sich für die Folgejahre für eine flexible Regelung aus, bei welcher die Entwicklung der Gesundheitskosten und der Finanzlage von Bund und Kantonen berücksichtigt wird. Mit der Lösung der Minderheit, hinter der ich auch stehe, regeln Sie klar und sauber die Beträge für die Folgejahre. Dieser Entscheid kann heute fallen, und die finanztechnischen Verbesserungen sind im Zweitrat möglich. Und später kommt die Sache als Differenz ohnehin zu uns zurück.

**Beerli** Christine (R, BE): Ich teile die Meinung des Präsidenten der Kommission, würde aber doch anregen, dass man allenfalls die beiden Fragen in der Abstimmung auseinander nimmt. Denn man kann durchaus 200 Millionen Franken mit einer fixen oder aber 200 Millionen mit einer flexiblen Erhöhung wollen oder dann allenfalls eben von 150 Millionen ausgehen.
Man sollte zunächst die 200 den 150 Millionen und dann die flexible der fixen Erhöhung gegenüberstellen.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Sie möchten also zuerst darüber entscheiden, ob für das Jahr 2004 nun 2584 oder 2534 Millionen Franken bewilligt werden, und dann über einen zweiten Absatz, der nach Ihrem Modell zwei weitere Zahlen enthält oder der eine flexible Lösung enthält.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je crois qu'il s'agit de subsides suffisamment importants pour que le Conseil fédéral ait l'occasion de s'exprimer. Je suis toujours partisan de la solution la plus modérée, parce qu'il y a une cohérence à garder. M. Studer a parlé de la cohérence au sein de la loi; mais il y a la cohérence plus générale au vu de la situation des finances publiques.
Si un certain montant est dépassé, il faudra trouver des solutions, et les solutions ne permettront pas d'épargner des secteurs sociaux comme ceux-là. Alors, ayez au moins le courage de prendre dès maintenant comme base le montant le moins élevé, qui est déjà plus que ce qui paraît possible en fonction des plans financiers à venir.
M. David dit avec raison que le système de la loi crée des droits pour les assurés de recevoir des subventions, et que si l'on adopte la proposition de la minorité, ce sont les cantons qui devront prendre en charge cette différence. Les cantons sont coresponsables avec la Confédération du contrôle de l'augmentation des coûts. La Confédération paie sa part; vu l'augmentation qui est prévue d'année en année, elle prend sa part de l'évolution des coûts. Par contre, il est vrai que cela risque de provoquer une charge supplémentaire pour les cantons si les coûts explosent au-delà de ce qui est prévu implicitement par ces augmentations. Cela peut être une pression supplémentaire pour que cantons, Confédération et Parlement prennent ensemble des mesures pour que les coûts ne croissent pas aussi rapidement que dans le passé.
Je vous invite à soutenir la proposition de minorité Beerli à l'alinéa 1er ainsi qu'à l'alinéa 2.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich schlage Ihnen vor, dass wir zuerst über den Absatz 1 abstimmen, der beim Antrag der Minderheit nur aus der Litera a besteht, und dann über den Absatz 2, der beim Antrag der Minderheit aus den Literae b bis d besteht. – Sie sind damit einverstanden.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 17 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 14 Stimmen

*Abs. 2 – Al. 2*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 22 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 8 Stimmen

**Art. 2**

02.2026

## Petition Stucki-Barak Irene. Überprüfung der Vormundschaftsbehörden

## Pétition Stucki-Barak Irene. Examen des autorités tutélaires

Bericht RK-NR 19.11.02
Rapport CAJ-CN 19.11.02
Nationalrat/Conseil national 13.12.02
Bericht RK-SR 31.01.03
Rapport CAJ-CE 31.01.03
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03

---

*Punkt 1 – Point 1*
*Von der Petition wird Kenntnis genommen, ohne ihr Folge zu geben*
*Il est pris acte de la pétition sans y donner suite*

*Punkt 2 – Point 2*
*Die Petition wird dem Bundesrat zur Kenntnisnahme überwiesen*
*La pétition est transmise au Conseil fédéral pour qu'il en prenne acte*

02.2027

## Petition Jugendsession 2002. Für einen autofreien Sonntag

## Pétition Session des jeunes 2002. Pour un dimanche sans voitures

Bericht KVF-SR 21.11.02
Rapport CTT-CE 21.11.02
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03

---

*Abgeschrieben – Classé*

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)

---

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Ich werde mich an das Gebot der Kürze beim Eintreten halten. Wir haben in der Kommission auch beschlossen, dieses Geschäft in Kategorie IV zu behandeln.
Nachdem der Ständerat die von unserem Rat am 13. Dezember 2002 abgelehnte Vorlage nochmals bearbeitet und einige wesentliche Vorschläge des Nationalrates darin aufgenommen hat, ist nun unser Rat wieder am Zug.
Der Ständerat beschloss einige wesentliche Änderungen gegenüber der Nationalratsvorlage, die hier ja bekanntlich in der Gesamtabstimmung abgelehnt wurde. So hat er unter anderem die Realisierung des Sozialziels abgeändert, indem er von der generellen 8-Prozent-Regelung abkam und sich den Vorschlägen der Finanz- und der Sanitätsdirektorenkonferenz anschloss, gleichzeitig aber mit dem Einbezug und der Befreiung des dritten Kindes einer Familie von den Prämien einen neuen Aspekt hineinbrachte, der zusätzlich rund 150 Millionen Franken kosten wird. Ebenso beschloss der Ständerat im Bereich der Pflegekosten, dass die Krankenkassen die Kosten nicht vollumfänglich übernehmen müssen. Ich komme dann beim entsprechenden Artikel darauf zu sprechen.
Die nationalrätliche Kommission entschied sich grundsätzlich für die Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich, so, wie dies auch der Ständerat getan hatte. Im Gegensatz zum Ständerat führte sie aber sehr detaillierte Ausführungsbestimmungen ein, entschied sich für eine Weiterzugsmöglichkeit des Entscheides an ein zukünftiges Bundesverwaltungsgericht und will die Entwicklung von Netzwerken der Leistungsanbieter fördern, indem sie für diese beim Abschluss von Verträgen und natürlich ebenso beim Selbstbehalt eine Privilegierung vorsieht.
Nach dem klaren Volksentscheid am Abstimmungswochenende vom 18. Mai 2003 gelang es dann in der Kommission, die Verhandlungen zu einem Abschluss zu bringen – dies in der Einsicht, dass das Parlament in der Pflicht steht. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Umsetzung der Spitalfinanzierung auf eine leistungsbezogene Abgeltung und einen zeitlich gestaffelten Übergang auf die 50/50-Prozent-Finanzierung; es gilt aber auch in Bezug auf die Prämienverbilligungsmassnahmen wie auch für die Einführung der Vertragsfreiheit.
Die Kommission ist ohne Gegenstimme auf die Vorlage eingetreten und beantragt Ihnen, dasselbe zu tun.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Le 13 décembre dernier, nous avons, est-il besoin de le rappeler, rejeté au vote sur l'ensemble, par 93 voix contre 89, le projet de loi sur l'assurance-maladie après en avoir débattu pendant seize heures. Un sentiment de frustration avait envahi les esprits, on pouvait penser avoir travaillé pour rien. En fait, le projet avait besoin de mûrir.
Le Conseil des Etats a repris formellement le projet dans l'état où il l'avait laissé. En fait, il avait tout de même la matière de nos délibérations sous les yeux. Il a repris certaines de nos idées. Mais surtout, le peuple s'est entre-temps très clairement prononcé contre l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)». Cette initiative allait dans le sens d'une plus large étatisation du système et responsabilisait moins les individus au niveau des primes. Le peuple n'en a pas voulu, nous devons tenir compte de cette donnée.
Nous devons impérativement mettre des incitations à limiter les coûts. Nous reviendrons dans l'examen de détail sur les positions de la commission, mais disons d'emblée que le Conseil des Etats a maintenu ses décisions concernant la suppression de l'obligation de contracter. Il a toutefois établi des règles du jeu propres à atténuer d'éventuels effets pervers.
S'agissant du financement des hôpitaux, le système moniste est agréé, seul le délai de mise en oeuvre pose encore problème.
Concernant la réduction des primes, le Conseil des Etats a repris la solution que nous avions adoptée, la solution des 8 pour cent du revenu n'ayant pas résisté aux simulations. Le Conseil des Etats nous a suivis dans l'idée de réduire de 50 pour cent la prime du deuxième enfant d'une famille et de ne pas percevoir de prime pour les suivants, ceci par 18 voix contre 17.
Il reste à déterminer si ces réductions sont à la charge des caisses, comme nous l'avions décidé en décembre dernier, ou si elles sont subventionnées par l'Etat, comme l'a décidé le Conseil des Etats, par 21 voix contre 11.
Dans le domaine des franchises, le Conseil des Etats a voulu une plus grande incitation à économiser. Il a décidé de faire passer la quote-part à 20 pour cent pour les assurés qui n'adhèreraient pas à un réseau de soins meilleur marché.
Telle est dans les grandes lignes la carte du menu que nous allons nous offrir avec cette loi qu'il est de plus en plus urgent de réviser.
Votre commission s'est penchée longuement sur ce projet. Elle revient avec des incitations importantes pour mettre en place des réseaux de soins, ainsi que par exemple des cartes d'assuré. Notre travail n'est pas parfait. Une loi est une chose vivante qui doit évoluer en fonction des expériences faites. Mais je peux vous assurer que la commission a travaillé avec soin.
Je vous engage d'ores et déjà à lui faire confiance, ceci sans allonger inutilement les débats.

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

**Sofern nichts anderes vermerkt ist:**
**– beantragt die Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates;**
**– stimmt der Rat den Anträgen der Kommission zu.**

**Sauf indication contraire:**
**– la commission propose d'adhérer à la décision du Conseil des Etats;**
**– le Conseil adhère aux propositions de la commission.**

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 7a**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Der Ständerat hat diesen Artikel neu aufgenommen. Er passt in das Konzept der Vertragsfreiheit, so, wie sie jetzt von der Kommission beschlossen wurde. In Bezug auf die Vertragsfreiheit gilt eine Informationspflicht, auf der einen Seite der Versicherer in Artikel 7a, auf der anderen Seite der Leistungserbringer in Artikel 41a.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 12a**
*Antrag der Minderheit*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Vermot)
*Titel*
Krankenversicherungsgruppen
*Abs. 1*
Eine Krankenversicherungsgruppe wird hinsichtlich der Prämien für die Versicherten in der sozialen Krankenversicherung und des Risikoausgleiches wie ein Versicherer behandelt.
*Abs. 2*
Als Krankenversicherungsgruppe gilt eine hauptsächlich im Krankenversicherungsbereich tätige Gruppe von Unternehmen, wenn die Unternehmen eine wirtschaftliche Einheit bilden oder auf dem Markt als Einheit auftreten.
*Abs. 3*
Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

**Art. 12a**
*Proposition de la minorité*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Vermot)
*Titre*
Groupes d'assurance-maladie
*Al. 1*
Un groupe d'assurance-maladie est traité comme un assureur au regard des primes pour les assurés dans l'assurance-maladie sociale et de la compensation des risques.
*Al. 2*
Par groupe d'assurance-maladie, on entend un groupe d'entreprises formant une unité économique ou se présentant comme unité sur le marché, actif principalement dans le domaine de l'assurance-maladie.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

**Goll** Christine (S, ZH): Die Jagd auf die so genannten guten Risiken ist offenbar zum Bestandteil des Wettbewerbs unter den Krankenversicherern geworden, auch wenn damit nachweislich eine missbräuchliche Risikoselektion betrieben wird. Ich möchte das an einem konkreten Beispiel aufzeigen: Am 22. Juni 2001, das ist das Datum der Inkraftsetzung der Statuten, wurden zwei Firmen mit den Namen KVD AG sowie CMAR SA mit Sitz in Rotkreuz gegründet. Die beiden Firmen wurden nachher als die beiden Billigkassen Sansan Versicherungen AG und Avanex Versicherungen AG bekannt. Die Verwaltungsräte der beiden Firmen sind Manfred Manser, Präsident, Peter Fischer, Vizepräsident, sowie René Kramer. Alle drei genannten Personen haben u. a. Einsitz in den Verwaltungsräten der Helsana Holding, der Helsana Versicherungen AG – einer Krankenkasse im Sinne des KVG – sowie der Helsana Zusatzversicherungen AG. Sie sind alle drei Mitglieder der Helsana-Konzernleitung.

Am 28. Juni 2001 reichten die beiden Firmen ein Gesuch ein um Anerkennung als Krankenkasse und um Erteilung der Bewilligung für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Das zuständige Eidgenössische Departement des Innern gab ein Rechtsgutachten in Auftrag und kam aufgrund des Gutachtens zum Schluss, dass solche Billigkassen nicht zulässig sind. Am 28. Dezember 2001 wurde eine Verfügung ausgestellt, welche das Gesuch der beiden Firmen ablehnte, und zwar mit der Begründung, dass eine zu grosse administrative, finanzielle und auch personelle Abhängigkeit von Gesellschaften der Helsana-Gruppe, namentlich der Helsana Versicherungen AG, bestehe. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass die Gefahr bestehe, dass ein Transfer von so genannten guten Risiken von der Helsana Versicherungen AG in die neuen Billigkassen Sansan und Avanex vorgenommen werden könnte. Die beiden neuen Firmen gelangten an das Eidgenössische Versicherungsgericht; dieses fällte am 26. Juli 2002 ein Urteil und gab die Sache an das EDI zurück. In der Begründung des Urteils hiess es: «Wann ein Versicherer unzulässige Risikoselektion betreibt, hat das Gesetz zu sagen.»
In der Kommission waren wir uns in der ersten Runde grossmehrheitlich einig, dass eine solche missbräuchliche Risikoselektion nie im Sinne des Gesetzgebers war. Auch unser Rat hat in der ersten Runde der KVG-Beratung einem solchen Antrag stattgegeben.
Damit wurde in der ersten Runde Artikel 12a neu ins Gesetz aufgenommen, so, wie Sie ihn, mittlerweile als Minderheitsantrag formuliert, auf der Fahne finden. Es kann doch nicht sein, dass ein halbes Jahr später alles anders sein soll. Es kann doch nicht sein, dass der Bundesrat und das Parlament tatsächlich die missbräuchliche Risikoselektion auch noch sanktionieren. Ich möchte Sie daran erinnern, dass wir ursprünglich eine schärfere Formulierung ins Gesetz aufnehmen wollten, dass uns die Verwaltung diesen Vorschlag unterbreitet hat, wie Sie ihn jetzt wortwörtlich in Artikel 12a formuliert finden. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es tatsächlich dem Willen dieses Parlamentes entspricht, Billigkassen zuzulassen und damit auch einer missbräuchlichen Risikoselektion Tür und Tor zu öffnen.
Ich möchte Sie also bitten, den Mut zu haben und – wie Sie das in der ersten Runde gemacht haben – diesem neuen Artikel 12a zuzustimmen, der davon ausgeht, dass Billigkassen im Sinne einer missbräuchlichen Risikoselektion nicht zugelassen werden sollen.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich darf vorerst, weil wir ja auf die Eintretensdebatte verzichtet haben, nochmals im Namen der FDP-Fraktion unsere Befriedigung zum Ausdruck bringen über das Abstimmungsergebnis vom 18. Mai 2003, das ja im ganzen Land sehr klar war. Für uns ist dieses Ergebnis auch eine Verpflichtung – wie wir das in der Abstimmungskampagne immer gesagt hatten –, diese zweite Revision im Sinne einer Reform der Anreize zügig umzusetzen.
Nach dieser Vorbemerkung lassen Sie mich kurz zu Artikel 12a kommen. Wir sind der Meinung, wie bei der ersten Lesung, dass wir diesen Artikel ablehnen sollten, dass wir also gut daran tun, der Mehrheit zu folgen. Darf ich ganz kurz noch einmal die Gründe auflisten:
Frau Goll erwähnt zwar durchaus zu Recht das Thema Billigkassen, deren Entwicklung man sehr genau verfolgen muss. Aber der hier vorliegende Artikel ist nicht geeignet, dieses Problem zu lösen. Im Grundsatz muss man klar sagen, dass dieser Artikel verhindern würde, dass es in der Zukunft Holdingstrukturen in der Kassenlandschaft geben könnte, wie es sie jetzt gibt. Es ist auch ganz klar, dass dieser Artikel zukünftige Fusionen von Kassen bremsen würde. Ich darf daran erinnern, dass wir gerade gestern erst die Differenzen zum Fusionsgesetz hinter uns gebracht haben. Es ist ein Gesetz, das Strukturwandel beschleunigen und erleichtern soll. Hier haben wir ein ähnliches Phänomen. Sie wissen, dass vor rund zehn Jahren noch ungefähr 1000 Krankenversicherer existierten, heute sind es ungefähr 100. Das war ein natürlicher Konzentrationsprozess.

Bei solchen Fusionen stellt sich beispielsweise die Frage, ob die übernommenen Versicherten für eine gewisse Zeit mit gleicher Prämienstruktur weitergeführt werden sollen. Wenn Sie diese Vorschrift gemäss Minderheitsantrag umsetzen würden, dann hiesse dies, dass solche Kassen vom ersten Tag an die gleiche Struktur haben müssten wie die Kasse, die übernimmt. Das würde auf diesen Prozess ganz sicher bremsend wirken. Es würde erschwerend wirken, wenn Kassen andere Versichertenkollektive mit weniger günstigen Risikostrukturen übernehmen sollten usw. Ich glaube also, dass mit diesem Artikel, der nicht durchdacht ist, das Grundproblem, das Frau Goll anvisiert, nicht geregelt werden kann, dass er dem weiteren Konzentrationsprozess hinderlich wäre. Heute existierende Kassen, die in einer Holdingstruktur verschiedene Formen von Versicherungskollektiven mit verschiedenen Kulturen, verschiedenen Prämienstrukturen führen, müssten dann ihre Struktur massiv ändern.
Das sind wohl die wichtigsten Gründe, die hier gegen diese Minderheit sprechen. Es gibt noch weitere; wir wollen uns aber im Interesse der Beratung kurz halten.
Ich möchte Sie bitten, diesen Minderheitsantrag abzulehnen und bei der Position der Mehrheit zu bleiben.

**Gross** Jost (S, TG): Nach der Kommissionssprecherin, Frau Heberlein, glaubt auch Herr Gutzwiller, hier an den 18. Mai erinnern zu müssen. Der 18. Mai ist offenbar ein gutes Datum. Nach dem 18. Mai kann man offenbar Versprechungen an die Prämienzahler und Prämienzahlerinnen und Patienten und Patientinnen ungestraft wieder zurücknehmen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang wie Frau Goll daran, dass dieser Vorschlag in der ersten Lesung eine Mehrheit gefunden hat. Ich hoffe nicht, dass der 18. Mai das in eine umgekehrte Richtung beeinflusst.
Die Entsolidarisierung der Grundversicherung ist die grösste Gefahr, sowohl für die soziale Zweckbestimmung der Krankenversicherung wie auch für den Wettbewerb unter den Kassen. Die Jagd auf gute Risiken als marktverzerrendes Element belohnt nicht die Effizienten am Kassenleistungsmarkt, sondern die Unsozialen und die Verantwortungslosen. In diesem Sinne sind Billigkassen eine Degenerationserscheinung sowohl der Sozialversicherung, aber auch des wohlverstandenen Marktes. Wir müssen hier einen Riegel vorschieben.
Wir haben hier eine Grundnorm vorgesehen, die von der Verwaltung und von der damals noch zuständigen Bundesrätin inspiriert wurde. Sie geht davon aus, dass nicht die rechtliche Trägerform, nicht das rechtliche Kleid, sondern eben der Marktauftritt einer Kassengruppe als wirtschaftliche Einheit das wesentliche, das entscheidende Element sein soll, wenn wir sie als Gruppe behandeln. Das ist sinnvoll, es ist so angeregt worden.
Man kann das durchaus auch im Verordnungsrecht konkretisieren, man muss das wohl auch konkretisieren. Aber ich bitte Sie, dieses Zeichen gegen die Entsolidarisierung der Krankenversicherung zu setzen und diesem Minderheitsantrag zuzustimmen.

**Borer** Roland (V, SO): Auch wenn man es nicht wahrhaben will, ist es natürlich so, dass der Entscheid der Bevölkerung vom 18. Mai gewisse Neuordnungen bringen wird, und es war auch ein deutliches Zeichen, auch im Gesundheitswesen Richtung Markt und nicht immer Richtung mehr Planwirtschaft zu gehen.
Wenn man – wie der Vorschlag der Minderheit – die Risikoselektion verhindern will, dann wäre es auf andere Art viel einfacher, Risikoselektion zu betreiben, als über dieses relativ komplizierte Gebilde mit einer Neugründung einer Krankenkasse. Wenn man ja auch ohne die Anträge von zwei Grosskassen einmal in die nähere Vergangenheit zurückblickt, dann darf man sagen, dass Neugründungen von Krankenkassen relativ selten geworden sind. Es gibt wahrscheinlich lukrativere Geschäfte im Versicherungswesen als die Gründung einer neuen Krankenkasse.
In der Regel ist es doch so, dass diese Gruppenbildung entsteht, wenn eine Krankenkasse, die aus verschiedensten Gründen insolvent geworden ist, als Gesamtes von einer anderen Gruppe übernommen wird. Es stellt sich jetzt natürlich schon die Frage, ob wir wollen, dass diese Krankenkasse, die aus verschiedensten Gründen eben finanziell nicht mehr überlebensfähig ist, jetzt plötzlich die Prämien bekommen sollte, welche die Gruppe, die die Versicherung übernimmt, von den bisherigen Versicherten einverlangt. Ich meine, dass das doch nicht das Ziel sein kann, diese Art der Angleichung der Krankenversicherungsprämien. Es gibt sogar Kreise, die behaupten, dass diese Angleichung zu einem eigentlichen Prämienkartell führen würde, zu einer Einheitsprämie, die wir so nicht wollen.
Wir verhindern damit auch, dass sich Krankenkassen, die im Administrativbereich Schwierigkeiten haben, für die Administration ihrer Versicherten einem anderen Versicherungskonglomerat anschliessen können. Es würde keine Versicherungsgruppe mehr einer kleineren, einer vielleicht weniger finanzstarken Krankenkasse die Administrativaufgaben abnehmen, wenn das dann dazu führen würde, dass man eben auch die gleichen Prämien anbieten müsste. Wir haben in der Vergangenheit Beispiele gehabt; das Beispiel der Caisse Vaudoise war eines der letzten. Wenn wir uns überlegen, was der Transfer eines einzelnen Versicherten in der Administration kostet, so ist es fraglich, jeden einzelnen Versicherten in eine neue Versicherung zu transferieren.
Damit im Übrigen bezüglich meiner Interessen in Zukunft keine Fragen auftauchen: Ich arbeite in meinem privaten Umfeld eng mit der Groupe Mutuel zusammen.

**Ruey** Claude (L, VD): Pour qu'il n'y ait pas de doute non plus, je rappelle que je m'exprime au nom du groupe libéral, mais que je suis également président de la Cosama.
Cela dit, je crois que nous avons déjà eu cette discussion au premier débat; je crois donc que nous pouvons faire court, comme l'a suggéré le rapporteur. Le 18 mai 2003 n'a en tout cas pas changé la donne vers plus d'étatisme, puisque c'est justement l'étatisme qui a été refusé. Ce qui m'étonne dans ce débat, c'est qu'on oublie toujours que l'article 12 alinéa 1er LAMal dit que «les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif». On est en train de peindre le diable sur la muraille avec les gros bénéfices ou les intérêts privés exorbitants des caisses alors que ce sont, comme le dit la loi, des instruments sans but lucratif.
Ce n'est pas parce que ces organismes sont sans but lucratif qu'ils doivent être mal gérés et qu'ils ne doivent pas pouvoir bénéficier du principe de la liberté d'organisation, de la liberté d'entreprise, de la liberté d'innover, de la liberté de créer ses propres structures, donc de pouvoir vivre dans la concurrence la plus ouverte là où c'est possible.
La proposition de minorité Goll va exactement à l'encontre de cette liberté; elle va à l'encontre de l'efficacité, à l'encontre de l'efficience. M. Borer vient de donner quelques exemples tout à fait précis. J'en connais d'autres où, effectivement, une caisse ou une autre est venue à l'appui d'un autre groupe en difficulté pour l'aider à gérer ses difficultés et à se sortir des problèmes. Je ne veux pas donner de noms, mais on entendait hier à la radio la réponse d'un nouveau directeur d'un grand groupe qui a bénéficié de l'appui d'un autre. Si l'on veut figer les choses, si l'on veut empêcher ce genre de solutions, si l'on veut empêcher cette efficacité, cette efficience, il faut alors suivre la minorité. C'est bien évidemment ce que nous ne voulons pas ni les uns ni les autres; ce que nous voulons, ce sont des caisses efficaces, des caisses efficientes, des caisses qui puissent trouver des nouvelles solutions.
Quant à l'argument de la gestion ou de la sélection prétendument abusive des risques, ce n'est vraiment pas un argument pertinent. C'est dans le cadre de la compensation des risques que ces choses sont réglées, en tout cas pas dans le cadre de l'interventionnisme quant à la gestion entrepreneuriale des entreprises. Je ne comprends pas cet argument. Je crois qu'il ne faut pas suivre la minorité.
Le groupe libéral rejettera la proposition de la minorité.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Ici, la minorité veut éviter que par le biais d'une assurance fractionnée, on puisse faire une sélection des risques.
On peut comprendre la motivation évoquée ici, par contre je crois que l'objectif n'est pas atteint.
La majorité de la commission, comme le Conseil des Etats, ne voit pas de danger de ce côté-là. Elle estime au contraire que les assurances doivent avoir la possibilité de se regrouper pour faire des économies, en particulier de coûts administratifs, et tout à la fois garder leur indépendance.
Il nous paraît que l'on peut aussi gagner en efficacité si les dispositions de libre passage sont de nature à éviter les risques évoqués par la minorité. Il ne s'agit pas d'un problème de courage, ni de manque de solidarité. Les bases de la loi sont suffisantes.
Encore une fois, nous vous conseillons de suivre la majorité de la commission.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Bereits in der ersten Diskussion haben wir über die Aufteilung in Krankenversicherungsgruppen diskutiert. Wie das Frau Goll erwähnt hat, wurde dieser Vorschlag damals mit 80 zu 73 Stimmen angenommen. Wir müssen uns aber auch bewusst sein, dass der Ständerat einen entsprechenden Antrag mit 20 zu 9 Stimmen abgelehnt hat, dies mit der Argumentation, eine missbräuchliche Risikoselektion könne so oder so erfolgen, Umgehungen könnten immer wieder gesucht werden – dies nicht nur vonseiten der Versicherungen und Krankenkassen, sondern auch bei den Leistungserbringern.
Auch die zusätzlichen Administrationskosten haben uns davon abgehalten, jetzt in der zweiten Runde nochmals der damaligen Mehrheit zuzustimmen. Wir wollen die Kassen nicht zusätzlich belasten, wir wollen ihnen nicht einen zusätzlichen Aufwand auferlegen und damit neue Kosten verursachen. Wir wollen Fusionen von Kassen nicht verhindern, ebenso wenig wollen wir Neugründungen verhindern. Daher soll der Wettbewerb im engen Rahmen des Möglichen spielen.
Wir beantragen Ihnen daher, der Mehrheit zuzustimmen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous soutenons aussi le point de vue de la majorité.
Je crois que si quelqu'un qui a une certaine expérience de la vie juridique lit l'article 12a alinéa 2 proposé par la minorité Goll, il voit tout de suite la difficulté et l'inapplicabilité de la formule qu'elle suggère. Il s'agit d'obliger des entreprises qui ont une personnalité juridique différente de fixer la même prime parce qu'elles collaborent ou participent à une même unité d'entreprises. L'unité d'entreprises n'est pas quelque chose de défini dans la loi ou dans la pratique, mais on les oblige quand même à avoir, eu égard aux primes, exactement la même politique. Or, une entreprise aura peut-être des réserves qui correspondent à 25 pour cent des dépenses annuelles, c'est-à-dire largement au-dessus de ce qui est nécessaire, alors qu'une autre entreprise aura peut-être des réserves de 0 à 5 pour cent, ce qui malheureusement arrive et est contraire à la loi. Alors, sous prétexte qu'une des entreprises peut fixer des primes plus basses car ses réserves sont élevées, on va obliger l'entreprise du même groupe qui devrait augmenter ses primes pour reconstituer ses réserves à ne pas le faire, et puis on finira par obliger une entreprise à prendre l'argent de ses assurés pour venir au secours d'une autre entreprise du même groupe. Lorsqu'il y a des personnalités juridiques différentes, c'est impensable de faire cela.
On nous a dit qu'il peut y avoir des abus. Certainement qu'il peut y avoir des abus, comme c'est le cas pour d'autres acteurs du domaine de la santé, mais ce n'est pas un point essentiel de la réforme de l'assurance-maladie. Je crois que si l'on regarde – et je m'y suis attaché ces derniers temps – la situation des caisses-maladie, le problème principal est avant tout celui de l'état de leurs réserves. Il y a des caisses importantes qui ont entre 0 et 5 à 6 pour cent de réserves, alors qu'elles devraient en avoir 15 pour cent. Il y a même des caisses qui, pratiquement, sont en-dessous de 0 pour cent et ont dû bénéficier de mesures d'urgence dans le cadre de l'entreprise. C'est ça le problème contre lequel il faut lutter. Je n'invite pas les caisses à reconstituer cette année toutes leurs réserves, mais je veux que les caisses aient une certaine sécurité et des réserves suffisantes pour faire face à des erreurs involontaires dans la fixation des primes ou à des coups du sort.
La minorité Goll fait d'un problème qui est un problème de détail un problème essentiel et, surtout, la solution préconisée irait à l'encontre de règles de droit ordinaires – notamment, je le redis, le respect de la personnalité juridique des caisses.
Les orateurs qui se sont exprimés l'ont plusieurs fois redit: si on allait dans le sens de Mme Goll, on irait probablement vers plus de faillites de caisses que de reprises par des caisses qui sont encore en bonne santé et qui, en apportant leur appui, permettent à la caisse en difficulté – du fait de la mauvaise gestion de celle-ci ou du fait d'autres problèmes – de s'en sortir.

**Goll** Christine (S, ZH): Herr Bundespräsident, ich möchte Ihnen eine Frage stellen: Die Zulassung von Billigkassen bedeutet ja im Klartext eine Entsolidarisierung, indem Tochterfirmen von bestehenden Krankenkassen so genannt gute Risiken mit billigen Prämien anziehen und dann die schlechten Risiken, also Frauen, vor allem ältere Menschen und auch Chronischkranke, den anderen Krankenkassen überlassen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat ja eigentlich ein Urteil entgegen dem Entscheid Ihres Departementes gefällt. Das EDI wollte keine Zulassung von Billigkassen. Ich möchte Sie nun Folgendes fragen, Herr Bundespräsident: Heisst das, dass Sie als Departementschef, als Vorsteher des EDI, mit der jetzigen Ablehnung des Minderheitsantrages – dieser Antrag, der ja früher in diesem Rat eine Mehrheit fand – künftig bereit sind, Billigkassen zuzulassen und solchen Gesuchen von Tochterfirmen von bestehenden Krankenkassen zuzustimmen?

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Madame Goll, la réponse que je vous fais n'est pas la réponse définitive, j'en donnerai une deuxième. A la limite, je ne voudrais pas une caisse bon marché, je voudrais que toutes les caisses soient bon marché! Et le combat que nous menons, ce n'est pas pour empêcher les caisses d'être bon marché, c'est pour éviter que toutes deviennent trop chères. Mais j'admets volontiers que cette réponse est insuffisante.
Si vous regardez les choses de manière dynamique, il n'y a aucune caisse qui peut être longtemps une caisse très bon marché sans qu'elle attire – et c'est le but même de la concurrence – un grand nombre de clients supplémentaires. Parmi les caisses qui sont en difficulté aujourd'hui, il y en a un certain nombre qui ont voulu donner l'image de caisses bon marché et qui n'ont pas été capables d'anticiper les conséquences de leur politique. C'est-à-dire qu'elles ont attiré un nombre important de nouveaux assurés et, avec l'obligation de constituer des réserves et toutes les autres obligations qui vont avec, elles se sont très rapidement trouvées en difficulté. Je crois qu'on peut tenir peut-être une année avec une caisse à bon marché – artificiellement, comme vous le dites –, mais sur la durée, ce n'est pas possible!
Il n'y a pas d'exemple de caisse bon marché qui le reste simplement par ce que vous appelez la sélection des risques. La sélection des risques, qui permet dans un premier temps à une caisse d'avoir des primes basses, conduit rapidement à une augmentation massive du nombre des assurés de cette caisse – j'ai vérifié ces choses-là ces temps-ci, je me suis beaucoup intéressé à la situation financière des caisses-maladie, parce qu'après les accidents qu'on a eus dans le deuxième pilier, je ne voudrais pas qu'on ait les mêmes problèmes dans l'assurance-maladie. Par expérience, on constate qu'il n'y a point de caisses qui puissent mener une politique de sélection des risques sans prendre des risques extraordinaires, parce qu'elles attirent tout le monde et après, elles n'arrivent plus à maîtriser l'affaire.

Alors, vous peignez le diable sur la muraille, de la société et de la concurrence! La concurrence a des vertus supplémentaires, que vous ignorez encore, mais que vous allez découvrir peut-être, à moins que, par définition, vous n'aimiez pas la concurrence. Comme l'a dit M. Gross Jost, finalement, ce que vous ne voulez pas, c'est la concurrence. Moi, je la veux.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 62 Stimmen
Dagegen .... 96 Stimmen

**Art. 13 Abs. 2**
*Antrag der Mehrheit*
....
f. .... in denen die beteiligten Leistungserbringer gemeinsam die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung übernehmen ....

*Antrag der Minderheit*
(Cavalli, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Suter, Vermot)
....
d. auch die Einzeltaggeldversicherung und die Hotellerieversicherung nach diesem Gesetz durchführen;
....

*Antrag Antille*
....
f. .... in denen die beteiligten Leistungserbringer gemeinsam die Budgetverantwortung übernehmen. Der Bundesrat bestimmt die Regionen, in denen diese besonderen Versicherungsformen obligatorisch sind.

*Antrag Freund*
....
f. die Versicherer können insbesondere alleine oder in Zusammenarbeit ....

*Antrag Leuthard*
....
f. .... Budgetverantwortung im Sinne von Artikel 35a Absatz 2 übernehmen.

**Art. 13 al. 2**
*Proposition de la majorité*
....
f. .... dans laquelle les fournisseurs de prestations impliqués assument conjointement la responsabilité financière ....

*Proposition de la minorité*
(Cavalli, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Suter, Vermot)
....
d. pratiquer également l'assurance individuelle d'indemnités journalières et l'assurance-hôtellerie conformément à la présente loi;
....

*Proposition Antille*
....
f. .... dans laquelle les fournisseurs de prestations impliqués assument conjointement la responsabilité financière. Le Conseil fédéral définit les régions où ces formes particulières d'assurance sont obligatoires.

*Proposition Freund*
....
f. les assureurs peuvent en particulier offrir seuls ou en collaboration ....

*Proposition Leuthard*
.....
f. .... dans laquelle les fournisseurs de prestations impliqués assument ensemble la responsabilité financière – au sens de l'article 35a alinéa 2 – convenue ....

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich werde während dieser KVG-Debatte einige Male hier am Rednerpult stehen. Ich verspreche Ihnen, dass ich nicht jedes Mal vom 18. Mai sprechen werde, aber da alle das bis jetzt getan haben, erlauben Sie mir, dass ich das mindestens das erste Mal auch tue.
Die erste, etwas lapidare Feststellung: Man kann sicher darüber diskutieren, warum die Initiative gescheitert ist, aber eines bleibt klar: Kopfprämien sind ein Diebstahl, und ein Diebstahl bleibt moralisch ein Diebstahl, selbst wenn er legalisiert wird. Natürlich müssen wir aus dem 18. Mai die Lehren ziehen; die einfachste und gleichzeitig brutalste Lehre aus dem 18. Mai ist, dass sich in diesem Lande mit genügend Geld und genügend Macht einiges – um nicht mehr zu sagen – manipulieren lässt, Medien inklusive.
Jetzt komme ich zur Hotellerieversicherung. Das ist wirklich etwas, wovon jeder und jede weiss, dass die Mehrheit unseres Volkes sich das wünscht. Worum geht es? Es geht darum, sich mit einem kleinen Zusatz im Rahmen der Grundversicherung die Möglichkeit zu sichern, im Falle der Hospitalisierung ein Einer- oder Zweierzimmer zu haben, ohne gleichzeitig den Chefarzt einkaufen zu müssen. Wir wissen, dass viele Leute das wollen, dass die Mehrheit der Leute in diesem Land, wenn sie hospitalisiert werden, sich wünschen, dass sie – vor allem bei einer schweren Erkrankung – in einem Einer- oder Zweierzimmer sein können.
Das muss aber als Möglichkeit in der Grundversicherung enthalten sein. Warum? In der Grundversicherung gilt das Solidaritätsprinzip. Die Kosten dieses Zusatzes wären die gleichen für Mann und Frau, für Jung und Alt. Heute gibt es diese Möglichkeit in den Zusatzversicherungen. Aber was bedeutet das? Das bedeutet, dass man entweder gleichzeitig auch den Chefarzt einkaufen muss, was das Ganze sehr teuer macht, oder dann – da in der Zusatzversicherung das Solidaritätsprinzip nicht gilt – ist dieser Zusatz für Frauen und vor allem für ältere Menschen viel teurer und wird immer teurer, sodass sich das viele Leute, vor allem alte Menschen, nicht mehr leisten können. Es geht also nur um etwas ganz Einfaches, nämlich mit einem kleinen Zusatz, der für alle gleich wäre, sich ein Einer- oder Zweierzimmer sichern zu können.
Man sagt mir, es gebe ja schon heute die Möglichkeit, dass der Chef bei diesem Patienten oder jener Patientin, der oder die schwer krank im Spital ist, entscheidet, ihn oder sie in ein Einer- oder Zweierzimmer zu verlegen. Es stimmt, dass es diese Möglichkeit theoretisch gibt; aber wer täglich in den Spitälern arbeitet, weiss, dass von dieser Möglichkeit sehr wenig und sehr selektiv Gebrauch gemacht wird. Das ist also überhaupt keine Sicherheit, die wir unseren Leuten geben. Das ist auch der Grund, warum mein Antrag in der Kommission praktisch nur durch Stichentscheid des Präsidenten nicht durchgekommen ist.
Es gibt auch wirklich keinen rationalen Grund, diesen Minderheitsantrag nicht anzunehmen, es sei denn, dass man, trotz den Artikeln in jeder Zeitung der Sonntagspresse gegen die zu hohen Löhne der Chefärzte, unbedingt will, dass die Chefärzte zu viel verdienen. Wenn man das nicht verteidigen will, gibt es wirklich keinen Grund, diesen Minderheitsantrag jetzt nicht zu akzeptieren.

**Antille** Charles-Albert (R, VS): Je voudrais d'abord déclarer mes intérêts en précisant que je travaille à temps partiel au Groupe Mutuel en tant qu'agent commercial.
Cependant, ma proposition n'a rien à voir directement avec ceci, mais bien plus avec la situation de certains assureurs dans notre pays. La disposition telle qu'elle est proposée par la commission à l'article 13 alinéa 2 lettre f crée l'obligation légale pour les assureurs d'offrir des formes particulières d'assurance dans lesquelles assureurs et prestataires de soins se partagent la responsabilité financière. Je vous dirai que, personnellement, je ne crois pas à l'efficacité de ces modèles de réseaux. On prétend que le coût des traitements prodigués dans de tels modèles est inférieur à la moyenne. A ce jour, aucune étude scientifiquement fondée n'a été menée pour démontrer cette affirmation. Les praticiens – et

nous en avons fait l'expérience avec notre groupe – constatent par contre que ces modèles d'assurance ont pour effet premier d'attirer les bons risques, ce qui crée la désolidarisation entre les assurés d'une même région. Pour moi, il est clair qu'une telle disposition n'est pas applicable géographiquement.
Comme la commission – dont je ne suis pas membre – pense qu'il faut créer des réseaux et qu'il n'y a pas de minorité sur le fond, je pense que le Conseil fédéral doit définir les régions où cela est possible. La médecine est un service de proximité. Si l'on considère la géographie de la Suisse avec 3000 communes et 18 000 cabinets médicaux, il est illusoire de croire qu'un réseau suffisamment étendu d'organisation de soins pourra être mis en place pour présenter une réelle alternative au réseau actuel de soins. Quand je pense à certaines régions de mon canton et même à des régions dans différents cantons de notre pays, je ne vois pas comment les assureurs, qui selon cette loi en auront l'obligation, pourront créer des réseaux.
Je vous prie donc de soutenir ma proposition et de définir ainsi les régions où cela est possible.
Au cas où la proposition Freund devrait passer, je reprendrais la parole pour dire si je maintiens ou non ma proposition.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Juste une question de compréhension: selon quels critères le Conseil fédéral devrait-il définir ces régions?

**Antille** Charles-Albert (R, VS): Monsieur Rossini, je pense que vous connaissez le canton du Valais aussi bien que moi: il y a des régions où il n'y a pas de spécialistes établis et où il y a des caisses régionales avec 8000, 10 000, 12 000 assurés. Je vois là surtout des régions dans le Haut-Valais, mais également dans les Grisons, où il n'y a pas de spécialistes qui sont sur place dans la région; et je ne vois pas comment les assureurs pourront créer de vrais réseaux de santé, puisque nous demandons, avec la création de ces réseaux, que l'ensemble des prestations soient fournies.

**Freund** Jakob (V, AR): Ich beantrage Ihnen, die einseitig für die Versicherer zwingende Formulierung durch eine Kann-Formulierung zu ersetzen. Folgende Gründe lassen mir dieses Anliegen sinnvoll erscheinen:
Der Zwang, derartige Versicherungsformen anzubieten, beschränkt sich leider nur auf die Versicherer. Die Leistungserbringer auf der anderen Seite haben nach wie vor die Möglichkeit, eine Teilnahme an diesen Versorgungsnetzen abzulehnen. Eine Vorschrift, die dem einen Versicherungspartner einseitig etwas aufzwingt, dem anderen aber die freie Wahl lässt, ist nicht durchdacht. Solche Versicherungsformen machen nur Sinn – das erwähnt der Gesetzestext an anderer Stelle präzis –, wenn sie die gesamte Angebotskette umfassen. Welchen Grund sollen aber die auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführten Leistungserbringer des stationären Bereiches haben, um sich in eine Versicherungsform mit Budgetverantwortung einzubringen, wenn sie so oder so zur Leistungsabrechnung nach Grundversicherung zugelassen sind?
Die vorgeschlagenen Modelle sind zentrumsorientiert. Sie verursachen mehr Bürokratie und mehr Verwaltungskosten und führen letztlich zu einer weiteren Prämienerhöhung. Zudem sind sie eine Attacke auf die kleinen und effizienten Krankenkassen, da für diese die Durchführung derart komplexer und bürokratischer Versicherungssysteme besonders belastend ist. Die unterschiedlichen Selbstbehalte und Franchisen für Versicherte nach Netzwerken bzw. normaler Grundversicherung können zudem zu ungerechtfertigten Nachteilen für Versicherte führen.
Zu beachten ist auch, dass der Bundesrat aufgrund der Ausnahmebestimmung in diesem Absatz in bestimmten Regionen oder Gebieten die Versicherer für besondere Versicherungsformen verpflichten kann, sofern er dies als sinnvoll und notwendig erachtet. Ich finde, der Antrag Antille würde dieses Anliegen noch besser formulieren und deutlicher regeln.
Zu guter Letzt: Herr Bundespräsident, sind Sie davon überzeugt, dass wir mit diesen Versicherungsformen mit Budgetverantwortung im Gesundheitswesen tatsächlich Einsparungen erzielen? Ich habe da meine Zweifel.
Ich bitte Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Wir diskutieren hier ja zwei unterschiedliche Themen. Das eine hat mit der Hotellerieversicherung zu tun, das andere mit der grundsätzlichen Positionierung der Netzwerke. Darf ich mich kurz zu beiden äussern, weil wir diese Debatte ja zusammen führen.
Erstens zur Hotellerie: Wir haben bei der Erstberatung ausführlich darüber diskutiert. Wir sind klar der Meinung: Das gehört in den Bereich der Zusatzversicherungen. Was sind die Gründe dafür? Ich darf vorerst daran erinnern, dass die Grundversicherung auch heute, wenn es medizinisch indiziert ist, ein Einzelzimmer übernimmt. Wenn es aber eher um eine Komfortfrage geht, dann ist das klassischerweise etwas für die Zusatzversicherung. Es kommt dazu, dass die Mechanik eines solchen freiwilligen Wahlmoduls in der Grundversicherung ausserordentlich schwierig würde. Es würden nur diejenigen dieses Modul wählen, die ein hohes Risiko hätten, nachher diese Dienstleistung in Anspruch zu nehmen – also eine klare Risikoselektion. Das würde zu sehr teuren Prämien in dieser Zusatzversicherung in der Grundversicherung führen, und damit würde sie schon ausgehebelt, bevor sie wirklich begonnen hätte. Ich glaube also, es ist klar, dass diese Idee, Wahlmodule in der Grundversicherung zu haben, eine falsche ist; es sollte die Idee sein, solidarisch über alle zu finanzieren. Dann hätten Sie hier de facto auch Anreize für einen Leistungsausbau, weil jedermann diese Leistung dann auch benützen möchte, wenn sie solidarisch über die gesamte Grundversicherung finanziert würde. Also so oder so, es setzt ein falsches Signal, löst keine Probleme und ist nun wirklich ein Bereich, der in die Zusatzversicherung gehört.
Wir würden Sie also bitten, dieses systemfremde Wahlmodul in der Grundversicherung abzulehnen.
Der zweite Punkt wird noch zu reden geben. Es haben schon die Kommissionssprecherin und der Kommissionssprecher betont, dass die Netzwerke und die Anreize für Versorgungsnetzwerke ein zentrales Anliegen dieser zweiten Revision sind. Wir werden dieses Thema in einigen Artikeln wieder finden. Ich würde Sie deshalb hier darauf aufmerksam machen, dass ja Ausnahmen bestimmt werden können. Der Bundesrat wird Ausnahmen bestimmen. Ich gehe davon aus, dass es klar ist, dass dort, wo enge regionale Verhältnisse herrschen, kein Zwang für ein Netzwerk ausgeübt wird. Zum Beispiel hat das Lötschental eine wunderbare, günstige Kasse mit entsprechenden Einwohnern. Dort wäre ein Zwang für ein Netzwerk nicht sinnvoll.
Der Bundesrat wird dies also tun, ob nun in der Formulierung Antille mit den Regionen oder einfach, weil er Ausnahmen bestimmen kann. Ich glaube, der Begriff Ausnahmen ist hier klar genug, und der Bundesrat wird diese Kompetenz dann sicher weise wahrnehmen.
Wir würden Ihnen aber anraten, hier bei der grundsätzlichen Ausrichtung auf Netzwerke zu bleiben. Kollege Freund hat die Frage nach den Einsparungen gestellt: Es sind dazu in der letzten Zeit verschiedene Studien erschienen. Man kann sicher aufgrund der schweizerischen Erfahrungen sagen, dass ein gutes Ärztenetzwerk, nicht übertrieben geschätzt, Einsparungen in der Grössenordnung von 20 bis 25 Prozent erzielen kann – bei gleicher Qualität wie die Regelversorgung! Denn das muss ja das Ziel sein. Es geht hier nicht um eine schlechtere, billigere Versorgungsart, sondern um eine qualitativ hoch stehende, die ja auch den neuen Ärztegenerationen entgegenkommt, denn dort sind Kollegen und Kolleginnen, die gerne im Team arbeiten, die das gewohnt sind, die vernetzt funktionieren. Das wird die Versorgungsform der Zukunft sein mit einem klaren Einsparungspotenzial – ich sage es nochmals – bei gleicher Qualität.

Ich würde Sie deshalb bitten, hier in Artikel 13 bei dieser Formulierung der Mehrheit zu bleiben: Sie legt die Basis für die Förderung der Netzwerke, die ja nachher bei den Artikeln 35ff. noch zu reden gibt. Lehnen Sie also die Hotellerieversicherung der Grundversicherung ab, und bleiben Sie bei den Anreizen und bei der Grundlage für die Netzwerke in Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f mit der klaren Ausnahmeregelung für den Bundesrat.

**Sommaruga** Simonetta (S, BE): Herr Gutzwiller, Sie wissen, dass Versicherte, die älter sind als 55 Jahre, heute keine Hotellerieversicherung mehr abschliessen können. Diese sind gezwungen, eine teure Privat- oder Halbprivatversicherung abzuschliessen. Ich möchte Sie fragen: Wie wollen Sie diese Ungerechtigkeit ausräumen, wenn Sie die Hotellerieversicherung nicht innerhalb des KVG anbieten?

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich glaube, es gibt zwei Möglichkeiten. Zum einen bieten schon heute verschiedene Kantone die Möglichkeit an, gegen Zusatzbezahlung ein Einzelzimmer zu beziehen. Das gibt es, das wäre eine ausbaufähige Möglichkeit. Zum anderen wird dort – man muss das unterstreichen –, wo es medizinisch indiziert ist, heute schon ein Einzelzimmer durch die Grundversicherung bezahlt.

**Rechsteiner** Rudolf (S, BS): Wenn Sie eine Ferienreise buchen, dann können Sie sich zwischen einem Doppelzimmer und einem Einzelzimmer gegen Aufpreis entscheiden – das ist bei allen Anbietern heute üblich. Eine solche Wahl möchten wir auch den Drittklasspatienten, den allgemein versicherten Patienten, in den Spitälern ermöglichen. Das geht nur, wenn Sie ein solches Angebot auch im KVG aufnehmen.
Wir wollen, dass Patientinnen und Patienten dieses Einzelzimmer auch ohne Zusatzversicherung erwerben können. Denn in der Zusatzversicherung befinden sich ärztliche Leistungen, die häufig gar nicht unbedingt gewünscht werden: die Behandlung durch den Chefarzt, die freie Arztwahl usw. Es ist klar, weshalb sich die Ärzte – hier offensichtlich vertreten durch Herrn Gutzwiller – gegen diese Möglichkeit wehren: Sie möchten die Patienten in die Zusatzversicherungen kanalisieren, um so auch ihr Einkommen zu steigern. Wir sind der Meinung, ein Einzelzimmer sei ein Menschenrecht! Man soll die Möglichkeit erhalten, dieses Recht einzufordern, weil man es ja auch finanzieren will. Das heisst also: Es ist eine Lösung, die den Spitälern keine Zusatzkosten aufbürdet, sondern ihnen die nötigen Geldmittel verschafft, um die entsprechende Anpassung der Infrastruktur vorzunehmen. Es ist klar, das braucht Zeit. Wenn wir es heute ins Krankenversicherungsgesetz aufnehmen, dann werden immerhin die Grundlagen dafür geschaffen, um dieses Angebot bereitzustellen.
Tatsache ist, dass sich heute immer weniger Versicherte Zusatzversicherungen leisten können oder wollen. Gerade deshalb, meine ich, ist es klar: Man ist im Spital, man ist in einer Notsituation; wenn man schon bei einer Ferienreise ein Einzelzimmer buchen kann, dann sollte das doch erst recht bei einem Spitalaufenthalt möglich sein – wie gesagt, dies nicht nur, wenn es medizinisch indiziert wird. Wir wollen hier nicht die Ärzte vorschreiben lassen, was die Kunden gerne möchten, sondern ich meine, die Patientinnen und Patienten auch in der Allgemeinversicherung sollen das Recht auf ein Einzelzimmer erhalten, wenn sie es dann vergüten. Den Kantonen und den Versicherungen sollen keine Kosten entstehen. Es ist, wie gesagt, eine Leistung, die von den Patientinnen und Patienten freiwillig bezahlt wird.

**Gross** Jost (S, TG): Sie haben es gemerkt: In der Sozialpolitik der SVP-Fraktion sieht man nun neue Gesichter, nach Herrn Blocher nun auch Herrn Freund. Mit Herrn Antille meldet sich die Groupe Mutuel zum zweiten Mal zu Wort.
Ich bitte Sie dringend, diese Einzelanträge abzulehnen. Die Muss-Form muss unbedingt erhalten bleiben, damit sich integrierte Versorgungsnetze in diesem Land flächendeckend durchsetzen können. Dafür müssen Anreize für alle da sein, für die Leistungserbringer, für die Versicherer und für die Versicherten. Sie haben es festgestellt: In den letzten Monaten sind bestehende Hausarztmodelle leider gestorben, oder sie sind am Sterben, weil die Anreize nicht gross genug sind, weil sie wegen der Prämienrabatte nicht kostendeckend betrieben werden können und weil der Wettbewerb unter den Kassen verfälscht wird, wenn das nicht alle anbieten müssen.
Ich möchte mich mit Ausnahme der Hotellerieversicherung Herrn Gutzwiller anschliessen. Wenn wir jetzt einen echten Schritt zur gemeinsamen, zur paritätischen Mengen- und Kostenregulierung leisten wollen, dann müssen wir jetzt bereits in diesem Punkt den integrierten Versorgungsnetzen in diesem Land eine Chance geben.
Deshalb bitte ich Sie, die Anträge Freund und Antille abzulehnen.

**Borer** Roland (V, SO): Die Fraktion der SVP wird den Minderheitsantrag Cavalli bezüglich Hotellerie- und Einzeltaggeldversicherung ablehnen. Wir sind der Meinung, dass diese Versicherung, so, wie Sie sie wollen, nicht nötig ist. Es gibt ja entsprechende Modelle, indem Leistungserbringer, Spitäler, diese Leistungen schon heute in verschiedenster Form und unter verschiedensten Titeln anbieten. Ich nehme immer wieder als Beispiel den so genannten Spitalclub aus meinem Herkunftskanton Solothurn, wo Sie diese Hotelversicherung für sehr wenig Geld, altersunabhängig erschwinglich, absolut abschliessen können.
Ich bin der Meinung, dass wir das, was im freien Wettbewerb funktioniert, nicht staatlich vorschreiben sollten. Ich habe vorhin den Begriff «Drittklasspatient in der Schweiz» gehört. Ich muss Ihnen sagen, dass es mir eigentlich neu ist, dass wir jetzt auch noch Drittklasspatienten haben. Lieber Ruedi Rechsteiner, bezüglich der Behandlung im Spital ziehe ich unter Umständen die Behandlung durch einen Assistenz- oder Oberarzt gegenüber der Behandlung durch den Chefarzt vor, weil ich Gewähr habe, dass sie ihren Job im praktischen, täglichen Leben lernen. Beim Chefarzt weiss ich vielleicht nicht, ob er mehr auf dem Golfplatz als im Spital ist.
Zu den Einzelanträgen Freund und Antille, zu den Netzwerken: Wir unterstützen diese Anträge und werden dann schauen, ob wir einem dieser Anträge zur Mehrheit verhelfen können. Die Ausgewogenheit, die hier im Gesetz vorgesehen ist, ist doch eine relativ eigenartige. Schauen wir einmal, was wir in diesem Artikel 13 vorschreiben: Die Versicherer müssen dieses Produkt anbieten, die Leistungserbringer können sich diesem Produkt anschliessen, wenn sie wollen. Die Leistungserbringer des stationären Bereichs, die Spitäler, wären dumm, wenn sie sich diesem Modell anschliessen würden. Sie sind so oder so, wenn sie auf einer Spitalliste sind, berechtigt, unter welchem Regime auch immer, die Leistung zu erbringen. Wir sind der Meinung, dass diese Gesetzesartikel schlecht ausformuliert sind.
Noch viel gravierender ist für uns aber die Benachteiligung der ganz normal Versicherten. Wenn wir die Umschreibung, die zusätzlichen Franchisen- und Selbstbehaltrabatte, die in Artikel 64 vorgesehen sind, anschauen, müssen wir doch ehrlich Folgendes sagen: Wir sollten von der Sache her das Pferd nicht am Schwanz aufzäumen. Wir müssten eigentlich zuerst über Artikel 64 und dann über Artikel 13 abstimmen. So, wie wir das machen, in dieser Reihenfolge, machen wir einen Systembruch. Wir entscheiden uns für ein Prinzip, ohne zu wissen, wie der Entscheid dann bezüglich der Folgen aussieht.
Geschätzte Damen und Herren der Ratslinken, wo bleibt denn da Ihr Kampf für die freie Arztwahl, den Sie immer auf Ihrer Fahne drauf haben? Sie schaffen hier mit diesen Modellen die freie Arztwahl zwar nicht direkt, aber indirekt ab, indem Sie da Unterschiede schaffen, die die Leute zwingen, die freie Arztwahl wenigstens zum Teil aufzugeben, und das ist in unseren Augen eigentlich der falsche Weg. Wir sind der Meinung, dass Ärztenetzwerke durchaus sinnvoll sein können. Wir haben in der Kommission auch die zuständigen

Experten des Ärzteverbundes Medix gehört, und auf eine konkrete Frage meinerseits war die Aussage eigentlich entwaffnend ehrlich: Ärztenetzwerke eignen sich für Grossstädte und ihre Agglomerationen. Ich glaube, wir haben nicht so viele Grossstädte und Agglomerationen. Wenn Sie das nicht glauben, Herr Gross Jost, dann schauen Sie im Protokoll nach, was der Vertreter von Medix in der Kommission diesbezüglich geäussert hat. Es ist einfach so. Wir können nicht flächendeckende Netzwerke anbieten und meinen, das sei dann das Heilmittel.
Zu den Studien, die Herr Felix Gutzwiller erwähnt hat: Lieber Kollege Gutzwiller, die Studien haben im Vorfeld des KVG auch vorausgesagt, dass dieses Gesetz sinnvoll und wirksam gegen die Kostenexplosion sei. Wie wirksam es war, haben wir gesehen. Es waren eigenartigerweise die gleichen Experten, die uns damals geraten haben, zu diesem KVG Ja zu sagen.
Wir unterstützen also die Einzelanträge Antille und Freund.

**Cavalli** Franco (S, TI): Wenn es stimmt, dass es in Solothurn schon eine Hotellerieversicherung in der Grundversicherung gibt: Warum sind Sie dagegen, dass es diese Möglichkeit flächendeckend, in der ganzen Schweiz, gibt? Sie wären dann das Beispiel; wir wollen das überall haben. Sind Sie einverstanden mit der Auffassung, dass die ganze Geschichte mit den Ärztenetzen zu Makulatur wird, wenn wir die Anträge Antille und Freund akzeptieren?

**Borer** Roland (V, SO): Ich staune eigentlich – um gleich den zweiten Teil vorwegzunehmen –, wie wenig Sie selber von den Supersystemen überzeugt sind, die Sie propagieren. Wenn Sie nämlich ein so perfektes System präsentieren, wenn die Netzwerke billig sein werden und die beste Medizin zu guten Prämien anbieten, wenn sie so gut sind, werden Ihnen sämtliche Versicherten spätestens nach zwei Jahren die Türen einrennen und sich in diesen Netzwerken versichern lassen.
Aber das Problem ist eben, dass Sie selber nicht überzeugt sind, dass diese Netzwerke funktionieren. Deswegen müssen Sie ihnen einerseits über Zwang und andererseits über überrissene Prämienrabatte Krücken geben, damit sich dort überhaupt jemand versichern lassen will. Im Übrigen, Herr Cavalli, habe ich von Ihrer Seite auch noch nie einen Lösungsvorschlag gehört, wie Sie dann innerhalb einer Kasse oder zwischen den Kassen den Risikoausgleich gestalten wollen, abhängig von den Personen, die in den Netzwerken oder eben ausserhalb der Netzwerke versichert sind. Es tut mir Leid, dieses System ist so wenig durchdacht, wie es Ihre Initiative war, die am 18. Mai versenkt worden ist.
Zum Zweiten: Dieses Modell in Solothurn ist nicht ein Versicherungsmodell, sondern ein Modell, welches das Spital der Bevölkerung von Solothurn selber anbietet. Das Spital hat gesagt: Wir bieten das als Produkt an; es kann nicht eine Versicherungsleistung sein, denn diese ist gemäss KVG nicht in der Grundversicherung zugelassen. Wir machen es als Club, als lose Vereinigung, und auch eine 110-jährige kranke Frau kann sich mit einem Mitgliederbeitrag in diesen Club integrieren und entsprechend ein Einzelzimmer im Spital Solothurn beziehen bzw. in den Spitälern, die dort angeschlossen sind.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Herr Kollege Borer, ich glaube, man darf sich noch kurz Zeit für eine zweite Frage nehmen, weil das Thema für diese Reform ja wirklich essenziell ist.
Ich bin jetzt etwas erstaunt über die Vehemenz Ihrer Ablehnung. Gehe ich falsch in der Annahme, dass diese Reform dazu dienen soll, die Anreize im Gesundheitswesen grundsätzlich zu ändern? Wir alle wissen: Wir haben Mengenausweitung, wir haben Einkommensmaximierung und zu viel Leistung wegen des Einzelleistungstarifes; wir haben multiplen Konsum durch die Versicherten. Da sind doch die Ärztenetzwerke, die Managed-Care-Organisationen, klar das Beispiel, das diese Anreize umkehrt. Die Ärzte bekommen eine Budgetkompetenz und -verantwortung – sie sind nicht mehr am Einzelleistungstarif interessiert –, die Versicherten sind in Behandlungspfade eingeschlossen, der Doppel- und Dreifachkonsum wird reduziert – bei gleicher Qualität. Es scheint mir, das ist doch ein Kernstück der Reform, die wir umsetzen wollen.
Weshalb treten Sie nun mit derartiger Vehemenz gegen diese Netzwerke auf? Wenn wir sie hier abschaffen – wenn wir hier dem Antrag Freund folgen, dann ist die Sache zumindest da, bei Artikel 13, de facto redimensioniert –, verpassen wir dann nicht eine grosse Chance, einige der entscheidenden Anreize für die ambulanten Versorger, aber auch für die Versicherten in die richtige Richtung zu bewegen?

**Borer** Roland (V, SO): Nein, es ist überhaupt nicht so, dass wir das Ganze dann an sich abgeschafft haben, aber wir zwingen den Bundesrat; der Bundesrat kann dann Ausnahmen bewilligen. Der Bundesrat kann sogar mit dem Antrag Freund und auch mit dem Antrag Antille die Gebiete bezeichnen, in denen er das Ganze obligatorisch machen will. Was ich – und mit mir auch die Mehrheit der SVP-Fraktion – eigentlich verhindern möchte, ist das, dass ein System geboren wird, das schlussendlich aus irgendwelchen Gründen als das flächendeckend richtige System deklariert wird und das dann schlussendlich nicht zum Ziel führt.
Herr Gutzwiller, ich lade Sie ein, nach den Wahlen im Oktober unsere Initiative mitzutragen. Dort lösen wir das Problem bezüglich der Kostenentwicklung dann grundsätzlich.

**Ruey** Claude (L, VD): M. Borer a été tellement excellent que j'ai failli ne pas demander la parole; mais je suis bien obligé de venir vous exposer quand même le point de vue du groupe libéral.
Tout d'abord, s'agissant de la proposition de minorité Cavalli, j'aimerais rappeler que notre problème dans la LAMal, c'est quand même le coût de la santé – c'est le premier point.
Deuxième point: l'exercice de la solidarité pour que personne ne soit laissé au bord de la route dans le domaine sanitaire. A cet égard, si la proposition de minorité Cavalli est intéressante, je me demande ce qu'elle vient faire dans l'assurance-maladie de base, dans l'assurance sociale, alors que les complémentaires peuvent le faire. Et, si on la met dans l'assurance sociale, il y aura certainement des incidences pour les caisses publiques. Il s'agit bien sûr d'un plus pour le patient, encore que les standards que nous connaissons dans l'assurance de base dans ce pays sont les plus hauts du monde, et on peut se demander si ce n'est pas ce plus, un confort, qui doit rester hors assurance de base et être dans l'assurance complémentaire. Pour nous, la réponse est claire, il ne faut pas soutenir cet amendement. Il faut refuser d'imposer aux assureurs la création d'une telle assurance.
C'est d'ailleurs, mutatis mutandis, la même raison qui nous fait ne pas soutenir l'article 13 selon la majorité de la commission, qui impose aux caisses la création de réseaux. Les réseaux, nous en avons tous parlé, notamment le 18 mai dernier, et avant bien sûr! Nous souhaitons tous qu'ils se développent s'ils peuvent être efficaces. Mais s'ils se développent, ils doivent pouvoir le faire parce c'est rationnel, parce que cela apporte un plus, parce que les conditions de réussite sont remplies, parce qu'il y a un gain de rationalité, d'efficacité. Cela doit donc se faire librement en fonction de réalités précises du terrain; ça doit se faire contractuellement à égalité.
Or, le problème de l'article 13 tel qu'il est prévu, c'est qu'il impose de tels réseaux et, qui plus est, l'interventionnisme étatique qui impose cette création est unilatéral. Seules les entreprises doivent créer le réseau, même si ces entreprises n'ont pas de cocontractant, c'est-à-dire pas de prestataire de soins désireux ou capable d'adhérer. Quand je dis désireux d'adhérer, c'est qu'il n'y a aucune obligation qui est faite au prestataire de soins d'adhérer à un tel réseau; l'assureur, lui, est obligé de créer un réseau; par conséquent, s'il est obligé de créer un réseau, l'autre partenaire saura qu'il peut faire

monter les enchères, puisqu'il devra de toute manière trouver un cocontractant. C'est totalement irrationnel, et ça ne risque en tout cas pas de conduire à la baisse du coût de la santé. De même, s'il n'y a pas de cocontractant possible pour des raisons géographiques – M. Antille y a fait allusion –, on ne voit pas très bien comment on peut développer le réseau là où il n'y a tout simplement pas de prestataire de soins. Là encore, il faut permettre des exceptions.
Donc, le système prévu, même si on est favorable aux réseaux, crée un déséquilibre qui finira – ou finirait – par tuer les réseaux, et l'idée des réseaux!
Ce que nous souhaitons, c'est qu'on rende possible la création de réseaux. Là où il y a déjà des conditions qui sont remplies, tant mieux. Il y en a qui existent d'ailleurs déjà, tant mieux s'ils peuvent se développer, mais ils le font librement en raison de conditions objectives et de conditions rationnelles. Mais il ne faut pas l'imposer de manière inégalitaire.
Je crois que la majorité de la commission, dans sa hâte de pousser les réseaux – je peux le comprendre –, est allée trop loin. Il faut en réalité, à mon avis, ne pas adopter l'article 13 tel quel, mais soutenir la proposition Freund et, le cas échéant, la proposition subsidiaire Antille, de façon à mener la réflexion dans la 3e révision de la LAMal, à examiner les problèmes liés à la géographie d'une part, à trouver les incitations d'autre part et probablement aussi – ça ne peut pas se faire sans liberté de contracter – à édicter d'autres règles, telles que les règles de transfert.
Aujourd'hui les gens qui entrent dans les réseaux qui se sont créés sont des gens qui sont en bonne santé, qui sont jeunes et qui ne coûtent rien à l'assurance. Dès qu'ils ont le moindre pépin, ils quittent le réseau pour retourner dans l'assurance de base et comme ça, le tour est joué. Cela n'apporte strictement rien au point de vue de la santé ni au niveau des coûts, mais engendre au contraire des coûts administratifs, et donc là, il faut aussi – et la majorité de la commission ne l'a pas fait – voir de façon approfondie quelles sont les règles de transfert. Est-ce que, quand on est dans un réseau, on peut le quitter et en changer tous les six mois, comme on peut le faire dans l'assurance de base? La question doit être posée et, à mon avis, on ne peut pas y répondre positivement. Il faut trouver d'autres solutions. Si on va dans un réseau, peut-être qu'il faut y rester deux ans ou trois ans au minimum pour que, effectivement, l'effet réseau puisse jouer et fasse que ce ne soient pas uniquement les bons risques qui aillent dans les réseaux.
Ces raisons-là nous font penser que, oui, il faut des réseaux, mais il faut des réseaux dont on devient patient volontairement et qui soient liés à la rationalité du terrain, et, par conséquent, il faut adopter la proposition Freund et, le cas échéant, la proposition subsidiaire Antille.

**Cavalli** Franco (S, TI): Monsieur Ruey, ma proposition de minorité a simplement pour but que les gens puissent, en payant un supplément, avoir la garantie d'obtenir une chambre à un lit ou deux lits. Alors, vous ne pouvez pas la combattre en argumentant que les coûts de la santé augmenteraient, parce que ce sont les patients qui paieraient et que ce serait la même chose pour tout le monde.
J'aimerais aussi que vous me confirmiez ce que vous avez dit: vous avez dit littéralement que les chambres à un lit et à deux lits devaient être réservées aux gens qui peuvent se payer des assurances complémentaires. C'est bien ce que vous avez dit?

**Ruey** Claude (L, VD): Non je n'ai pas dit ça, Monsieur Cavalli! Vous me sollicitez un peu fortement.
Je crois pouvoir vous dire – on l'a d'ailleurs déjà dit – que pour des raisons médicales, pour des raisons diverses, il y a des gens couverts par l'assurance de base qui sont dans des chambres individuelles. Donc, vous savez très bien que ce n'est pas ce que je voulais dire.

**Le président** (Christen Yves, président): Monsieur Ruey, il y a encore M. Rossini qui veut vous poser une question. J'en profite pour vous demander de vous en tenir vraiment à l'essentiel. En effet, comme je vois avancer les choses, et même si nous avons retiré la loi sur les stupéfiants de notre ordre du jour, nous aurons de la peine à terminer nos travaux sur la loi sur l'assurance-maladie.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Monsieur Ruey, par rapport aux réseaux, vous avez parlé de la nécessité de rationaliser: à l'article 35a, on parle pour les réseaux de la gestion et de la maîtrise de l'ensemble du processus thérapeutique. Ne pensez-vous pas que, dans cet esprit-là, on rationalise en effet le traitement et, donc, qu'on maîtrise les coûts?

**Ruey** Claude (L, VD): Non seulement je le pense, mais encore, lorsque j'étais responsable de la santé du canton de Vaud, j'ai développé la nouvelle orientation de la politique sanitaire qui est basée sur les réseaux. C'est vous dire si je suis favorable aux réseaux. Mais je suis favorable aux réseaux qui ne sont pas imposés, j'y suis favorable lorsque toutes les conditions sont remplies: j'ai parlé des conditions de transfert, etc., qui, à mon avis, ne sont pas présentes actuellement dans le projet de loi.

**Le président** (Christen Yves, président): Die christlichdemokratische Fraktion schliesst sich dem Antrag der Mehrheit an.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir behandeln in diesem Artikel völlig verschiedene Themen; wir haben es gehört. Einerseits wird zur Einzeltaggeldversicherung und Hotellerieversicherung wieder der Antrag gestellt, den wir bereits in der ersten Lesung mit 82 zu 66 Stimmen abgelehnt haben. Wir wollen den Krankenkassen keine obligatorische Hotellerieversicherung auferlegen. Nach unserer Meinung soll dies ein wählbares Modul sein und nicht eine Pflicht der Kassen. Auch hier wollen Sie ja nicht einer Risikoselektion Vorschub leisten; gerade ein derartiges obligatorisches Modul kann dem Vorschub leisten.
In der Kommission wurde der Antrag mit 10 zu 9 Stimmen abgelehnt.
Ich möchte auf das Thema der Netzwerke eingehen. Es ist etwas schwierig, weil wir hier eigentlich bereits auf Artikel 64 vorgreifen, mit dem wir die Netzwerke klar fördern wollen. Was wollen wir mit Artikel 13, und warum hat die Kommission den Antrag Borer mit 18 zu 3 Stimmen abgelehnt, der eine Kann-Formulierung beantragt hat, wie sie heute von Herrn Freund wiederaufgenommen wurde?
Die Versicherer müssen derartige Netzwerke als Versicherungsmodul anbieten; sie müssen nicht selber ein Netzwerk kreieren, das ist die Meinung dieses Artikels. Wenn die Krankenkassen keine derartige Versicherungsmöglichkeit anbieten, können auch die Netzwerke gar nicht entstehen. Wir verpflichten die Krankenkassen in keiner Art und Weise dazu, Netzwerke zu konstruieren. Diese müssen sich unter den Leistungsanbietern etablieren; diese sollen daran interessiert sein, solche Netzwerke anzubieten. Sie müssen sämtliche Leistungen inklusive Spital umfassen – wir sind uns klar darüber, dass diese Aufgabe nicht einfach sein wird, denn bis sich ein Netzwerk bilden wird, wird es einige Zeit gehen. Das hängt dann wiederum mit den vertraglichen Regelungen zusammen. Wenn die Krankenkassen solche Netzwerkmodule als Versicherungsmöglichkeit anbieten, können sie dann mit einem Netzwerk Verträge abschliessen. Niemand wird in ein Netzwerk gezwungen: Wir haben es abgelehnt, flächendeckende Netzwerke obligatorisch zu erklären. Wenn Herr Antille mit seinem Antrag eine Ausnahme vom Obligatorium festlegt, ist das ein falscher Ansatz; dieses ist so nicht im Gesetz enthalten.
Ich möchte aber noch auf etwas im deutschen Text hinweisen, nämlich dass bei Absatz 2 Litera f gemäss Fahne der Satz «Der Bundesrat kann Ausnahmen bestimmen» als letzter Satz untergegangen ist. Im französischen Text ist dieser Satz enthalten, indem die Formulierung mit den Auslassungspunkten aufgenommen wird. Unseres Erachtens müsste man hier auch weiter gehen.

Es geht uns ganz klar darum, hier diese Möglichkeit überhaupt zu schaffen – mit Prämienvergünstigungen, auf die wir bei Artikel 64 zurückkommen, und mit dem doppelten Selbstbehalt, der übernommen werden muss, falls man sich nicht im Netzwerk behandeln lässt. Auch wenn hier vielleicht einige «Überbestimmungen» gemacht werden, ist die Anreizstruktur nötig. Nach Meinung der Kommission ist es aber klar, dass die Versicherungen derartige Module anbieten müssen. Sie müssen nicht Netzwerke anbieten, sondern Module, damit die Benutzer diese auch benutzen können. Wie wir es erlebt haben, wurden verschiedene variable Versicherungsformen von den einzelnen Kassen wieder abgeschafft, weil sie bis heute nicht attraktiv ausgestaltet werden konnten.
Ich beantrage Ihnen also, in Absatz 2 Litera d, aber auch in Litera f der Mehrheit zuzustimmen. Noch einmal zur Ergänzung: Der Satz «Der Bundesrat kann Ausnahmen bestimmen» ist entscheidend, und er muss hier wieder in den Text aufgenommen werden.

**Borer** Roland (V, SO): Frau Kollegin Heberlein, erinnere ich mich richtig, haben wir in der Kommission nicht darüber gesprochen, welche Probleme durch die Regulierungen in Artikel 64 entstehen? Und ergänzend: Sind Sie auch der Meinung, dass uns die Franchisenrabatte und Selbstbehaltrabatte in Artikel 64 noch Probleme in der Administration schaffen werden?

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Prämienrabatte, Franchisen und Selbstbehalte, müssen als Anreize für diese besonderen Versicherungsformen ausformuliert sein. Es hat ja noch den Antrag, dass man bei Artikel 64 bei der Formulierung des Bundesrates, beim geltenden Recht, bleibt. Dann können wir in diesem Zusammenhang darüber diskutieren.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: J'aurais peut-être dû commencer la journée par vous annoncer mes intérêts. Je suis un assuré de base avec une franchise maximum. Je n'ai aucun intérêt nulle part chez les fournisseurs de prestations.
Le but de la disposition de l'article 13 alinéa 2 lettre f concernant les réseaux de soins coordonnés est clairement de favoriser les formes d'assurance qui impliquent l'adhésion à ces réseaux. Dans cette logique, les assureurs doivent avoir un intérêt direct à ce que leurs assurés restent en bonne santé; c'est une des bases de ce projet de loi. Cela signifie que la prévention doit être prise en compte.
Evidemment, tout le problème réside dans la mise en place des réseaux. On en reparlera plus loin dans la loi, mais on peut d'ores et déjà poser les questions suivantes: qui prend l'initiative? les assurances ou les fournisseurs de soins? qui est invité dans le club? qui met un frein au budget? On peut imaginer des réseaux à géométrie variable. L'imagination et la créativité seront au pouvoir et l'on peut s'en réjouir. Incontestablement, il y a un potentiel d'économies.
Pourquoi la majorité de la commission insiste-t-elle sur la possibilité de créer des réseaux, car c'est un de ses fils rouges? C'est parce que la loi actuelle donnait la possibilité et que trop souvent, ça n'a pas marché!
Je précise que dans la version française du texte de la lettre f selon la proposition de la majorité, il faut supprimer les trois points après le dernier mot; il n'y a donc qu'un seul point après «responsabilité financière».
Je vous invite donc à suivre la proposition de la majorité de la commission.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Tout d'abord, la proposition de la minorité Cavalli. Tout à l'heure au cours du débat, M. Rechsteiner-Basel a dit que la possibilité d'avoir une chambre à un lit est un droit de l'homme. Je pense que c'est quand même aller un peu loin dans la définition des droits de l'homme. C'est certainement quelque chose de positif, mais de là à dire que c'est un droit de l'homme, c'est aller un peu loin! Et dès l'instant où on relativise la qualité de ce droit, on doit se demander comment on peut faciliter cette option.
M. Cavalli voudrait que toutes les assurances soient obligées d'offrir à leurs assurés une assurance-hôtellerie, mais il ne dit pas que tout le monde devrait prendre une telle assurance en plus de l'assurance obligatoire des soins. L'assurance devrait faire l'offre. Avec cette proposition de minorité, on risque d'avoir une sélection inverse, c'est-à-dire que les mauvais risques bénéficieraient de la solidarité dans l'assurance rendue obligatoire, que vous souhaitez, où les primes deviendraient rapidement élevées, alors que les bons risques s'affilieraient plutôt à l'assurance complémentaire où les primes seraient moins élevées. On risque d'avoir l'effet exactement contraire à celui que vous souhaitez, c'est-à-dire qu'il y aurait une désolidarisation encore plus forte, les mauvais risques étant d'un côté et les bons risques de l'autre.
C'est vrai qu'aujourd'hui, quelqu'un qui a plus de 55 ans a de la peine à trouver une assurance pour la partie hôtelière, je le regrette. Mais d'un autre côté, il y a une certaine logique à cela. Celui qui commence à s'assurer pour ce type de prestations seulement lorsqu'il a atteint l'âge de 55 ans, soit un âge où il aura malheureusement plus de probabilités d'aller à l'hôpital, manifeste une attitude peu solidaire. Alors, est-ce qu'il doit être à tout prix protégé par rapport à celui qui a cette assurance depuis sa tendre jeunesse et s'est ainsi constitué une sorte de droit sur la possibilité d'avoir cette prestation supplémentaire? Même si la possibilité de s'assurer est une bonne chose, nous ne pensons pas qu'il faille obliger les assureurs-maladie sociaux à offrir cette prestation sans obliger dans le même temps tout le monde à la prendre. La sélection des risques pourrait intervenir dans le mauvais sens.
En ce qui concerne les propositions Freund et Antille, c'est avec raison que les rapporteurs ont indiqué que la version française du texte que vous avez à voter est la version de référence. En d'autres termes, la dernière phrase de l'article 13 alinéa 2 lettre f n'est pas supprimée; elle est reprise dans la version de la majorité de la commission, c'est-à-dire qu'on maintient pour le Conseil fédéral la possibilité de définir des exceptions.
Faut-il dès lors aller moins loin et rendre simplement facultative la possibilité pour les assurances d'offrir ces formes alternatives d'assurance? Nous ne le pensons pas. Nous en restons à la conception qui a toujours été défendue par le Conseil fédéral, avec cette importante cautèle que le Conseil fédéral peut définir des exceptions – je pense aux exemples qu'a évoqués M. Antille, en réponse à la question d'un autre membre du Conseil. Pour des vallées latérales où une seule compagnie d'assurance a pratiquement le monopole ou exerce son activité dans cette seule région, le Conseil fédéral prévoira des exceptions. Mais si on en reste simplement à la «Kann-Formel», à la formule potestative, je crains qu'on n'avance pas beaucoup dans l'offre de prestations alternatives. Ensuite, il y a encore une autre possibilité, c'est celle du délai transitoire pendant lequel le Conseil fédéral laisse les compagnies se préparer sans les obliger encore à offrir cette prestation. Ce délai transitoire ne peut pas être éternel, mais il doit quand même être suffisamment long pour qu'on puisse faire un certain nombre de projets pilotes qui permettent de considérer si cette solution est, comme nous l'espérons, positive.
Dans l'assurance-maladie, il n'y a pas de miracle. Mais si rien ne se passe, on est sûr en tout cas que le trend de ces dernières années va se poursuivre et je crois qu'il faut chercher des solutions alternatives.
Faudra-t-il, dans un article ultérieur, prévoir une participation différenciée aux coûts, avec une participation plus importante pour les assurés qui ne s'affilient pas à des formes particulières d'assurance? Le débat va montrer si cela est possible. Mais, dès l'instant où l'on admet des exceptions, comme c'est le cas avec la proposition à l'article 13 alinéa 2 lettre f, on pose évidemment un problème supplémentaire: comment traite-t-on les gens qui vivent dans ces régions sur le plan de la participation aux coûts? Doivent-ils prendre

20 pour cent à leur charge ou seulement 10 pour cent? C'est une chose sur laquelle on reviendra plus tard, mais ça pose des problèmes de délimitation ainsi que des problèmes d'équité, et il faudra en discuter.
Pour l'instant, je vous demande d'adopter la solution de la majorité et de repousser les propositions individuelles Freund et Antille, tout en redisant l'importance que nous attribuons à la possibilité, pour le Conseil fédéral, de prévoir des exceptions, et sa volonté d'introduire cette obligation en tenant compte de la réalité et en permettant un délai transitoire qui ne nous conduise pas à l'aventure.
Reste ouvert le problème de la participation aux coûts, qu'on rediscutera plus tard.

*Bst. d – Let. d*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 110 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 66 Stimmen

*Bst. f – Let. f*

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 117 Stimmen
Für den Antrag Freund .... 59 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 103 Stimmen
Für den Antrag Antille .... 72 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition Leuthard concernant la lettre f sera traitée dans le cadre de l'article 35a.

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

02.046

## Agrarpolitik 2007. Weiterentwicklung
## Politique agricole 2007. Evolution future

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 29.05.02 (BBl 2002 4721)
Message du Conseil fédéral 29.05.02 (FF 2002 4395)
Zusatzbotschaft des Bundesrates 16.10.02 (BBl 2002 7234)
Message complémentaire du Conseil fédéral 16.10.02 (FF 2002 6735)
Ständerat/Conseil des Etats 10.12.02 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.03.03 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 18.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 19.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 06.05.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 07.05.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 05.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 12.06.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 16.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.06.03 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 20.06.03 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses 1 (BBl 2003 4538)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2003 4082)
Text des Erlasses 3 (BBl 2003 4558)
Texte de l'acte législatif 3 (FF 2003 4102)
Text des Erlasses 4 (BBl 2003 4554)
Texte de l'acte législatif 4 (FF 2003 4098)
Text des Erlasses 5 (BBl 2003 4530)
Texte de l'acte législatif 5 (FF 2003 4074)
Text des Erlasses 6 (BBl 2003 4534)
Texte de l'acte législatif 6 (FF 2003 4078)
Text des Erlasses 7 (BBl 2003 4532)
Texte de l'acte législatif 7 (FF 2003 4076)

---

**1. Bundesgesetz über die Landwirtschaft**
**1. Loi fédérale sur l'agriculture**

**Art. 70 Abs. 5 Bst. f; 76 Abs. 1bis**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Wir haben in der Schweiz rund 260 000 Hoteletten; es ist aber lediglich eine Auslastung von 35 Prozent zu registrieren. Ein anderer Grund für die Misere ist die Haltung, die fehlende Gastfreundlichkeit in der Schweiz im Vergleich mit dem Ausland. Und dann haben wir noch ein Währungsproblem, das sich aber mit dem starken Euro zum Teil entschärft hat. Es wird wieder sehr attraktiv, in der Schweiz Ferien zu machen.
Die SP-Fraktion hat immer auf die zusätzliche Bildung gesetzt. Wir haben Ihnen 20 Millionen Franken für die zusätzliche Berufsbildung im Gastgewerbe beantragt. Das haben Sie abgelehnt. Wir haben den Innovationen zugestimmt. Aber jetzt, denke ich, ist es Zeit für uns, einen Kompromiss einzugehen.
Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen, den 50 Millionen Franken zuzustimmen und den Antrag der Minderheit Gysin Hans Rudolf abzulehnen.

**Blocher** Christoph (V, ZH): Sie wissen es, die SVP-Fraktion lehnt diesen Kredit grundsätzlich ab.
Sie werden den Tourismus nicht fördern, sondern Sie werden ihn kaputtmachen. Das haben Sie jetzt in den letzten Jahren gesehen, darum kommen Sie nicht vorwärts. Ich

Le Conseil fédéral vous propose un montant de 100 millions de francs de crédit à la Société suisse de crédit hôtelier. Il a aussi annoncé que, dans le cadre du programme de rééquilibrage, il proposera finalement un montant total de 80 millions de francs. A mon sens, il est nécessaire de s'en tenir à cette ligne. D'abord, le tourisme a un grand besoin de pouvoir moderniser l'hébergement, et c'est le but de la loi. Les régions défavorisées ont besoin d'activités porteuses et le tourisme est parmi celles-là. Ensuite, à l'heure actuelle, toute notre économie compte sur des signaux positifs et aussi sur des actions qui lui permettent de souffler.
Etant donné ces considérations, le Conseil fédéral vous recommande d'adopter la proposition qu'il vous avait faite dès le départ.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 85 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 80 Stimmen

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*
Für Annahme der Ausgabe .... 149 Stimmen

tuelles, il est extrêmement important de soutenir l'octroi de ces 100 millions de francs.
Je vous invite à voter ce crédit.

**Cina** Jean-Michel (C, VS): Ich bin nur hier, um zu deklarieren, dass wir von der CVP konsequent an unserer Linie festhalten, d. h., wir werden den Minderheitsantrag auf 100 Millionen Franken unterstützen. Die Gründe habe ich hier schon mehrfach dargelegt. Diese Unterstützung hat auch einen regionalpolitisch bedeutenden Aspekt. Wir werden also konsequent daran festhalten. Wenn andere Parteien dieses Geschäft beerdigen wollen, dann sollen sie dann die Verantwortung dafür übernehmen.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe libéral annonce qu'il se rallie à la minorité.

**Deiss** Joseph, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral vous a proposé une modification de la loi sur la promotion du tourisme, et en particulier de la Société suisse de crédit hôtelier, notamment à la demande du Parlement, c'est-à-dire d'une motion émanant de la Commission de l'économie et des redevances (99.3569).
Le 7 mai dernier, ce Conseil a adopté cette loi par 134 voix contre 9, donc d'une manière très nette. Il est maintenant nécessaire de mettre à disposition les moyens pour pouvoir appliquer cette loi.

Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième C
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Diverge
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Diverger
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)

---

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicheru**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 18**
*Antrag der Minderheit*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Hubm
Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)

*Abs. 3(1)*
Die gemeinsame Einrichtung bildet in der Form eines selbstständigen Fondsvermögens einen Hochkostenpool, der die unterschiedliche Risikostruktur der Kassen ausgleicht, indem er die Behandlungskosten ab einer bestimmten Höhe ganz oder teilweise übernimmt. Das Nähere bestimmt der Bundesrat auf dem Verordnungsweg.
*Abs. 6(1)*
Der Hochkostenpool gemäss Absatz 3(1) wird wie folgt finanziert:
a. Beiträge der Versicherer nach den Reglementen der Einrichtung;
b. Beiträge des Bundes, festgesetzt durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre;
c. Beiträge der Kantone.

**Art. 18**
*Proposition de la minorité*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Hubmann, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 3(1)*
L'institution commune crée sous la forme d'une fortune du fonds autonome un pool des coûts élevés, qui compense les inégalités structurelles des caisses en matière de risque en prenant en charge, totalement ou partiellement, les frais de traitement à partir d'une certaine somme. Le Conseil fédéral règle les modalités par voie d'ordonnance.
*Al. 6(1)*
Le pool des coûts élevés selon l'alinéa 3(1) est financé comme suit:
a. contributions des assureurs en fonction des règlements de l'institution commune;
b. contributions de la Confédération, fixées par un arrêté fédéral simple reconduit tous les quatre ans;
c. contributions des cantons.

**Gross** Jost (S, TG): Wir haben ein andauerndes Problem des Risikoausgleichs. Dieses Problem ist wiederum die Ursache einer schleichenden oder offensichtlichen Entsolidarisierung in der Grundversicherung. Ich rufe hier in Erinnerung, dass wir im geltenden Risikoausgleich nur die Risikofaktoren Alter und Gesundheit berücksichtigt haben. Wir haben keine morbiditätsbezogenen Faktoren. Wir haben beispielsweise kein System, in dem man auch schwere Indikationen wie schwere Krankheitsfälle in den Risikoausgleich einbeziehen könnte. Wir haben in diesem Bereich eigentlich einen rein retrospektiven, nachträglichen Kostenausgleich. Das hat ja u. a. auch den Ständerat dazu veranlasst, dem Nationalrat eine Motion – es war ursprünglich eine Kommissionsmotion – mit dem Ziel zur Diskussion zu stellen, diesen Risikoausgleich zu verbessern. Das wollte der Nationalrat mehrheitlich nicht, und der Ständerat hat daraufhin eigentlich das Provisorium des jetzigen Risikoausgleichs auf weitere zehn Jahre befristet weitergeführt, gemäss Artikel 105 Absatz 5.
Im Grunde genommen ist es ein Armutszeugnis, dass wir in diesem Bereich nicht weiterkommen. Wir haben zwar einen Risikoausgleich, der aber nicht restlos befriedigt, nicht funktioniert. Deshalb gibt es die neue Idee, die aber nicht einfach eine Idee von mir ist, sondern die breit diskutiert wird und wofür auch bereits erhebliche Vorarbeiten im Departement bestehen. Damals wurden diese eben vor allem unter der Ägide von Bundesrätin Dreifuss vorangetrieben. Es geht um einen Hochkostenpool. Dieser sollte im System die Rolle spielen, bei einer bestimmten Höhe der Behandlungskosten – beispielsweise bei einer Höhe der Behandlungskosten von über 30 000 Franken im Jahr, vor allem bei schweren Behandlungsfällen – in die Pflicht genommen zu werden. Es sollte ein neuer Risikoträger sein, ein Pool von zusätzlichen Mitteln, der aus Beiträgen der Versicherer, des Bundes und der Kantone gespiesen würde. Dieses innovative neue Modell wäre dann auch in der Lage, aus dieser Pattsituation des blockierten Risikoausgleichs herauszuführen, deren Ursache übrigens letztlich im Meinungsstreit, im Kampf, der Versicherer unter sich liegt. Es geht darum, ein neues Modell zu probieren, für das die Vorarbeiten effektiv in der Schublade des Departementes liegen.
Man kann sich durchaus vorstellen, dass dieser Hochkostenpool auch in einer weiteren ungelösten Frage, nämlich im Bereich der Finanzierung der so genannten Pflegeversicherung, eine wichtige Rolle spielen könnte. Es sind nämlich häufig vor allem die Krankheitsfälle von Betagten, bei denen sich die Frage eines zusätzlichen Risikoträgers stellt. Seit Inkraftsetzung des KVG haben wir für sie keine Lösung gefunden. Hier ist auch die Frage noch immer offen: Vollkostendeckung, Beitragsleistung nur der Grundversicherung? Wir könnten mit dem Hochkostenpool wahrscheinlich auch das Problem der Betagten und der Pflegeversicherung in einem sinnvollen Ganzen lösen.
Frau Bundesrätin Dreifuss hat den Themenkomplex Hochkostenpool – noch in Ittingen oder nach Ittingen – als prioritäres Reformziel präsentiert. Herr Bundespräsident Couchepin gibt sich hier zurückhaltender. Ich möchte ihn eigentlich aufrufen, in diesem Bereich den gleichen Reform- und Innovationswillen zu zeigen, der ihn in gewissen anderen Sozialversicherungsbereichen beflügelt – mit aus unserer Sicht zweifelhafter Wirkung.
Hier, denke ich, müssen wir wirklich einen Schritt weiterkommen. Wir können hier die Grundnorm setzen; man kann im Bereich des Hochkostenpools vieles dann durch Verordnungsrecht regeln, was ich auch in meinem Minderheitsantrag unterbreite. Ich denke, es sei sehr wichtig, dass wir hier eine Differenz zum Ständerat schaffen. Bedauerlicherweise hat der Ständerat nicht den Mut gehabt, diese Idee aufzunehmen, obwohl er die Reform des Risikoausgleichs als vordringlich betrachtet und er auch eine entsprechende Kommissionsmotion überwiesen hat.
Ich bitte Sie, aus dieser blockierten Situation herauszuhelfen, hier mit einem neuen Modell den Risikoausgleich nachhaltig zu reformieren und in diesem Sinne meinem Minderheitsantrag zuzustimmen.

**Guisan** Yves (R, VD): La proposition de minorité Gross Jost poursuit l'intention louable d'endiguer la sélection des risques et d'assurer une concurrence sur une base égalitaire entre les différents assureurs. Malheureusement, le problème est plus complexe que cela, et la mesure proposée ne remplirait pas cet objectif. D'abord, les gros risques ou les risques élevés ne sont pas le problème principal des coûts de la santé. Ils représentent une proportion relativement faible – comprise environ entre 1,5 et 3 pour cent – du nombre de cas pris en charge et de la facture globale. Ils n'ont donc pas d'effet déterminant ni sur les primes, ni sur les coûts de la santé, bien qu'ils ne soient pas non plus absolument négligeables, j'en conviens. Ce qui a un effet absolument essentiel, c'est la généralisation de techniques sophistiquées, coûteuses pour la prise en charge de maladies dégénératives ou de l'âge concernant pratiquement tout un chacun. Or, bien que cette évolution soit quasiment inéluctable, ce n'est pas précisément cette morbidité et ce type de pathologie que l'on comprend sous la dénomination de risques élevés.
La proposition de la minorité Gross Jost tire par conséquent manifestement à côté de la cible. Par contre, elle n'est pas dénuée de perversité. Tout porte à croire que le pool mis en place sera utilisé par les assureurs pour se débarrasser des cas très coûteux et provoquera en quelque sorte une sélection inverse des risques plutôt que d'assurer une meilleure répartition de ces derniers. Pire, ils échapperont dès lors à tout examen critique de leur prise en charge, parce que, dès que le montant X sera franchi, ce ne sera plus le problème de la caisse, mais celui du pool. Elle pourrait même être encouragée, et les fournisseurs de prestations avec elle, à gonfler la facture pour ne plus avoir à l'assumer. Les dépenses du fonds ne pourront donc que continuer à augmenter régulièrement, selon une logique de déresponsabilisation bien connue, que nous cherchons précisément à maîtriser. Elle sera encore encouragée par la participation de la Confédération et des cantons à l'exercice, ce qui ne fera qu'en-

chevêtrer davantage le système. De cette manière, à coup sûr, plus personne n'est plus responsable de rien.
La rigueur voudrait que l'on quitte le terrain financier pour l'associer à l'aspect médical, en prenant en compte le diagnostic plutôt que la facture. Cette opération prend donc une toute autre dimension: elle fait l'objet d'études en cours dans la perspective d'une troisième révision. Dans l'intervalle, il est illusoire d'adopter des mesures simplistes qui ne rempliront pas les objectifs poursuivis et seront la source de nouveaux problèmes manifestement indésirables.
Le groupe radical-démocratique vous demande donc de rejeter la proposition de minorité Gross Jost.

**Cavalli** Franco (S, TI): Der Antrag der Minderheit Gross Jost geht viel weiter als nur eine Verbesserung des Risikoausgleichs. Auch wenn er nur das wäre, wäre das schon etwas, weil wir seit Jahren mindestens drei- oder viermal pro Jahr in der SGK darüber diskutieren, wie man den Risikoausgleich verbessern kann. Es hat da sehr viele Methoden gegeben, welche von verschiedenen Versicherungsexperten ausgearbeitet wurden. Man konnte sich nie einigen, aber alle sind sich in einem Punkt einig: Man sollte den Risikoausgleich verbessern.
Aber wie gesagt geht dieser Vorschlag sehr viel weiter und entspricht im Grunde genommen Ideen, die der Bundesrat auch schon sehr häufig diskutiert hat; man kann das in verschiedenen Papieren des Bundesrates finden. Im Prinzip entspricht das einer möglichen Lösung des Hauptproblems, das wir bei der Finanzierung des KVG haben.
Selbst die ganz verbissenen Verteidiger der Kopfprämien geben zu, wenn man mit ihnen diskutiert: Ja, die Kopfprämien sollte man bei den «richtigen» Krankheiten schon nicht anwenden, die viel kosten, 100 000 oder 200 000 Franken pro Jahr; bei diesen «richtigen» Krankheiten müsste man andere Finanzquellen heranziehen. Aber diese verbissenen Verteidiger sagen, die Kopfprämien seien richtig in Bagatellfällen, obwohl wissenschaftlich erwiesen ist, dass das falsch ist. Aber zumindest sollte man dort konsequent sein, wenn man das schon sagt.
Der Minderheitsantrag geht in diese Richtung. Es gibt verschiedene Länder, die das schon getan haben; in Holland z. B. gibt es eine Teilung von der Grundversicherung: Bagatellfälle werden mit einer Art Kopfprämiensystem finanziert, dagegen werden schwerere und teurere Krankheiten über Steuern finanziert. Der Antrag der Minderheit Gross Jost und die Überlegungen, die sich der Bundesrat früher diesbezüglich gemacht hat, gehen in diese Richtung. Versuchen wir das Problem zu lösen, indem wir vielleicht einen ersten Schritt in Richtung Zweiteilung der Finanzierung der Grundversicherung gehen und teurere, schwerere Krankheiten nicht mehr nur über die Kopfprämien finanzieren.
In diesem Sinne ist dieser Antrag etwas, das viel weiter geht; es ist sicher etwas, das viele hier drin, wenn sie sachlich denken, akzeptieren könnten. Es ist auch etwas, das nicht so kompliziert ist. Es ist viel weniger kompliziert als die Ärztenetze, die wir akzeptieren werden. Es ist viel weniger kompliziert als das, auch weil es hier ganz konkrete Beispiele gibt, z. B. Holland, was für die Ärztenetze nicht der Fall ist. Wenn wir also richtigerweise schon dort in die Richtung gehen, wo es relativ kompliziert sein wird, können wir nicht sagen, hier wäre es irgendwie zu kompliziert. Wir sollten eben konsequent sein und diesen Schritt hier auch tun.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Der Antrag der Minderheit zielt darauf ab, den Risikoausgleich zu stärken oder auszudehnen. Es gibt mehrere gute Gründe, dieses Begehren abzulehnen.
Erstens einmal ist es nicht sinnvoll, ohne den bestehenden Risikoausgleich einzubeziehen, welcher die Elemente Alt/Jung und Frau/Mann beinhaltet, nun ein neues Element hinzuzufügen. Das fördert den Kostenausgleich und hat nichts mehr mit Risikoausgleich zu tun. Letztlich geht es in Richtung Einheitskasse, und das lehnen wir ab.
Der zweite Grund: Der vorgeschlagene Hochkostenpool soll mit neuen Kostenbeteiligungen des Staates bestückt werden und schafft damit eine neue Einrichtung mit Sonderfinanzierung. Es ist zu beachten, dass damit die Intransparenz in unserem Gesundheitswesen weiter zunimmt. Das ist eine Folge, die wir nicht unterstützen können. Es geht heute darum, vermehrt Transparenz zu schaffen, und mit diesem Antrag wird das Gegenteil eintreten.
Der dritte Grund ist ein formeller, aber meines Erachtens doch nicht unbedeutend. Es geht hier im Krankenversicherungsgesetz um die Revision einiger Teile und darum, sich auch darauf zu konzentrieren und nicht eine Gesamtrevision durchzuführen. Es ist zweckmässig, scheint es uns, schrittweise vorzugehen und nicht zu versuchen, alle Fragen, die zugegebenermassen geklärt werden müssen, hier zu verpacken. Es geht beispielsweise auch darum, dann zu einem späteren Zeitpunkt die Frage der Langzeitpflege zu klären. Das ist auch ein sehr wichtiger Punkt. Aber auch da sind wir zum Schluss gekommen, dass wir auf dieses ganze Paket verzichten und es zu einem späteren Zeitpunkt beraten werden. Ich glaube, das gilt für diesen ganzen Komplex Risikoausgleich auch.
Ich bitte Sie, den Antrag der Minderheit Gross Jost abzulehnen.

**Ruey** Claude (L, VD): Je vais être très bref. En fait, j'ai parfois l'impression que la question de la compensation des risques est devenue un peu l'alibi, le hochet ou la panacée, suivant de quel côté on se tourne, du problème de l'assurance-maladie. C'est vrai qu'il y a un problème de compensation des risques, mais je ne suis pas convaincu que ce soit en cherchant frénétiquement une solution parfaite à 102 ou à 110 pour cent qu'on aura forcément réglé tous les problèmes liés aux coûts de la santé dans ce pays. Je crois que c'est finalement un demi faux problème.
En tout cas, si on veut compenser les risques – et il faut le faire, bien entendu! c'est le système de la LAMal qui le veut –, il faut que ce soit sur des critères objectifs. Et là, on est en train de passer à ce que M. Bortoluzzi a appelé la compensation des coûts selon un phénomène que M. Guisan a parfaitement bien expliqué. On risque, en effet, d'aller dans le sens d'effets pervers qui favoriseront le mauvais contrôle, qui favoriseront la dépense et la déresponsabilisation. Parce que, effectivement, si on compense sur les coûts, qui est-ce qui a intérêt à les diminuer? C'est cela, la difficulté de ce problème! Ce n'est pas une question idéologique, c'est une question pratique, c'est une question de difficulté à mettre en place de bons instruments, et il faut tenir compte de ces effets pervers.
Qui plus est, en l'occurrence, on vient solliciter les finances fédérales et les finances cantonales de manière supplémentaire, ce qui est encore une raison de plus pour que le groupe libéral s'abstienne de soutenir cette proposition de minorité, et même la combatte.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: La minorité Gross Jost veut remettre à l'institution commune la prise en charge des cas lourds. Le but, en fait, est parfaitement louable: c'est d'éviter les disparités entre caisses – on en parle depuis longtemps – en regard de ces cas-là. Il s'agirait, dit différemment, d'une forme de réassurance.
Mais s'il était capable de réfléchir objectivement, M. Cavalli verrait le danger de cette formule: c'est que la limite chiffrée, quel que soit le niveau où elle se situe, incitera les intéressés qui sont juste en dessous à gonfler un peu la note pour décharger la caisse-maladie concernée. Les assurances auraient intérêt à mettre un maximum de cas à ce niveau-là; que ce soit 30 000 francs ou un autre chiffre, évidemment on aurait intérêt à le dépasser. Dans la pratique, on aurait ainsi affaire à un véritable marais administratif. On aurait ainsi encore une fois contribué à augmenter les coûts.
La majorité de la commission vous invite donc à rejeter cette proposition de minorité. La commission a pris sa décision par 13 voix contre 8, et vous rappelle que vous aviez également déjà rejeté une telle proposition en décembre dernier.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous partageons l'avis de la majorité de la commission. Je crois que cette proposition de minorité, comme l'a relevé M. Fattebert, a deux aspects: un premier aspect de réassurance et un deuxième de financement.
En ce qui concerne la réassurance, c'est un fait statistique qu'environ 1 à 2 pour cent des cas coûtent plus de 40 000 francs par an aux assurances. Si une caisse-maladie a 10 000 membres, cela signifie qu'entre 100 et 200 de ses assurés coûtent plus de 40 000 francs par an. Il y a donc déjà un élément statistique qui permet de diluer le risque pour l'assurance parce que, parmi les gens qui coûtent plus de 40 000 francs, il y en a qui peuvent coûter 200 000 ou 300 000 francs; mais lorsque 100 à 200 personnes coûtent plus de 40 000 francs, si une ou deux d'entre elles coûtent plus de 100 000 à 200 000 francs, cela ne met en principe pas en péril le système et l'équilibre de la caisse-maladie.
M. Fattebert et d'autres orateurs ont redit que le fait de fixer un seuil, plutôt que de fixer une pathologie ou de définir une maladie qui ferait partie d'un pool, aurait pour effet de provoquer la tentation d'atteindre ce seuil. Pour éviter cela, il faudrait que le Conseil fédéral, dans son ordonnance, multiplie les cautèles, par exemple pour éviter que certaines factures soient reportées sur l'année suivante pour être sûr que le seuil soit atteint l'année suivante plutôt que l'année précédente. Il y a toute une série de mesures qui devraient être prises pour éviter les abus, ce qui rendrait la chose très difficile.
Finalement, ce que veut M. Gross Jost, c'est plus l'aspect financement. Et l'aspect financement, c'est de sortir du système du financement par l'assurance obligatoire des soins et d'introduire un financement par les assureurs, par la Confédération et par les cantons, afin d'aboutir lentement à un nouveau mode de financement de l'assurance-maladie, parce que si tous les cas qui coûtent doivent être financés de manière différente, petit à petit on aboutira à la conclusion que les cas ordinaires, eux aussi, devraient être financés de manière différente.
A travers cette pseudo-proposition de réassurance, c'est autre chose que l'on vise et je crois que la démonstration a été faite le 18 mai dernier qu'il faut améliorer le système actuel et non vouloir le changer par le biais d'une disposition comme celle-ci.
Nous vous invitons à confirmer vos décisions antérieures et à rejeter la proposition de minorité Gross Jost.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 55 Stimmen
Dagegen .... 89 Stimmen

**Art. 23a**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Der Bund kann gemeinnützige Dachorganisationen, die in der ganzen Schweiz tätig sind, mit der Erfüllung von Aufgaben im Bereich der Information, Beratung sowie Förderung der Selbsthilfe der Versicherten betrauen. Zu diesem Zweck bewilligt er ihnen Finanzhilfen nach dem Subventionsgesetz.
*Abs. 2*
Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen für die Gewährung dieser Finanzhilfen.

**Art. 23a**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
La Confédération peut confier à des organisations faîtières d'utilité publique actives dans toute la Suisse des tâches dans le domaine de l'information, du conseil et de l'encouragement à l'autonomie des assurés. Elle leur accorde à cette intention des aides financières conformes à la loi sur les subventions.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral fixe les conditions d'attribution.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 25 Abs. 2**
*Antrag der Mehrheit*
....
a. ....
....
3. .... erbringen; (Rest streichen)
abis. Streichen
....
e. der Aufenthalt im Spital für ärztliche und pflegerische Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
f. den Aufenthalt bei Entbindung in einem Geburtshaus (Art. 29);
....

*Antrag der Minderheit*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
....
b. .... verordneten Analysen und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
bbis. die von Apothekerinnen und Apothekern abgegebenen Arzneimittel, welche die Wirkstoffe enthalten, die von Ärztinnen oder Ärzten oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren verordnet wurden; bei gleicher Eignung sind die preisgünstigsten Arzneimittel mit den verordneten Wirkstoffen abzugeben;
....
h. die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von Arzneimitteln mit den nach Buchstabe bbis verordneten Wirkstoffen.

**Art. 25 al. 2**
*Proposition de la majorité*
....
a. ....
....
3. .... d'un chiropraticien; (biffer le reste)
....
abis. Biffer
....
e. le séjour à l'hôpital pour des prestations médicales et des soins dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins;
f. le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);
....

*Proposition de la minorité*
(Goll, Baumann Stephanie, Cavalli, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
....
b. les analyses et les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits ....
bbis. les médicaments délivrés par un pharmacien et contenant les principes actifs qui ont été prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien; à effet et principe actif identiques, le pharmacien délivre le médicament le moins onéreux;
....
h. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments contenant les principes actifs prescrits conformément à la lettre bbis.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Angesichts der bedeutenden Steigerung der Kosten, welche den Kassen durch die volle Übernahme der pflegerischen Handlungen entstehen, wollte der Ständerat mit diesem Artikel eine Bremse ziehen. Diese Kostenübernahme ist eine Konsequenz der Leistungsverordnung, in der für Heime und Pflegeheime, in denen die Kostenrechnung eingeführt ist, die Tarifstruktur entsprechend angepasst werden kann. Diese Änderung respektive Anpassung erfolgte noch unter Frau Bundesrätin Dreifuss.

Auch Ihre Kommission ist der Meinung, dass es nicht Sache der Kassen sein kann, für alle pflegerischen Massnahmen aufzukommen, sondern dass es sich lediglich um Beiträge handeln muss. Diese Anpassung wird momentan durch eine Arbeitsgruppe geprüft, wobei auch klarzustellen ist, dass Kantone und Gemeinden nicht aus ihrer Verpflichtung entlassen werden dürfen. Nach Meinung Ihrer Kommission ist die Regelung aber heute noch nicht spruchreif, sondern sie muss in der nächsten KVG-Revision dringlich aufgenommen oder allenfalls auch als separate Regelung rasch entschieden werden. Bis zu diesem Zeitpunkt ist darauf zu dringen, dass dem Wunsch der Kommission, den Status quo ante beizubehalten, entsprochen wird. Ansonsten gäbe es für die Kassen eine riesige Kostensteigerung und damit auch eine Prämiensteigerung.
Ich nehme an, dass Herr Bundespräsident Couchepin zu dieser Frage noch Stellung nehmen wird, denn es ist auch die klare Meinung des Departementes, dass hier die Kosten nicht weiter anwachsen dürfen, dass es aber für eine Regelung, wie sie vom Ständerat vorgeschlagen wurde, heute zu früh ist.

**Goll** Christine (S, ZH): Bei Artikel 25 geht es um die Frage der überhöhten Medikamentenpreise bei uns in der Schweiz. Der Minderheitsantrag, der Ihnen hier vorliegt, entspricht genau der Formulierung, die der Nationalrat in der ersten Runde bzw. in der letzten Wintersession 2002 noch akzeptiert hat.
Was schlagen wir vor? Wir möchten, dass künftig Ärzte und Ärztinnen nicht mehr die Marke, nicht mehr das Medikament, verschreiben, sondern nur noch die Substanz. Die Wirkstoffverschreibung soll also Praxis werden. Wir wollen als Zweites, dass für die Patienten und Patientinnen bei gleicher Eignung das kostengünstigste Medikament abgegeben wird. Mit dieser Formulierung in Artikel 25 wird die Sicherheit der Patienten und Patientinnen nicht angetastet. Das heisst, Patienten und Patientinnen müssen keine Qualitätseinbussen befürchten. Sie haben auch keine Kostenfolgen zu gewärtigen. Konkret heisst das auch, dass die medikamentöse Therapie dadurch nicht eingeschränkt wird.
Tatsache ist: Wir haben in den letzten Jahren immer wieder erlebt, dass der grösste Kostenschub im Gesundheitswesen im Bereich der Medikamentenpreise stattgefunden hat. Nach wie vor ist es Realität, dass der Anteil der Generika äusserst gering ist. Auch die Verschreibung von gleich geeigneten, aber günstigeren Medikamenten durch Ärzte und Ärztinnen ist heute nicht Praxis. Bekannt ist auch, dass die Pharmalobby sowohl Apotheken als auch Ärzte und Ärztinnen mit Drohbriefen erpresst, um die Abgabe von Generika oder die Abgabe von billigeren Medikamenten zu verhindern. Heute ist es so, dass die Abhängigkeit zwischen Ärzten und Ärztinnen und der Pharmalobby gross ist. Trotzdem ist es so, dass unser Minderheitsantrag, den Sie in der Wintersession 2002 noch akzeptiert haben, die Therapiefreiheit von Ärzten und Ärztinnen weiterhin gewährleistet.
Mit dieser Regelung würde die Schweiz nicht alleine dastehen. Andere Länder wie beispielsweise Deutschland, die Niederlande, Grossbritannien und die USA haben längst das beträchtliche Einsparpotenzial entdeckt, das bei einer solchen Regelung besteht, und diese Regelung wird in anderen Ländern auch problemlos angewendet. In der Schweiz sind die Medikamente auf einem hohen, auf einem überhöhten Preisniveau, und unser Vorschlag ist deshalb eine der wichtigsten Kosten dämpfenden Massnahmen, die wir jetzt in dieses Gesetz «nageln» können.
Ich wiederhole: Sie haben dieser Bestimmung – genau derselben Bestimmung – in der Wintersession 2002 zugestimmt. In der Zwischenzeit hat der Ständerat einem Artikel 52 zugestimmt, der sich zwar dieser Problematik annimmt, aber sie nicht löst. Unsere Kommission hat auch noch eine Ergänzung in Artikel 52a eingefügt. Nur muss ich Ihnen sagen: Diese Ergänzungen in den Artikeln 52 und 52a sind nichts anderes als Augenwischerei, als neue kosmetische Formulierungen, die aber an diesem Problem nichts ändern. Ich möchte Sie daran erinnern, dass wir bereits bei der ersten KVG-Teilrevision das Substitutionsrecht in diesem Gesetz verankert haben, und zwar eben nicht als Verpflichtung, sondern in einer harmlosen Kann-Formulierung; dies mit null Erfolg, wenn Sie sehen, was in der Zwischenzeit passiert ist.
Wenn Sie jetzt also diesem Minderheitsantrag nicht zustimmen, dann heisst das im Klartext nichts anderes, als dass Sie beim heutigen Status quo bleiben wollen.
Ich bitte Sie deshalb, bei dieser Abstimmung Mut zu zeigen und einer wirksamen, Kosten dämpfenden Massnahme zuzustimmen, indem Sie an dem festhalten, was Sie bereits in der Wintersession 2002 beschlossen haben.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Die SVP-Fraktion wird, wie sie das auch schon im letzten Dezember gemacht hat, die Mehrheit unterstützen, weil wir der Überzeugung sind, dass der Antrag der Minderheit einen zu grossen und einengenden Eingriff in die Therapiefreiheit darstellt. Denn die Wichtigkeit der Therapiefreiheit für Patientinnen und Patienten ist enorm gross. Damit die geeignete Therapie verschrieben werden kann, müssen verschiedene Faktoren in die Entscheidung einbezogen werden, um abwägen zu können. Der Faktor «billigst» oder «kostengünstigst» darf nicht allein entscheidend sein, sondern es sind die Faktoren der optimalen Eignung für die Patienten und der wirtschaftlichen Leistung im Zusammenhang. Nur so können sowohl die Verschreibungs- als auch die Abgabequalität weiterhin sichergestellt werden, dies zugunsten des Patienten.
Aber der Antrag der Minderheit Goll sieht neben der zwingenden Abgabe der billigsten Therapie auch die zwingende Formulierung der Wirkstoffverschreibung vor. Diese Wirkstoffverschreibung ist aber ein grundsätzlicher Systemwechsel, welcher einer intensiveren Planung bedarf und vor allem auch in die Ausbildung einfliessen muss.
Wenn Sie hier der Mehrheit folgen und in Artikel 52a das Substitutionsrecht gutheissen, dann fördern Sie den Einsatz von kostengünstigen Generika im revidierten KVG ausreichend.
Anzumerken gilt es auch – hier muss ich Frau Goll widersprechen –, dass seit der Umstellung des Abgeltungssystems in Apotheken der Einsatz von Generika stark zugenommen hat. Dieser Prozess zeigt eigentlich, dass der eingeschlagene Weg der richtige ist.
Zu Frau Goll: Der Vorwurf der Erpressung, den Sie hier erhoben haben, ist doch etwas dicke Post. Ich glaube, Apothekerinnen und Apotheker haben in den vergangenen Monaten gezeigt, dass sie gewillt sind, diese günstigen Generika abzugeben, dass dieser Prozess auch langsam Fuss fassen kann und sowohl Patienten als auch die verschreibende Ärzteschaft langsam diesen Weg einschlagen werden.
In diesem Sinne bitte ich Sie im Namen der SVP-Fraktion, der Mehrheit zu folgen.

**Guisan** Yves (R, VD): Mme Goll revient une nouvelle fois à la charge avec un vieux cheval de bataille – je devrais même dire: son cheval de bataille. Sa proposition de minorité est tout simplement inapplicable pour toute une série de raisons.
1. La première est liée à l'évolution du marché. Le prix des médicaments varie régulièrement, ce qui est inhérent à la concurrence et au marché. Il en résulte que le pharmacien devrait changer régulièrement de marque en cas de traitement de maladies chroniques, ce qui constitue la majorité de l'activité d'un cabinet médical de médecine générale ou de médecine interne.
De tels changements à répétition ne feraient que déstabiliser les patients qui ont souvent déjà passablement de peine à comprendre ce qu'ils doivent faire et pourquoi. Avec la prescription de génériques ou en dénomination chimique internationale, le pharmacien a actuellement toute latitude de remettre ce qui est le plus avantageux. Mais pour autant que le médicament convienne, il faut alors s'y tenir et ne plus le changer, même si, au gré de l'évolution, une alternative

meilleur marché se présente, précisément pour les raisons que je viens d'indiquer.
2. Les interactions entre le principe actif et le support galénique sont bien connues. Il appartient donc de mettre à profit les différentes possibilités à disposition pour choisir celle qui sera la mieux tolérée. Cela oblige bien souvent à revenir à la spécialité originale, même si les effets secondaires observés sont bien souvent de nature manifestement subjective.
3. La proposition de minorité Goll a surtout le défaut inacceptable de conduire à une médecine industrielle faisant abstraction des gens, de leur personnalité et de leur réaction individuelle face à des processus biologiques bien établis scientifiquement. Par définition, la prise en charge est individuelle et pour cette raison nécessite le maintien de la liberté thérapeutique. La formulation de l'article 52a selon la commission, qui traite du remplacement par le pharmacien de la prescription d'une spécialité par un générique, laisse toute la marge de manoeuvre souhaitable pour pouvoir s'adapter aux situations les plus diverses tout en incluant une forte incitation aux économies. Les voeux de la minorité Goll sont donc largement pris en compte.
Au nom du groupe radical-démocratique, je vous prie donc d'en rester à la formulation du droit en vigueur.

**Cavalli** Franco (S, TI): In wenig anderen Bereichen tritt die Scheinheiligkeit der bürgerlichen Mehrheit so deutlich zutage wie bei diesem. Alle wissen: Medikamentenkosten nehmen jährlich 15, 18 und dieses Jahr vielleicht sogar um 20 Prozent zu. Das ist ein Trend, den man in allen westlichen Ländern sieht, bei uns und in den USA etwas mehr als in anderen Ländern. Die Diagnose ist also klar. Ich habe auch noch an keinem öffentlichen Gespräch, an keinem Gespräch bei einer Zeitung oder beim Fernsehen teilgenommen, an dem die anwesenden bürgerlichen Vertreter nicht auch gegen die Zunahme der Kosten der Medikamente «schreien» und sagen, man müsse unbedingt etwas tun, damit dieses Schlamassel nicht weitergehe. Das ist immer so. Wenn wir dann aber hier versuchen, etwas dagegen zu unternehmen, dann geschieht nichts, dann versucht man das immer wieder zu torpedieren.
Ich erinnere Sie daran: Als wir das neue Heilmittelgesetz diskutiert haben, haben wir vorgeschlagen, dass neue Medikamente, die seit einigen Jahren immer mindestens zehnmal teurer sind als jene, die vom Markt genommen werden, nur dann zugelassen werden, wenn sie besser sind als die bisherigen; oder: wenn sie gleich gut sind, sollten sie billiger sein. Das wurde verworfen. Jedes Mal, wenn wir hier versuchen, diese Kostenzunahme zu bremsen, findet man irgendeine Ausrede, um zu sagen, das sei nicht möglich.
Der Antrag der Minderheit Goll ist wirklich das Beste, was man sich da vorstellen kann. Wir waren auch gegen die «Denner-Initiative», weil sie undifferenziert war. Hier wird aber ganz klar gesagt, dass die preisgünstigsten Arzneimittel «bei gleicher Eignung» verordnet werden sollen. Damit ist keine industrielle Medizin gemeint, Kollege Guisan. Das heisst wirklich, dass das Medikament tatsächlich gleich ist, wie man das wissenschaftlich beweisen kann. Und wenn die Medikamente gleich sind, soll man das billigste nehmen. Jeder vernünftige Mensch würde sagen: Ja, warum nicht?
Monsieur Fattebert, il ne s'agit pas de ne pas penser. Au contraire, il s'agit justement de penser, parce que si on pense, toutes nos propositions seront adoptées. Mais, au Parlement, on ne pense pas! On ne pense que dans l'esprit des lobbies. Et dans ce cas-ci, on pense dans l'esprit des lobbies de la pharmacie.
Ich sehe nur ein Problem – das habe ich schon das letzte Mal gesagt –: Das Problem, den Wirkstoff anzugeben, ist zwar relativ einfach für Ärzte, die sich normal ausbilden. Aber da auf diesem Gebiet die Ärzte meistens nur das verschreiben, was die Pharmavertreter ihnen verordnen, kennen sie die Wirkstoffe gar nicht. Auch die Ausbildung an der Universität bezüglich Pharmakodynamik, Pharmakokinetik und Wirkstoffe ist sehr mangelhaft. Das kann ich Ihnen bezeugen, weil ich dort auch lehre.
Wenn das hier durchgehen würde, gäbe es nur ein Problem: Man müsste die Ärzte in der Pharmakopöe besser ausbilden. Das wäre etwas Positives, weil unsere Ärzte darin relativ schlecht ausgebildet sind.
Sie können das Problem drehen, wie Sie wollen: Wenn Sie vernünftig sein wollen, dann stimmen Sie dem Antrag der Minderheit zu; wenn Sie nicht vernünftig sein wollen und gegen Konkurrenz sind, dann stimmen Sie ihm nicht zu.

**Dormann** Rosmarie (C, LU): Herr Cavalli, auch die CVP-Fraktion wird vernünftig handeln. Sie stimmt zwar in Artikel 25 nicht dem Antrag der Minderheit Goll zu, sondern unterstützt Artikel 52a, der die Kann-Formel vorsieht.
Es ist uns allen bewusst, dass die Medikamentenpreise und die Medikamentenmenge im Gesundheitswesen kostentreibend sind und in der Krankenversicherung ein massgebender Faktor sind. Trotzdem genügt uns die Formulierung «bei gleicher Eignung sind die preisgünstigsten Arzneimittel .... abzugeben» nicht, weil die Verträglichkeit auch ein Faktor ist, der berücksichtigt werden muss. Deshalb sind wir der Meinung, dass Sie mit Artikel 52a die bessere Lösung gewählt haben, weil dort die Möglichkeit besteht, dass man eben davon absehen kann, wenn Ausnahmen bestätigt und begründet sind. Wir glauben auch daran, dass das neue Rechnungsmodell der Apotheker einen Einfluss haben wird, weil sie nicht mehr durch den Preis, sondern durch die Beratung bezahlt werden und deshalb nicht mehr im gleichen Ausmass das Interesse vorhanden ist, dass man nur die teuersten Medikamente abgibt.
Deshalb wird die CVP-Fraktion den Minderheitsantrag Goll ablehnen, aber ganz klar Artikel 52a unterstützen.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe libéral annonce qu'il soutient la majorité.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: In Artikel 25 werden ganz verschiedene Themen behandelt. Sie haben die beiden Minderheitsanträge Goll zur Kenntnis genommen; es geht aber auch um eine Neudefinition des Begriffes der allgemeinen Abteilung, und es geht ferner um die Wiederaufnahme der Geburtshäuser in die Leistungspflicht. Ich möchte die einzelnen Punkte getrennt behandeln.
Zuerst zum Minderheitsantrag Goll: Ich möchte Sie ersuchen, der nach Herrn Cavalli unvernünftigen Kommissionsmehrheit zuzustimmen. Der Antrag Goll wurde mit 10 zu 5 Stimmen abgelehnt. Die Gründe möchte ich nicht nochmals ausführen – sie wurden in der ersten Lesung klar dargelegt. Wir haben in Artikel 52a einen anderen Lösungsweg gesucht und ihn auch gefunden: Unsere Kommission hat diesem anderen Lösungsweg klar zugestimmt. Dort kommt eben dem Wirkstoff eine wichtige Bedeutung zu. Nicht das preisgünstigste, sondern das preisgünstige Mittel soll danach abgegeben werden. Dies zum Minderheitsantrag Goll.
Zur Neudefinition des Begriffes der allgemeinen Abteilung in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe e: Wir nehmen mit diesem Gesetz einen Wechsel von der jetzt institutionsbedingten Unterstützung zur leistungsbezogenen Abgeltung oder Entschädigung vor. Wir haben also nicht mehr eine allgemeine Abteilung in einem Spital, sondern es werden die Leistungen entschädigt. Der Ständerat hat anstelle der «allgemeinen Abteilung» neu den Begriff «Basis-Service» eingeführt. Wir haben auch hier in der ersten Lesung bereits darüber diskutiert. Wir waren uns nicht einig, was der neue Begriff «Basis-Service» wirklich beinhaltet – auch nach der Lektüre eines ausführlichen Berichtes, der von der Verwaltung für die Kommission erstellt worden ist.
Wir haben dann eine bessere Formulierung gesucht, wie wir sie heute auf der Fahne haben. Jetzt wird klargestellt, dass ausschliesslich Leistungen in dem Bereich zulasten der Grundversicherung gehen, wie er dort im Gesetzesartikel formuliert ist. Es wird also gegenüber heute keinerlei Leistungsausweitung und auch keinerlei Leistungseinschränkung verfolgt; dies zuhanden all der verschiedenen Organisationen, von denen wir Briefe erhalten haben. Dass damit

Leistungen im Zusatzversicherungsbereich wie z. B. freie Arztwahl, Belegärzte und Honorare nicht von dieser Definition erfasst sind, muss ebenfalls klargestellt werden.
Zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f: Unser Rat hat in Übereinstimmung mit seinem Beschluss in der ersten Lesung daran festgehalten, dass der Aufenthalt in einem Geburtshaus auch der Leistungspflicht unterstellt werden soll. Die Geburten an sich sind bereits tarifiert und werden schon heute übernommen. Aber die Geburtshäuser als Infrastruktur, als Leistung, sind heute durch die Entschädigung nicht abgedeckt. Wenn Geburtshäuser als Institution aufgenommen werden, dann unterstehen sie auch der Planungspflicht; dessen sind sich die Geburtshäuser bewusst. Aber wichtig ist, dass wir diesen Entscheid damit noch einmal bestätigen wollten.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je fais tout d'abord une remarque en ce qui concerne l'alinéa 2 lettre abis. Nous sommes d'accord avec la commission qui propose de biffer cet alinéa, mais ce que nous souhaitons, c'est trouver assez rapidement une solution qui permette de répondre aux besoins sans augmenter les dépenses dans ce domaine des soins dispensés dans les établissements médicosociaux. Nous visons au maintien de ces dernières à leur niveau actuel.
En ce qui concerne la proposition de minorité Goll, il y a une discussion de fond à mener sur la part des génériques. Sur ce point-là, il n'y a pas de discussion. Tout le monde est pour que les génériques prennent une part plus importante parmi les médicaments qui sont dispensés. Actuellement, environ 3 pour cent des médicaments dispensés sont des génériques. La croissance est toutefois très forte dans les génériques, ce qui est quelque chose de positif. On ne peut donc pas prétendre, comme l'a dit l'un ou l'autre d'entre vous, que rien ne se passe dans ce domaine. La part des génériques augmente.
Et puis, il y a d'autres voies possibles que celle que propose la minorité Goll. Ainsi, dans le canton de Fribourg, une expérience extrêmement positive est en cours. Il s'agit de l'expérience des cercles de qualité qui réunissent les pharmaciens, les médecins, qui discutent périodiquement des ordonnances et cherchent à trouver les solutions les meilleures possibles du point de vue des coûts. Et les résultats sont très positifs. Je voudrais lancer un appel aux pharmaciens et aux médecins de l'ensemble du pays pour qu'ils créent des cercles de qualité à l'image de ce qui s'est fait à Fribourg. Cette expérience a un peu de peine à s'étendre parce que, tout simplement, elle exige un travail supplémentaire de la part des pharmaciens et des médecins, mais c'est quelque chose d'extrêmement positif que nous voulons encourager. Et, là aussi, je lance un appel aux assureurs pour qu'ils promeuvent ce type de collaboration et réfléchissent aux moyens de le soutenir, peut-être en acceptant de rétrocéder aux parties concernées une part de l'épargne qui a été faite.
La minorité Goll voudrait imposer la prescription de l'agent thérapeutique lorsque cela est possible. L'alternative, c'est l'article 52a, qui a une forme potestative. Notre conviction, c'est que si on impose absolument l'agent thérapeutique, on peut, dans un certain nombre de cas, aboutir à une diminution de la qualité. Obliger le pharmacien à délivrer en toutes circonstances le médicament le moins onéreux, c'est une règle tellement rigide qu'elle est difficilement applicable. On pourrait imaginer que d'un jour à l'autre, un médicament soit de quelques dizaines de centimes meilleur marché qu'un autre et que, tout d'un coup, on doive changer l'attitude de l'ensemble des pharmaciens et leur dire: «Dorénavant, c'est ce médicament qui doit être prescrit!» – celui qui est seulement 10 centimes ou 1 franc meilleur marché – «Il n'y a pas de discussion!»
Je crois que la minorité Goll, même si elle a un certain nombre d'arguments pour elle, va trop loin. Il faut en rester à l'article 52a tel que vous le préconisez et pousser à des alternatives telles que les cercles de qualité et la promotion systématique des génériques par d'autres moyens.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 100 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 56 Stimmen

**Art. 29 Abs. 2 Bst. b**
*Antrag der Kommission*
b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie ....

**Art. 29 al. 2 let. b**
*Proposition de la commission*
b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que ....

*Angenommen – Adopté*

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

*Schluss der Sitzung um 12.45 Uhr*
*La séance est levée à 12 h 45*

hen muss. Wir haben vom Bundesamt für Justiz einen Prüfungsbericht zu dieser Frage erhalten. Es gab keine abschliessend klare Antwort. Wir sind von der SPK her aber der Meinung, dass wir dies mit Artikel 3 als gesetzlicher Grundlage verantworten können, auch wenn eine gewisse Gefahr einer EMRK-Verletzung im Raum steht.
Die Lösung des Ständerates hat nun auch in unserer Kommission eine Mehrheit gefunden. Wir möchten diese Differenz aus der Welt schaffen. Es ist uns aber auch ein Anliegen, zu betonen, dass die Begnadigungskommission dann wohl nicht darum herumkommen wird, in Einzelfällen Historikerinnen oder Historiker beizuziehen, da es wohl unbedingt nötig ist, bei der Behandlung der Gesuche in gewissen Fragen die Fachkompetenz für subtile historische Ereignisse anzuwenden.
Ich bitte Sie daher namens der Kommission, der Bereinigung der Differenz zum Ständerat zuzustimmen, damit wir dieses Geschäft abschliessen können.

**de Dardel** Jean-Nils (S, GE), pour la commission: La commission vous propose, à l'unanimité, de vous rallier à la solution adoptée par le Conseil des Etats, qu'il s'agisse du principe même posé par le Conseil des Etats ou des modalités.

faire est urgente.
En ce qui concerne plusieurs détails contenus dans la solution du Conseil des Etats, auquel nous nous rallions, nous avons constaté tout d'abord que la Commission des grâces statuera non pas comme instance d'une procédure de grâce, mais bien comme une instance spécifique, dont les compétences sur cette question des personnes ayant aidé des réfugiés sont élargies. Autrement dit, la Commission des grâces reçoit par cette loi de nouvelles compétences. Cela signifie évidemment qu'elle ne statue pas comme instance de préavis, mais comme instance de décision, sans que l'affaire doive être transmise à l'Assemblée fédérale, Chambres réunies.
Pour le reste et sur les questions de détail, nous nous rallions à ce qui a été décidé par le Conseil des Etats. Nous avons examiné différents problèmes qui se posaient au plan juridique et, chaque fois, nous avons constaté que la solution du Conseil des Etats était tout à fait praticable et qu'elle ne posait pas de problème juridique insurmontable. On a dit à un moment donné dans la discussion au Conseil des Etats qu'il y avait un risque, puisqu'il n'y avait plus de recours possible à une instance juridictionnelle, de violation de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH); mais cette critique nous a semblé relativement théorique, dès lors que la Commission des grâces statuera aussi bien en droit qu'en équité. Par ailleurs, on peut réellement se demander si, dans le type de décisions qui sera pris par la Commission des grâces, il s'agit bien d'une contestation civile au sens de l'article 6 CEDH, puisqu'en définitive, l'enjeu est l'annulation de jugements pénaux.
Notre commission a aussi vérifié la constitutionnalité de l'article 7 alinéa 3 selon la version du Conseil des Etats. Certes, des questions de procédure doivent normalement être réglées par la loi, mais une délégation de compétence est parfaitement possible.
Pour toutes ces raisons, nous vous prions de bien vouloir vous rallier aux décisions prises par l'autre Chambre de ce Parlement.

**Art. 6–8; 4. Abschnitt Titel; Art. 9 Abs. 2 Bst. b; 10 Abs. 2; 12bis; 14; 15**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 6–8; section 4 titre; art. 9 al. 2 let. b; 10 al. 2; 12bis; 14; 15**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)

## 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
## 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

**Art. 35**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1*
Zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:
a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 bis 40 erfüllen; und

b. wenn sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben; oder
c. einem integrierten Versorgungsnetz gemäss Artikel 35a angeschlossen sind.
*Abs. 1bis*
Im Übrigen sind die Leistungserbringer und die Versicherer in der Wahl der Vertragsparteien frei, soweit:
a. die medizinische Versorgung nach Absatz 1quater gewahrt ist. Jeder Versicherer muss in jedem Kanton, in dem er tätig ist, Zusammenarbeitsverträge mit mindestens der vom Kanton festgelegten Anzahl Leistungserbringer nach Absatz 1quater abschliessen;
b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);
c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden. Beim Abschluss sind jene Leistungserbringer zu bevorzugen, die in Netzwerken aktiv sind, sofern das Netzwerk mit dem Versicherer vertraglich eine Budgetverantwortung vereinbart hat.
*Abs. 1ter*
Streichen
*Abs. 1quater*
Die Kantone bestimmen für den ambulanten Bereich die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten. Die Versorgungssicherheit beurteilen sie nach den demographischen Verhältnissen und der Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Das Angebot in den angrenzenden Kantonen ist zu berücksichtigen. Die Kantone legen nach Anhörung der Leistungserbringer und Versicherer die Anforderungen fest.
*Abs. 1quinquies*
Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verweigert, kann dies einer kantonalen Schiedskommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände, der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons, zum Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vorsitz. Gegen diese Entscheide kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden, das letztinstanzlich entscheidet.
*Abs. 1sexies, 1septies*
Streichen
*Abs. 2*
....
i. Geburtshäuser;
....

*Antrag der Minderheit*
(Robbiani, Fasel, Hubmann, Maury Pasquier, Meyer Thérèse, Rechsteiner-Basel)
*Abs. 1ter*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Hubmann, Maury Pasquier)
*Abs. 1quater*
Der Bundesrat legt die Kriterien der Versorgungssicherheit fest. Die Kantone, Versicherer und die Leistungserbringer sind anzuhören. Werden diese Kriterien nicht erfüllt, können die Kantone zusätzliche Leistungserbringer zur Grundversicherung zulassen.

*Antrag der Minderheit*
(Meyer Thérèse, Borer, Fattebert, Robbiani)
*Abs. 1sexies*
Die Verträge über die Zulassung sind für eine Dauer von mindestens vier Jahren abzuschliessen. Versicherer und Leistungserbringer können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 18 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen, aber nicht vor Ablauf von vier Jahren nach dem Vertragsabschluss. Eine Kündigung muss nach den Kriterien dieses Gesetzes begründet werden und ist ausgeschlossen, wenn gestützt auf die Absätze 1bis, 1ter oder 1quater eine Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages besteht.

*Antrag Polla*
Unverändert

*Antrag Sommaruga*
*Abs. 1*
....
c. ihre gesamten Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes gemäss Artikel 35a erbringen.
*Abs. 1quater*
(Ergänzung zum Antrag der Minderheit Gross Jost)
.... Kantone, Versicherer, Versicherten und die Leistungserbringer ....
*Abs. 1quinquies*
.... der Versicherer, der Versicherten und der Leistungserbringer ....

*Antrag Leuthard*
*Abs. 1bis*
....
c. .... Budgetverantwortung im Sinne von Artikel 35a Absatz 2 vereinbart hat.

**Art. 35**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1*
Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui:
a. remplissent les conditions des articles 36 à 40; et
b. s'ils sont actifs dans le secteur ambulatoire, ont conclu un contrat de collaboration avec un ou plusieurs assureurs; ou
c. sont affiliés à un réseau de soins coordonné conformément à l'article 35a.
*Al. 1bis*
Du reste, les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels à condition que:
a. la couverture en soins au sens de l'alinéa 1quater soit garantie; ils doivent, dans chaque canton, conclure des contrats de collaboration à concurrence au moins du nombre fixé par le canton en vertu de l'alinéa 1quater;
b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58);
c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées. Les fournisseurs qui sont actifs dans des réseaux, dans la mesure où ces derniers ont convenu contractuellement avec l'assureur d'une responsabilité budgétaire.
*Al. 1ter*
Biffer
*Al. 1quater*
Les cantons déterminent le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. Ils jugent de la garantie de la couverture en soins en fonction des conditions démographiques et de l'accessibilité aux fournisseurs de prestations. L'offre dans les cantons limitrophes doit être prise en considération. Les cantons fixent les exigences après consultation des fournisseurs de prestations et assureurs.
*Al. 1quinquies*
Si un assureur ou un fournisseur de prestations se voit refuser la conclusion d'un contrat, il peut soumettre ce refus à une commission arbitrale cantonale, composée de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations et d'un représentant du canton. Cette commission est présidée par le représentant du canton. Il est possible de s'opposer à ces décisions en déposant un recours auprès du Tribunal administratif fédéral, qui décide en dernière instance.
*Al. 1sexies, 1septies*
Biffer

*Al. 2*
....
i. les maisons de naissance;
....

*Proposition de la minorité*
(Robbiani, Fasel, Hubmann, Maury Pasquier, Meyer Thérèse, Rechsteiner-Basel)
*Al. 1ter*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*
(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Hubmann, Maury Pasquier)
*Al. 1quater*
Le Conseil fédéral fixe les critères permettant de garantir la couverture en soins. Les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent être auditionnés. Si ces critères ne sont pas respectés, les cantons peuvent admettre de nouveaux fournisseurs de prestations dans le cadre de l'assurance de base.

*Proposition de la minorité*
(Meyer Thérèse, Borer, Fattebert, Robbiani)
*Al. 1sexies*
Les contrats de collaboration doivent être conclus pour une durée minimum de quatre ans. Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent résilier le contrat d'admission moyennant le respect d'un délai de 18 mois pour la fin d'une année civile, mais au plus tôt pour la fin de la quatrième année après sa conclusion. La résiliation doit être dûment motivée sur la base de critères issus de la présente loi et est exclue s'il y a obligation de contracter conformément aux alinéas 1bis, 1ter ou 1quater.

*Proposition Polla*
Inchangé

*Proposition Sommaruga*
*Al. 1*
....
c. fournissent toutes leurs prestations dans le cadre d'un réseau de soins coordonné selon l'article 35a.
*Al. 1quater*
(complète la proposition de la minorité Gross Jost)
.... cantons, les assureurs, les assurés et les fournisseurs de prestations ....
*Al. 1quinquies*
.... de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des assurés, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations ....

*Proposition Leuthard*
*Al. 1bis*
....
c. .... responsabilité budgétaire au sens de l'article 35a alinéa 2.

**Gross** Jost (S, TG): Ich darf hier vielleicht zu den Managed-Care-Modellen, den integrierten Versorgungsmodellen mit Budgetverantwortung, nach dem Studium der Zeitungen heute Morgen eine Vorbemerkung machen. Man hat ja gesagt, die Sozialdemokratie habe gestern auf der ganzen Linie verloren. Ich möchte einfach auch die Medien daran erinnern, dass dieses Modell, das das zentrale Modell der Mengen- und der Kostenlenkung sein soll, in der letzten Debatte von uns eingebracht worden ist, in der Kommission eine Mehrheit gefunden hat und jetzt, denke ich, auch breit getragen wird. Das sollte man vielleicht beim kurzen Gedächtnis, das auch Medienschaffende manchmal haben, hier doch erwähnen.
Meine Minderheit möchte, dass nicht die Kantone die Kriterien der Versorgungssicherheit festlegen, sondern dass der Bund dafür verantwortlich sein soll. Es geht hier um die Zahl der Ärzte, also die so genannte Ärztedichte, die Spitalbettendichte. Hier ist die Frage: Wer bestimmt diese Kriterien? Ist es der Bund, oder sind es die Kantone? Die Realität ist – das ist eigentlich auch der Ursprung unserer Überlegungen, die dann zu diesen Hausarztmodellen mit Budgetverantwortung geführt haben –, dass wir uns in einem Anbietermarkt befinden, in dem die Leistungserbringer weitgehend auch die Nachfrage nach medizinischen Leistungen bestimmen. Deshalb ist in den so genannten Hochkostenkantonen leicht auszumachen, dass sich vor allem die hohe Zahl der Ärztinnen und Ärzte, vor allem der Spezialärztinnen und -ärzte, wesentlich in der Kostenhöhe und in der Nachfrage nach medizinischen Leistungen niederschlägt, weil dies eben doch ein Stück weit von den Leistungserbringern her gesteuert werden kann.
Nun muss man sich vorstellen, was der Ständerat hier beschlossen hat: Der Ständerat hat beschlossen, dass die Kantone dafür verantwortlich sein sollen, die Kriterien – wie viele Ärzte wir in diesem Land brauchen – zu bestimmen. Das ist nichts anderes als ein Selbstbedienungsladen der Kantone. Niemand glaubt, dass die so genannten Hochkostenkantone irgendeine Veranlassung haben, an einer hohen Zahl von Ärzten, an einer hohen Zahl von Spitalbetten etwas zu ändern, wenn sie die Kompetenz haben, diese Kriterien zu bestimmen. Das ist ein reines Placebo, und deshalb sollten Sie diese Kompetenz dem Bund geben.
Es war kürzlich an einer Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik offensichtlich – wenn man die Kantonsvertreter fragte, woher sie denn die Vorgaben haben, beispielsweise in einem bestimmten Indikationenbereich die Zahl der Spezialistinnen und Spezialisten zu bestimmen –, dass auch von den Kantonen erwartet wird, dass entsprechende Vorgaben vom Bund erfolgen. Wenn das so ist, dann können Sie diese Kompetenz wirklich gleich dem Bund geben. Dann haben Sie die Möglichkeit, dass Sie eben die Hochkostenkantone auf einen mittleren Level herunterholen können. Sonst haben Sie diese Einflussnahmemöglichkeit eben nicht.
Warum hier die Kantone für diese Kriterien zuständig sein sollen, ist überhaupt nicht einzusehen. Man sagt natürlich, aus föderalistischen Gründen, die Versorgungskompetenz liege eben bei den Kantonen. Das ist an sich richtig, aber das ist eine Tabuisierung der bestehenden föderalistischen Ordnung. Wenn wir die Mengen und die Kosten im Gesundheitswesen lenken wollen, dann müssen diese Vorgaben in Bezug auf die Ärztedichte und auf die Spitalbettendichte eben vom Bund kommen.
Ich gestatte mir an dieser Stelle, obwohl Frau Polla ihren Antrag noch nicht begründet hat, eine Bemerkung zu ihrem Antrag. Sie möchte ja beim geltenden Recht bleiben, sie möchte keinerlei Lockerung des Vertragszwanges, und sie möchte damit – das muss man hier sagen – letztlich auch im Bereich der Mengenlenkung, der Kosteneindämmung auf jegliches Instrumentarium der Beeinflussung dieser überbordenden Mengen- und Kostenentwicklung verzichten. Wir brauchen aber paritätische Modelle der gemeinsamen Mengen- und Kostenverantwortung; die integrierten Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung sind das richtige Mittel.
Ich möchte hier auf drei zentrale Einwände noch eingehen: Es wird gesagt, dass hier Kleinstnetze entstehen könnten, die eine reine Alibifunktion erfüllen. Das ist nicht richtig. Nach Artikel 35a KVG müssen solche Versorgungsnetze alle grundversicherten Leistungen anbieten. Sie werden damit auch über die kantonale Grenze hinaus wirken und werden damit den Patientinnen und Patienten auch eine Wahlfreiheit bezüglich ausserkantonaler Leistungserbringer einräumen.
Diese befürchteten Kleinstnetze sind aufgrund dieser Anforderung von Artikel 35a also gar nicht möglich. Ebenso wird gesagt, eine der Gefahren sei, dass hier Monopole entstehen, dass nur ein einziges Netz in einer Region entstehe, und es wird da auch immer wieder auf das Beispiel Thurgau hingewiesen. Wir wollen durch diesen Artikel 35a Konkurrenz zwischen den verschiedenen Versorgungsnetzen schaffen. Wir finden diese Konkurrenz, diesen Wettbewerb

zwischen den Versorgungsnetzen gut und sind auch klar der Auffassung, dass sich diese Konkurrenz durchsetzen wird.
Frau Polla, Sie haben, so, wie die Stimmungslage in diesem Parlament jetzt ist, nur die Alternative, entweder dem Ständerat zu folgen – dessen Lösung letztlich auf ein Modell hinausläuft, das alle Macht den Versicherern und den Kantonen überträgt – oder dem in der Kommission beispiel- und vorbildhaft entwickelten Versorgungsnetz mit Budgetverantwortung zuzustimmen. Sie werden klar in der Minderheit bleiben, wenn Sie einfach beim Status quo bleiben und an der bestehenden Mengen- und Kostenentwicklung nichts ändern wollen.
In diesem Sinne bitte ich Sie, den Einzelantrag Polla abzulehnen, meinem Minderheitsantrag zur Kompetenzfrage «Bund oder Kanton?» zuzustimmen und damit die Kompetenz im Bereich der Ärztedichte, der Spitalbettendichte dem Bund zuzuweisen und ein wirksames Signal zur Mengen- und Kostenlenkung zu setzen.

**Polla** Barbara (L, GE): J'aimerais tout d'abord déclarer mes liens d'intérêts ou plutôt leur absence. Je suis médecin, certes, mais je n'ai jamais exercé dans le privé. Je dirige une entreprise au sein de laquelle collaborent des médecins, certes, mais nous appliquons depuis toujours, strictement et sur une base volontaire, la suppression de l'obligation de contracter.
J'aimerais ensuite revenir presque quatre ans en arrière: la rapporteuse, Mme Heberlein, s'en souvient certainement, c'était ma toute première intervention au Conseil national, j'avais oublié de m'inscrire .... Il s'agissait de la motion CSSS-CN 00.3003 qui demandait l'évaluation des conséquences de la suppression de l'obligation de contracter. Le président Seiler Hanspeter m'avait quand même laissée, à l'époque, développer mes arguments contre la transmission de cette motion; ces arguments étaient: premièrement, qu'une telle suppression représenterait une grave limitation de la liberté de choix des patients; deuxièmement, qu'une telle suppression équivaudrait pour les médecins concernés à une interdiction de fait d'exercer la profession; troisièmement, qu'une telle suppression représenterait un risque réel de dumping dans la qualité des soins.
Aujourd'hui, il existe beaucoup d'arguments supplémentaires pour soutenir la même proposition de rejet de la suppression de l'obligation de contracter. J'en développerai quatre:
1. De l'aveu de tous, l'efficacité sur le plan des économies de l'article 35, tel que conçu actuellement, serait tellement modérée qu'elle ne vaut certes pas une révolution.
2. Le nouvel article 35 remettrait en fait fondamentalement en question cause la LAMal. En effet, toute la LAMal repose sur un triangle contractuel entre le patient, le médecin et l'assureur-maladie. Dans la mesure où on décide de «casser» ce triangle en supprimant l'obligation de contracter, on ouvre la porte à la suppression de l'obligation de s'assurer.
3. Dans sa formulation actuelle, l'article 35 est tellement alambiqué – voyez aussi le nombre d'amendements proposés – que cela promet des coûts administratifs de toute manière supérieurs aux éventuels bénéfices.
4. N'oublions pas que la LAMal est faite pour les citoyens, genre Fattebert, assurés de base. Eh bien, les assurés nous écrivent par milliers, Monsieur le Conseiller fédéral. Ecoutez-les aussi. Ils disent: «Comme assuré, je refuse que le législateur accorde davantage de pouvoir aux caisses-maladie concernant le choix des médecins.» Ecoutez les citoyens, ils sont concernés au premier chef. Ils veulent une médecine de qualité, des soignants disponibles et le libre choix de leurs thérapeutes.
Le nouvel article 35 est ingérable, alors qu'en toute bonne logique, l'article 35 actuel dit que l'on est médecin, ou sage-femme, ou chiropraticien et reconnu comme tel parce qu'on a obtenu un diplôme et qu'on est qualifié pour exercer sa profession, et non pas parce que l'on plaît aux caisses.
Quant à la concurrence que M. Gross Jost a évoquée de manière anticipée en relation avec ma proposition, elle se doit d'être ailleurs que là où il la suggère.
Pour la simplicité de ma proposition, pour son adéquation avec la LAMal, pour son respect même des fondements de la LAMal, et surtout pour le libre choix des patients, je vous remercie de l'adopter.

**Robbiani** Meinrado (C, TI): La levée de l'obligation de contracter a induit, dès le début, une série de dispositions visant à amortir le passage au nouveau système. On a entre autres prêté attention à la position des personnes qui sont liées de manière continue et forte à un fournisseur particulier de prestations, c'est-à-dire, d'un côté, les personnes qui depuis longtemps sont patientes chez un fournisseur de prestations, donc ayant un rapport de confiance construit dans le temps – on pense surtout aux personnes âgées – et, de l'autre, les personnes dont l'affection appelle, pour des raisons de nature thérapeutique, la poursuite d'un lien déjà bien établi avec un fournisseur particulier. La disposition qui prévoyait la prise en considération de ces deux cas a été biffée par la commission.
A ce sujet, il faut admettre que la levée de l'obligation de contracter a été atténuée par rapport à la version initiale. Donc, on pourrait être conduit à dire qu'il n'est peut-être plus nécessaire de porter une attention particulière aux personnes qui ont un lien particulier avec un fournisseur de prestations. Il n'en reste pas moins que la position des assurés les plus faibles mérite d'être toujours prise en considération. D'abord, parce qu'il s'agit surtout de personnes âgées, souvent très âgées – et la situation démographique nous montre que cette couche de patients est de plus en plus large –, mais aussi parce que le passage à un système plus libre du point de vue contractuel pourrait favoriser de nouvelles tentatives de la part des assureurs-maladie pour se débarrasser des mauvais risques. Hier, un de nos collègues a rappelé que les caisses-maladie n'ont pas un but lucratif: c'est vrai, mais faudrait-il tout de même en arriver à la conclusion qu'il s'agit d'organisations «angéliques»? Elles restent soumises à des tentations tout à fait terrestres, dont la plus fréquente est justement de se débarrasser des mauvais risques. L'expérience des dernières années nous en donne de nombreux témoignages.
Il me paraît donc utile, du moins par prudence et à titre préventif, de garder ce type de protection que le Conseil des Etats a d'ailleurs maintenu dans cet article. Après la période de transition au nouveau système et après sa consolidation, on aura toujours la possibilité d'y renoncer.
Je vous invite donc, à l'article 35 alinéa 1ter, à maintenier cette mesure de protection et de précaution.

**Meyer** Thérèse (C, FR): L'article 35 comporte la disposition qui vise à introduire la fameuse suppression de l'obligation de contracter, qui est un changement fondamental de pratique pas si facile à négocier.
Comme premier Conseil, le Conseil des Etats avait proposé une version dure; lors du premier débat, le Conseil national avait adopté un autre système, exigeant aussi, pour exclure les fournisseurs de soins qui ne correspondaient aux critères de qualité et qui ne garantissaient pas le caractère économique et adéquat des prestations. Cette solution pouvait aussi se défendre pour atteindre le but «qualité au meilleur prix».
L'échec du projet dans son ensemble au Conseil national a conforté le Conseil des Etats dans son idée de supprimer l'obligation de contracter, mais il a amendé son projet, vu les débats qu'il y avait eu dans notre Chambre, pour augmenter la sécurité de la prise en charge des patients dans le temps et des patients âgés, et aussi pour donner un minimum de sûreté aux investissements auxquels doivent se plier les fournisseurs de soins qui s'installent. Il avait donc proposé (art. 35 al. 1sexies) de conclure des contrats de quatre ans avec un délai de résiliation de 18 mois.
Curieusement, la majorité de la commission de notre Conseil propose de biffer cette disposition, car elle la trouve trop rigide et parce que la durée des contrats est de quatre ans. L'argument est qu'il faut laisser la possibilité de conclure des

contrats de plus longue durée si désiré. Mais la disparition complète de cette disposition, à notre avis, enlève le minimum de sécurité souhaité par le Conseil des Etats pour permettre l'installation d'un nouveau cabinet.

La minorité que j'emmène propose donc de reprendre l'idée du Conseil des Etats en prévoyant «quatre ans» et en ajoutant «durée minimum» pour donner la souplesse nécessaire et introduire ainsi la possibilité de faire des contrats de plus longue durée si désiré. La résiliation devra être motivée, soit du côté des assureurs, soit du côté des fournisseurs de soins, en cas de rupture de contrat. Cet élément enlève l'arbitraire d'une résiliation sans raison qui pourrait être injuste.

Dans certains secteurs de la médecine, la pénurie pointe déjà son nez. Pour offrir des soins de qualité, il faut offrir un cadre de travail normal aux praticiens en étant rigoureux sur la qualité et le caractère économique. Il faut aussi offrir une certaine sécurité aux patients.

La proposition de la commission encourage la formation de réseaux. Pour sortir de la spirale d'augmentation des coûts, pourquoi ne pas donner sa chance à une nouvelle forme de collaboration, qui amènerait qualité et économies? Mais les réseaux tels que préconisés dans le projet de la commission ne sont pas encore en place et n'existent pratiquement pas dans notre pays. Donc, il faut aussi assurer la sécurité des fournisseurs de soins avant que ces réseaux ne soient construits. A mon avis, il faut absolument fixer un délai d'au moins quatre ans pour que cet article soit acceptable et pour atténuer le déséquilibre des pouvoirs qui favorise l'un des partenaires contractuels, c'est-à-dire dans ce cas-là l'assureur-maladie.

Je vous demande instamment de voter cette proposition de minorité qui améliore le modèle et le rend plus acceptable. En cas de problèmes, je crois que cela nous permettra de défendre plus efficacement le projet dans son ensemble.

**Sommaruga** Simonetta (S, BE): In meinem Einzelantrag geht es um zwei verschiedene Dinge. Ich spreche zuerst zu Artikel 35 Absatz 1 Buchstabe c: In Artikel 35 werden die Bedingungen festgehalten, unter welchen eine Lokkerung des Vertragszwangs vorgesehen werden kann. Ich möchte vorausschicken, dass ich eine Lockerung des Vertragszwangs begrüsse. Es ist doch ziemlich einzigartig, dass eine ganze Berufsgruppe ohne Einschränkung zulasten der Sozialversicherungen abrechnen kann. Eine Lockerung des Vertragszwangs darf aber nicht einfach unter dem Vorzeichen der Einsparungen geschehen. Eine Lockerung ist nur dann akzeptabel – und das ist auch wichtig –, wenn die Qualität verbessert werden kann, und zwar die Qualität der Behandlung. Eine ganz wichtige Voraussetzung, um eine solche Qualitätsverbesserung zu erreichen, besteht darin, dass Ärzte, Ärztinnen und Leistungserbringende mehr zusammenarbeiten. So lässt sich auch die Qualität einer Behandlung besser kontrollieren und bemessen. Ich begrüsse es deshalb sehr, dass Ärzte, Ärztinnen und Leistungserbringende in Netzwerken arbeiten. Ich begrüsse es auch, wie das hier in Artikel 35 Absatz 1 Buchstabe c formuliert ist, dass diese Leistungserbringenden prioritären Zugang zur sozialen Grundversicherung haben.

Der Grund, weshalb ich Ihnen eine andere Formulierung für Buchstabe c beantrage, ist folgender: So wie hier Buchstabe c von der Kommission des Nationalrates formuliert worden ist, ist es möglich, dass Leistungserbringende sich zwar in einem Netzwerk einschreiben, aber gleichzeitig auch Patientinnen und Patienten ausserhalb dieses Netzwerks betreuen. Sie könnten sich also sozusagen einen Vertrag erschleichen oder die Lockerung des Vertragszwangs umgehen, indem sie eben – sozusagen allenfalls sogar nur alibimässig – in ein Netzwerk gehen. Das ist nicht die Idee. Deshalb möchte ich Ihnen vorschlagen, dass wir eine Formulierung wählen, die ein solches Vorgehen ausschliesst; die Leistungserbringenden, die diesen prioritären Zugang zur Grundversicherung wollen, müssen dann eben ihre gesamten Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes erbringen.

Nun noch etwas zu den Absätzen 1quater und 1quinquies. Es geht in Absatz 1quater darum, unter welchen Bedingungen der Bundesrat die Kriterien festlegt. Es geht darum, dass er dann eben die Kantone, die Ärzte und die Versicherer anhört. Ich gehe davon aus, dass das die Kommission nicht absichtlich gemacht hat, aber die Versicherten sind in diesem Absatz vergessen gegangen. Ich bitte Sie, hier dafür zu sorgen, dass auch die Versicherten angehört werden. Dasselbe gilt für Absatz 1quinquies: Hier geht es um die kantonalen Schiedskommissionen. Diese sollen wiederum aus Vertretern der Versicherer und der Leistungserbringenden zusammengesetzt werden. Damit auch hier die Versicherten nicht untergehen, möchte ich Ihnen beantragen – das ist zentral und wichtig! –, dass in diesen beiden Gremien auch die Versicherten angehört werden oder eben mit dabei sind.

Ich bitte Sie deshalb, den Einzelantrag anzunehmen.

**Guisan** Yves (R, VD): L'article 35 occupe une position centrale dans cette deuxième révision de la LAMal. Le libellé proposé est un compromis, et il ne peut donc pas par définition satisfaire toutes les attentes. En liant la suppression de l'obligation de contracter à la clause du besoin et à un contrat de collaboration, le potentiel explosif qui se dissimule sous cette dénomination barbare a été quelque peu démystifié. Il n'offre en effet plus aux assureurs la possibilité de choisir seuls en fonction de critères sans doute parsemés d'arbitraire. Nous n'avons donc plus affaire à un transfert de pouvoirs en soi inacceptable, mais la perspective d'une clause du besoin ne déclenche pas pour autant l'enthousiasme. Ses promoteurs doivent se rendre compte que son potentiel d'économies est beaucoup plus limité qu'ils ne l'imaginent. Ce qui coûte, ce sont essentiellement les prestations fournies. Leur nombre ne baissera pas avec la limitation du nombre de fournisseurs de prestations, mais la création de files d'attente avec la porte ouverte à une médecine à deux vitesses n'est pas exclue.

Avec la mise en place du TarMed et d'un contrat de collaboration qui devra en concrétiser les exigences de qualité, ainsi que celles de l'article 34 portant sur l'économicité et l'adéquation du traitement, la multiplication des actes médicaux à des fins lucratives sera rigoureusement sous contrôle. Les assureurs-maladie, et tous ceux qui se livrent à des généralisations abusives à ce sujet, auront sans doute la surprise de découvrir que les moutons noirs, désormais enfin et à juste titre bridés par ce projet de révision, ont un impact marginal sur les coûts de la santé.

Mais le nouveau dispositif aura le mérite de la transparence, pour autant que l'on s'en tienne à des règles admises par tous et que l'on n'introduise pas de distorsions dans la méthodologie tarifaire sous prétexte de concurrence. Il faut aussi se rendre compte que la clause du besoin, associée à des conséquences importantes en matière de qualité et de compétences, comporte un potentiel absolument considérable de pénurie, pénurie déjà en voie de se constituer dans certains secteurs de la médecine parce que la génération montante n'est tout simplement plus disposée à sacrifier l'entier de son temps, sa famille et ses loisirs à sa profession.

Avec la multiplication des exigences professionnelles – études longues associées à une formation postgraduée qui permet difficilement la poursuite d'une activité à titre autonome ou à responsabilités avant l'âge de 35 ans, multiplication des examens finaux, spécialistes, formation approfondie – avec, au bout du compte, une pression financière incessante et des contrôles qui prennent la tournure de «suspicionite», l'enthousiasme le plus débridé a manifestement ses limites. La rigueur est certes nécessaire face aux dérapages observés, mais dans un esprit de compréhension réciproque et de collaboration. C'est à ces conditions et à son corps défendant que le corps médical se ralliera peut-être à ce compromis difficilement élaboré, à défaut de quoi, référendum ou pas, le législateur se verra puni lui-même de ses propres excès.

A cet égard, la proposition de minorité Meyer Thérèse (al. 1sexies) aggrave probablement encore davantage le risque de pénurie qu'elle ne rassure, ce qui probablement était son objectif. En effet, quel jeune médecin et quel banquier pourraient être disposés à prendre le risque financier d'une installation menacée déjà au départ par l'éventualité d'une dénonciation de contrat quatre ans plus tard? Ce futur contrat de collaboration ne doit donc pas comporter de clause couperet de ce genre, mais plutôt des dispositions qui prévoient des sanctions qui vont de l'avertissement jusqu'à la rupture de contrat, conformément aux dispositions prévues à l'article 59 alinéa 3.

Enfin, s'agissant de la promotion des réseaux de soins, cet article effectue une percée appréciable en direction d'une réorientation intéressante de la pratique médicale. Il existe déjà quelques exemples dans notre pays de cette vision relativement avant-gardiste de la médecine. Elle permet sans aucun doute d'optimaliser la prise en charge des patients en mettant l'accent sur la qualité qu'est l'efficacité. Mais il ne faut pas se leurrer. Cela requiert le développement d'une infrastructure complexe à cet effet, avec la création de banques de données et la mise à disposition de spécialistes pour la mise en application. Dans cette opération, le partage de la responsabilité budgétaire par les fournisseurs de prestations n'est pas évident. Soumettre la prise en charge des patients à des facteurs économiques peut poser des problèmes éthiques majeurs, et les médecins se refusent à assumer la responsabilité de mesures de rationnement mises en place par d'autres. Le développement de ces réseaux sera donc lent et conditionné par un changement profond d'état d'esprit des partenaires contractuels, comme je l'ai déjà mentionné.

Néanmoins, cette ouverture est indispensable, raison pour laquelle la proposition de minorité Robbiani (al. 1ter) d'adhérer à la décision du Conseil des Etats doit être rejetée.

En conséquence, au nom du groupe radical-démocratique et malgré les difficultés, d'ailleurs loin d'être négligeables, à surmonter, je vous encourage à rejeter la proposition Polla qui veut en rester au statu quo, synonyme de blocage pur et simple, ce qui n'est manifestement pas réaliste non plus au vu des circonstances actuelles, ainsi que la proposition de minorité Meyer Thérèse.

Il en va de même de la proposition Sommaruga: la commission arbitrale cantonale doit comporter les parties contractantes, et non pas toutes les parties concernées indirectement par les conséquences du contrat à un autre niveau. Cela déséquilibrerait les négociations d'arbitrage qui perdraient leur caractère partenarial et paritaire sous l'égide d'une autorité neutre.

Le groupe radical-démocratique vous encourage par contre, malgré les diverses réticences évoquées, que ce soit par moi-même ou par d'autres orateurs, à suivre la majorité.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Le groupe socialiste a lui aussi effectué une longue réflexion et toute une série de démarches par rapport à la problématique de la levée de l'obligation de contracter.

Aujourd'hui, comme il l'a fait en commission, il se rallie à la majorité concernant les principes.

Cette longue réflexion nous a conduits d'abord à nous poser la question essentielle de savoir qui l'on défendait: est-ce que l'on défendait d'abord le revenu du médecin ou le patient? Nous nous sommes posé la question de savoir comment maîtriser l'offre de médecins dans ce pays, dans un pays qui par ailleurs ne dispose d'aucune politique de démographie médicale. Finalement, le débat dans notre groupe a évolué jusqu'à aboutir au concept qui vous est présenté aujourd'hui et qui est celui des réseaux de santé.

Les réseaux ne résolvent manifestement pas tous les problèmes. J'aimerais intervenir ici plus particulièrement sur la proposition de minorité Gross Jost (al. 1quater) qui concerne la définition par le Conseil fédéral des critères qui permettront de garantir la couverture des besoins médicaux, la couverture en soins. En effet, pour nous, on l'a déjà évoqué à plusieurs reprises, dans ce domaine de la relation entre la Confédération et les cantons, la question de la cohérence de cette application de l'égalité versus inégalités qui en résulte est problématique sous l'angle politique et aussi sous l'angle technique. En effet, on sait que pour les cantons, il n'est pas du tout aisé de définir les besoins en termes de couverture médicale. Les particularités régionales, les particularités liées aux spécialités, aux types d'activités médicales, la problématique liée à l'évolution globale du système de santé, c'est-à-dire la coordination de l'organisation au sein des cantons du monde ambulatoire hospitalier, de la prise en charge en EMS, en soins à domicile, etc., posent toute une série de questions.

Nous sommes convaincus qu'il faut simplifier cette organisation et qu'il faut cesser de multiplier les pilotes en donnant dans ce cadre-ci un certain nombre de règles du jeu, c'est-à-dire en fixant des critères qui sont des lignes directrices. Celles-ci doivent être édictées par le Conseil fédéral, en collaboration avec les principaux partenaires, notamment avec les cantons et les fournisseurs de prestations. C'est pour nous un élément central parce que nous craignons que, sans règles du jeu claires, en laissant les cantons seuls face à leur responsabilité, le risque soit grand d'aboutir au chaos par la multiplication des recours, par les conséquences d'une impossibilité de gérer à long terme et de manière cohérente cette problématique. Et, pour boucler la boucle, nous craignons fortement que, si le chaos devait s'installer, nous aboutissions au retour à la situation d'il y a deux ans, c'est-à-dire à postuler une levée de l'obligation de contracter qui ne soit plus pilotée par des autorités publiques – que ce soit par les cantons ou la Confédération – mais tout simplement par les assureurs avec les dangers que cela comporte, comme l'a évoqué notre collègue Guisan tout à l'heure.

C'est la raison pour laquelle, à l'article 35 alinéa 1quater, nous vous invitons à soutenir la minorité Gross Jost concernant la fixation des critères. Il s'agit impérativement pour nous d'avoir des règles du jeu.

Je m'exprime très brièvement concernant les autres propositions.

La proposition Polla est une proposition que nous aurions pu déposer il y a deux ans. Notre position par rapport à la problématique des réseaux a évolué, et, aujourd'hui, nous sommes acquis à la cause des réseaux de soins coordonnés qui ont été évoqués. Malgré la difficulté de l'enjeu, nous pensons qu'il est important que cela puisse aboutir. MM. Guisan et Gross Jost ont évoqué le consensus qui a été trouvé, et nous pensons que tous les efforts qui ont été entrepris doivent aboutir pour aller de l'avant.

Nous allons également suivre la minorité Meyer Thérèse, parce qu'elle amène une certaine stabilité et permet d'apaiser les craintes.

Nous suivrons aussi la minorité Robbiani par souci d'éviter des abus dans le sens du retrait ou de la cessation de certains traitements.

Et nous soutiendrons également la proposition Sommaruga parce qu'elle intègre dans ce processus un partenaire essentiel, qui est le partenaire le plus concerné, à savoir les patients.

Voilà pour les positions du groupe socialiste.

**Leuthard** Doris (C, AG): Die Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und Versicherern ist ein seit langem und kontrovers diskutiertes Thema. Klar ist Folgendes: Je mehr Ärzte es in einem Kanton gibt, desto mehr wird behandelt, und es ist augenfällig, dass sich die Häufigkeit von Standardoperationen, wie etwa Gebärmutter- oder Mandeloperationen, von Kanton zu Kanton unterscheidet – je nach Zahl der Fachärzte.

Der Ständerat hat ein gutes Konzept entworfen, das nun von der Kommission noch verfeinert wurde. Die freie Arztwahl wird dadurch weiterhin gewährleistet. Nicht jeder Arzt, jede Ärztin hat aber die Garantie, zulasten der Krankenversicherung abrechnen zu können; dazu braucht es vielmehr einen Vertrag.

Die CVP unterstützt dieses Modell. Wir schaffen damit mehr Spielraum, mehr Wettbewerb, mehr Transparenz; wir ver-

bessern die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern, und das wird sich auf die Gesundheitskosten positiv auswirken. Wer als Arzt oder Ärztin wirtschaftlich und qualitativ gut arbeitet, wird auch in Zukunft einen Vertrag mit einem Versicherer erhalten. Die Interessen von uns Versicherten sind also gewährleistet.
Ich bitte Sie daher, den Einzelantrag Polla abzulehnen. Das wäre ein Treten an Ort: weiterhin Vertragszwang, weiterhin keine Flexibilität.
Die CVP begrüsst es, dass nicht nur einzelne Leistungserbringer, sondern speziell integrierte Versorgungsnetze zugelassen werden, sofern sie über einen Vertrag mit einem Versicherer verfügen. Damit stärken wir die Zusammenarbeit unter Ärzten, Ärztenetzen, HMO-Ärzten – ganz im Sinne von Managed Care. Solche Netze sollten kostengünstiger arbeiten und bieten den Vorteil, dass die Patientinnen und Patienten umfassend betreut, mit ihrer Krankengeschichte nicht von Arzt zu Arzt geschickt und viele Untersuchungen nicht doppelt gemacht werden, weil sie bereits beim Vorgänger erstellt wurden. In ländlichen Regionen darf man sich allerdings nicht täuschen: Hier ist der Abschluss von Ärzte-netzen vor allem im Bereich der Hausärzte schwieriger. Hier gibt es oft zu wenig Ärzte, vor allem zu wenig Spezialärzte.
Das Konzept der SGK ist auch richtig, weil sie in Artikel 64 ein Anreizsystem für die Patientinnen und Patienten geschaffen hat. Das liegt auf der Linie der CVP und wird von uns unterstützt. Betonen möchte ich allerdings, dass die Formulierung der SGK in Litera c, wonach Leistungserbringer in Netzwerken zu bevorzugen seien, vage formuliert ist. Wo und wie sollen sie bevorzugt werden? Beim Tarif, bei den allgemeinen Bedingungen oder lediglich bei der Zulassung? Es gibt auch einen Widerspruch zu Artikel 46 Absatz 3: Dort wird nämlich festgehalten, dass Versicherer gar keine Exklusivitäts- oder Meistbegünstigungsklauseln abschliessen dürfen. Sie müssen also, wenn mit einem Leistungserbringer eine Begünstigung abgeschlossen ist, diese allen weitergeben, auch allen Regionen, was wohl kaum der Fall sein wird. Wir empfehlen daher, dass der Ständerat diese Regelung nochmals überprüft.
Die CVP-Fraktion wird bei Absatz 1ter die Minderheit Robbiani unterstützen. Das neue System mit Vertragsfreiheit wirft in einer Anfangsphase gerade für chronisch kranke Personen Probleme auf: Sie sind zum Teil seit Jahren, seit Jahrzehnten beim gleichen Arzt, und ein Wechsel wäre für sie mit einer grossen Belastung verbunden. Der Ständerat hat diese Problematik richtigerweise erfasst.
Ich bitte Sie daher, zugunsten der vielen chronisch Kranken die Minderheit Robbiani zu unterstützen.
Bei Absatz 1quater stimmt die CVP-Fraktion der Mehrheit zu. Die Kantone und nicht der Bund sollen die notwendige Zahl der Leistungserbringer definieren. Die Kantone wissen besser, was es braucht, um im Kanton die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Das ist keine einfache Aufgabe, und sie wird auch Zeit beanspruchen. Die Regelung von Ständerat und Kommissionsmehrheit gewährleistet auch, dass im Gesundheitswesen die Hoheit der Kantone respektiert wird.
Die CVP-Fraktion wird bei Absatz 1sexies der Minderheit Meyer Thérèse zustimmen.
Beim Einzelantrag Sommaruga unterstützen wir die präzisere Formulierung in Absatz 1 Litera c. Wir lehnen aber ihre Anträge zu Absatz 1quater und Absatz 1quinquies ab. Bei Letzterem geht es um die Zusammensetzung der Schiedskommission. Sie entscheidet Streitigkeiten zwischen einem Arzt und der Krankenversicherung. Hier haben die Versicherten keine Aufgabe. Zudem ist es ja der Kanton, welcher die Versorgungssicherheit definiert – auch hier ohne Mitwirkung der Versicherten.
Die Version der Mehrheit ist deshalb richtig, und ich bitte Sie, diese zu unterstützen.

**Borer** Roland (V, SO): Die SVP-Fraktion wird bei Artikel 35 grossmehrheitlich die Anträge der Mehrheit unterstützen. Bei Absatz 1sexies haben einige Mitglieder unserer Fraktion Sympathien für den Minderheitsantrag Meyer Thérèse und werden diesen unterstützen.
Gestatten Sie mir noch einige Worte zu den Einzelanträgen und eine zusätzliche Frage an den Bundespräsidenten. Der Antrag Sommaruga geht nach Ansicht der Mehrheit der Fraktion zu weit, indem er zu stark fixiert, dass ein Arzt, ein Leistungserbringer, nur auf der einen oder anderen Seite tätig sein darf. Er darf also nur entweder in einem Netzwerk oder auf dem Markt an sich tätig sein. Ich persönlich habe einige Sympathien für den Antrag Sommaruga zu Artikel 35 Absatz 1. Ich bin der Meinung, dass sich jene Leistungserbringer, jene Ärzte, die schon die Vorteile eines Netzwerkes bezüglich der Zulassung zum Topf der sozialen Krankenversicherung geniessen wollen, eigentlich entscheiden sollten, ob sie in diesem Bereich oder auf dem Markt tätig sein wollen. Ich persönlich behalte mir vor, den Antrag Sommaruga zu Artikel 35 Absatz 1 Litera c zu unterstützen.
Den Antrag Polla lehnen wir ab. Wir wollen eine Änderung; es bringt nichts, wenn wir in Artikel 35 mit dem geltenden Recht weiterfahren, sonst hätten wir geradeso gut auf die Anpassung von Artikel 13 verzichten können. Bei aller Sympathie, Frau Polla, für Sie und Ihren Antrag – hier können wir Sie leider nicht unterstützen.
Nun aber unsere Frage an den Herrn Gesundheitsminister: Wir haben ja die Absicht, die Leistungserbringer, die in integrierten Netzen mit Budgetverantwortung tätig sind, bevorzugt zu behandeln. Konkret sind diese Leistungserbringer zwingend für die Abrechnung zugunsten der sozialen Krankenversicherung – der Grundversicherung – zugelassen. Die Frage, die ich schon in der Kommission gestellt habe und die leider von der Verwaltung nicht sehr präzis beantwortet wurde, ist die: Was passiert, wenn ein Spital – ein Leistungserbringer also, der stationäre Leistungen erbringt – nicht auf einer kantonalen Spitalliste ist oder wenn ein Spital, das Gefahr läuft, von einer kantonalen Spitalliste gestrichen zu werden, Teil eines budgetverantwortlichen integrierten Netzwerkes ist? Ist dann dieses Spital zugelassen? Wenn ja, was bedeutet das im Hinblick auf die Zukunft von kantonalen Spitallisten? Sind diese dann überhaupt noch nötig, machen sie dann überhaupt noch Sinn? Oder machen wir da irgendeinen Fehler in der Beurteilung dieser Problematik?

**Ruey** Claude (L, VD): J'avais déjà eu l'occasion de le dire lors du premier débat que nous avons eu sur ce sujet, le groupe libéral est favorable, dans sa majorité, à la suppression de l'obligation de contracter; en principe, il est aussi favorable aux mécanismes autorégulateurs. Mais, évidemment, son hésitation vient du fait que l'on se trouve dans un système mixte, qui est très étatique et pour lequel la soi-disant liberté de contracter se situe dans un «marché» qui n'en est pas un et dans un système très administratif.
Aujourd'hui, la proposition de la commission introduit une levée progressive de l'obligation de contracter et fait un premier pas dans le sens de la création d'une plus grande marge de manoeuvre. A l'époque, vous aviez rejeté un amendement Beck qui allait exactement dans le même sens. Je suis heureux que le Conseil des Etats d'une part et notre commission d'autre part aillent dans ce sens. M. Beck avait notamment motivé sa proposition en expliquant que, comme dans le domaine de l'agriculture – et, dans une certaine mesure, il y a un parallélisme entre un marché organisé étatiquement qu'était celui de l'agriculture et son évolution vers plus de liberté et le monde de la santé –, dans le monde de la santé on doit aussi aller probablement de manière progressive vers plus de libéralisation.
C'est la raison pour laquelle le groupe libéral, dans sa majorité, soutiendra la proposition de la commission.
Cela dit, les cautèles prévues, notamment la définition des besoins par les cantons, lui paraissent assez «bedenklich», si vous me passez l'expression, en ce sens qu'on est là encore dans un système très étatique: comment est-ce qu'on définira les besoins? comment pourra-t-on définir des besoins par des décisions administratives? C'est tout le problème et, à mon avis, il n'est pas véritablement résolu.

D'autre part, l'on constate aussi que, si on peut bien sûr choisir son médecin, si l'assureur-maladie peut bien sûr passer contrat avec tel ou tel médecin, on est encore dans un système de prix fixés et pas dans un système de prix libres, par conséquent on est là aussi dans un système très étatique. Dès lors, les bienfaits extraordinaires que d'aucuns croient voir dans la levée progressive de l'obligation de contracter ne seront pas très évidents dans la pratique. Voilà les raisons pour lesquelles, malgré tout, le groupe libéral estime qu'on va dans un sens qui lui paraît un peu moins étatique, mais qu'à ce sujet on est loin du compte, je le dis tout à fait clairement.

Cela étant, et pour les médecins qui ont des craintes quant à leur survie, je pense que, on le voit, il y a aussi des cautèles qui prévoient que, d'une part, on doit tenir compte de la qualité et qu'on ne peut pas faire n'importe quoi dans le contrat passé avec les médecins, et que, d'autre part, la loi sur les cartels s'applique et que, par conséquent, toute mesure de boycott par exemple ne pourrait pas être justifiée. Il y a donc là pour les médecins une protection réelle contre l'arbitraire.

C'est aussi la raison pour laquelle le groupe libéral est favorable à la proposition de la commission.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Nous introduisons en douceur la suppression de l'obligation de contracter. Cela suscite quelques craintes, c'est connu. J'ai aussi reçu le courrier des assurés qui s'inquiètent: j'ai répondu pour les rassurer, je crois que c'est notre devoir à toutes et à tous de les rassurer. La question est de savoir entre autres si la gestion de l'offre est mieux maîtrisée par les lois de la concurrence ou par l'Etat. On peut supposer que les vertus de la concurrence obligeront les assureurs-maladie à offrir une meilleure relation qualité/prix, en tout cas c'est le but.

Des garde-fous suffisants sont prévus pour éviter des incohérences ou des mises à l'écart intempestives. La couverture suffisante d'offres de prestations sera assurée par un contrôle des cantons. Les jeunes médecins y trouveront aussi leur compte, puisque cette disposition permettra de supprimer l'interdiction faite aux médecins de s'installer pendant trois ans. D'autre part se pose le problème des caisses-maladie qui doivent offrir les services d'un réseau et qui ne pourront en principe pas exclure un fournisseur de prestations.

A l'article 35, la majorité de la commission vous propose de biffer l'alinéa 1ter, qui permettrait à de vieux médecins de poursuivre une vieille relation de confiance avec de vieux patients affectés d'une vieille souffrance. La chose peut paraître cruelle. En fait, si les choses se passent avec humanité, on peut estimer au contraire que le patient, vu sous un angle nouveau et soigné avec des techniques nouvelles, ne pourra qu'y trouver avantage. La difficulté avec la solution de la minorité Robbiani, c'est de trouver le moment où le système va trop loin et qui saura dire «halte».

C'est par 10 voix contre 6 que la commission vous propose de biffer l'alinéa 1ter.

A l'article 35 alinéa 1quater, le Conseil des Etats, comme le Conseil fédéral, veulent donner la compétence aux cantons de déterminer le nombre de fournisseurs de soins en précisant que l'on tient compte des cantons limitrophes. La différence, c'est que le Conseil des Etats précise que cela vaut pour le secteur ambulatoire uniquement; de plus la Chambre haute précise davantage les structures dont les cantons doivent se doter pour gérer ces problèmes. La majorité de la commission vous propose de ne pas s'en tenir au seul secteur ambulatoire et de laisser toute latitude aux cantons pour s'organiser comme ils veulent. La minorité Gross Jost vous propose de déléguer ces compétences au Conseil fédéral.

Je vous invite à suivre ici aussi la majorité de la commission.

A l'article 35 alinéa 1sexies, le Conseil des Etats introduit une durée de validité du contrat entre assureurs et fournisseurs de soins. La durée est fixée à quatre ans, avec délai de résiliation de 18 mois. La majorité de la commission vous invite à biffer cette disposition. Elle estime que les partenaires, au niveau de leurs organisations, sont en mesure de mettre eux-mêmes en place des dispositions plus souples, plus proches des réalités du terrain. La minorité Meyer Thérèse va plus loin que le Conseil des Etats et vous propose une durée minimum de quatre ans.

Je vous invite, encore une fois, à suivre la majorité de la commission.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: An der Anzahl der Interventionen und am Engagement, mit dem sie vertreten wurden, können Sie ersehen, dass es sich hier um einen Kernartikel dieser Gesetzesrevision handelt. Wir wollen hier die Zulassung von Leistungserbringern neu regeln und damit im Kernstück die Vertragsfreiheit einführen.

Im Wesentlichen folgt die nationalrätliche SGK hier den ständerätlichen Vorgaben. In Absatz 1 Buchstabe b haben wir nur eine «psychologische» sprachliche Änderung vorgenommen, indem wir statt von Verträgen von «Zusammenarbeitsverträgen» reden. Dies genau, um zum Ausdruck zu bringen, Frau Polla, dass es für Verträge zwei Parteien braucht und nicht nur eine. Die Angst vor den Kassen ist in diesem Sinne völlig unberechtigt. Wir haben Zusammenarbeitsverträge, und in Absatz 1 Buchstabe c schaffen wir dann die Grundlage zur Einführung von integrierten Versorgungsnetzen gemäss Artikel 35a; auf diesen Artikel werden wir noch zurückkommen.

Wenn Frau Sommaruga mit der Präzisierung in Absatz 1 Buchstabe c den Antrag der Kommission ergänzt, können wir meines Erachtens dieser Präzisierung zustimmen, denn es war die Meinung der Kommission, dass wir den integrierten Versorgungsnetzen die Priorität geben und nicht über die Hintertüre ermöglichen, dass Ärzte bei den vertraglichen Rahmenbedingungen auch prioritär behandelt werden, wenn sie teils Ärztenetzen angehören, teils aber selbstständig beruflich tätig sind. Dort haben sie die gleichen Bedingungen, auch wenn sie zusätzlich innerhalb eines Vertragsnetzes arbeiten. Dort, wo sie selbstständig tätig sind, müssen sie die gleichen Bedingungen haben wie die anderen freien Leistungserbringer. Das scheint mir selbstverständlich zu sein.

Absatz 1bis entspricht im Wesentlichen der Fassung des Ständerates. Der Entscheid über die Aufnahme von Sonderfällen fällt gemäss Absatz 1ter. Bei Absatz 1ter haben wir in der Kommission den Antrag der Minderheit Robbiani mit 11 zu 6 Stimmen abgelehnt. Die Mehrheit will die vom Ständerat eingeführte Sonderfallklausel streichen, die bei einer Überregulierung dazu führen wird, dass die Vertragsfreiheit kaum je angewendet werden kann. Denn seien wir doch ehrlich: Wir alle sind ja irgendwann und irgendwo einmal Sonderfälle, wollen als solche behandelt werden und bestehen dann darauf, dass wir bei jenem Arzt weiterbehandelt werden können, bei dem wir schon in Behandlung sind, und wollen trotzdem den Vorteil erreichen, dass wir vergünstigte Prämien haben werden.

In Absatz 1quater haben wir den «Planungsartikel», wie wir ihn benannt haben. Die Fragen lauten: Wer ist zuständig, die Anzahl der Leistungserbringer zu bestimmen? Wer ist für die Kriterien der Versorgungssicherheit zuständig? Nach wie vor sind es die Kantone, die die Hoheit im Gesundheitswesen haben, ob uns das passt oder nicht und auch wenn wir uns dessen bewusst sind, dass die Kantone seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes bis heute nicht gerade eine Vorbildfunktion bezüglich gemeinsamer Planung erfüllt haben. Sie sind aber zuständig, und daher lehnten wir den Minderheitsantrag Gross Jost mit 13 zu 7 Stimmen ab.

In Absatz 1quinquies hat die Kommission mit 9 zu 2 Stimmen bei 6 Enthaltungen eingeführt, dass neben der Schiedskommission eine weitere Instanz für die Beschwerdemöglichkeit zuständig ist: Sie hat sich für die Zuständigkeit eines zukünftigen Bundesverwaltungsgerichtes entschieden. Vorläufig müsste wohl das Eidgenössische Versicherungsgericht für diese Beschwerden zuständig sein, bis die Vorlage über die Bundesrechtspflege dahin gehend geändert wird. Hier müsste der Ständerat dann bei der Differenzbereinigung noch die Präzisierung vornehmen.

Absatz 1sexies steht auch im Zusammenhang mit der Vertragsfreiheit. Ständerat und Kommissionsmehrheit sehen eine Vertragsdauer von vier Jahren vor, dies umso mehr, als eine Kündigungsfrist von 18 Monaten verlangt wird. Die Minderheit Meyer Thérèse, die eine Mindestdauer von vier Jahren will und nachher noch eine Begründung der Kündigung oder gar eine Ausschlussmöglichkeit der Kündigung vorsieht, macht unserer Meinung nach die Vertragsfreiheit weitgehend illusorisch.
Zum Antrag Polla haben Sie bereits gehört: Die Kommission hat ganz klar und ohne Gegenstimme einen Systemwechsel beschlossen. Sie will nicht am Vertragszwang festhalten, wie dies Frau Polla will. Verträge haben zwei Partner – ich habe dies erwähnt –, und zwischen zwei Partnern müssen Vereinbarungen gefunden werden. Wir haben da nicht so viel Angst: Sämtliche anderen Anbieter stehen in Konkurrenz, auch die Kassen; im Moment befürchten nur die Ärzte eine Einschränkung ihrer Tätigkeit.
Ich bitte Sie, bei sämtlichen Bestimmungen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen und allenfalls den Einzelantrag Sommaruga bezüglich Absatz 1 Buchstabe c zu unterstützen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: La politique de l'assurance-maladie répond à des préoccupations saisonnières. Lorsque vient le mois de septembre ou celui d'octobre, c'est-à-dire l'annonce des hausses de primes pour l'année suivante, la préoccupation unanime est celle de l'accroissement des coûts de l'assurance-maladie, et la protestation unanime est que cela devient insupportable; il faut absolument avoir le courage d'aborder de front ce problème et de prendre des mesures impopulaires.
Le reste des saisons de l'année, ce sont d'autres préoccupations qui sont prédominantes. Ainsi, on réclame des augmentations de prestations parce qu'elles paraissent justifiées; on proteste lorsque le Conseil fédéral, comme il vient de le faire, prend des mesures qui tendent à responsabiliser davantage les patients en augmentant la franchise ou la participation aux coûts; on proteste aussi lorsque l'on envisage de prendre des mesures qui pourraient restreindre un tout petit peu la liberté de choix, qui est totale, du patient. Aujourd'hui, nous sommes en train de concilier ces exigences contradictoires qui se font jour en fonction des saisons et, naturellement, personne ne peut être entièrement satisfait.
Mme Polla, pour sa part, veut absolument éviter toute atteinte à l'obligation de contracter. C'est dire qu'elle répond aux préoccupations de toutes les saisons, mais qu'elle ne résout pas le problème de l'annonce des augmentations des primes d'assurance-maladie, comme si cette saison n'existait pas. D'ailleurs, il est significatif de constater que lorsqu'elle évoque les différentes variables dans ce domaine, elle parle d'un triangle et pas d'un carré: elle a oublié de parler du problème des coûts à la charge de l'assurance-maladie, comme s'il n'existait pas. Or, il existe.
La commission essaie de trouver un compromis, et ce compromis est concrétisé dans cet article 35. Un compromis, par définition, n'est pas extrêmement satisfaisant et, pas plus que vous, je ne suis très satisfait de ce compromis. Je le trouve compliqué et je souhaiterais que, durant l'été, on s'efforce, dans la mesure où il y aurait encore une divergence, de trouver une formulation plus simple. Peut-être qu'on n'y parviendra pas; peut-être qu'on ne parviendra pas à vous convaincre qu'une formulation plus simple est meilleure. Je préfère cet article 35 compliqué à rien du tout; je préférerais un article 35 simplifié à l'article 35 actuel.
Il est vrai aussi que cet article 35 favorise les médecins qui sont affiliés à un réseau de soins coordonnés, conformément à l'article 35a, sur le plan de leur admission. C'est une tendance vers laquelle nous allons, et c'est avec l'espoir que ces réseaux de soins coordonnés permettront de maîtriser la hausse des coûts de la santé. Est-ce que cet espoir sera comblé? On peut légitimement se poser des questions, puisque le système n'est pas encore en place. Ce qui est certain, c'est que si l'on ne fait pas un certain nombre d'expériences, on en restera à la situation actuelle et on ira assez rapidement vers une situation catastrophique, les assurés eux-mêmes n'acceptant plus une augmentation permanente, régulière de 10 pour cent par an des coûts à charge de l'assurance-maladie.
En ce qui concerne les propositions de minorité, la proposition de minorité Robbiani est, comme l'ont dit Mme Heberlein et M. Fattebert, une proposition qui part d'un bon sentiment et qui vise à régler un cas particulier qui mérite qu'on le prenne en considération. Mais quand on lit le texte, on voit bien qu'elle est pratiquement inapplicable sur le plan juridique. Un cas particulier est constitué par la relation entre un fournisseur de prestations et un assuré qui, en raison de sa durée ainsi que de l'âge et de l'affection dont souffre ce dernier, doit être poursuivie par nécessité thérapeutique. Le jour où des autorités judiciaires devront appliquer cet alinéa 1ter, probablement que le patient, même atteint d'une maladie chronique, aura rendu son âme à Dieu avant que le jugement définitif, lui, ait été prononcé.
Il y a tellement d'éléments qui sont susceptibles d'appréciations diverses que le recours est toujours possible. Je me souviens d'un greffier de tribunal qui avait été rappelé à l'ordre par le juge, qui lui demandait de toujours introduire dans son jugement quelques phrases obscures pour préserver la dignité et la majesté du tribunal car, lorsque c'est obscur, on se demande toujours ce que voulait dire le juge, et on se dit toujours qu'il a pensé à quelque chose d'absolument extraordinaire qu'on ne comprend pas soi-même. Le juge ajoutait qu'il fallait aussi faut une phrase obscure pour préserver la possibilité de recours.
Alors si on veut, à l'article 35, préserver la possibilité de recours, je crois que l'alinéa 1ter, malgré ses bonnes intentions de son auteur, peut tout à fait remplir cette fonction. Nous sommes partis pour des procédures infinies, c'est la raison pour laquelle je crois que, dans la pratique, on peut résoudre ces problèmes par le bon sens sans qu'on soit fondé à établir une règle de droit pratiquement inapplicable.
La minorité Gross Jost, à l'article 35 alinéa 1quater, viole la constitution tout simplement! Celle-ci prévoit en effet que ce sont les cantons qui sont responsables d'assurer la couverture en soins de leur population. On pourra imaginer une autre solution dans une période ultérieure. Je ne suis pas sûr que ça ne viendra pas. J'ai même l'impression que ça risque de venir, mais pour l'instant la constitution est telle qu'il faut laisser aux cantons le soin de fixer ces règles, c'est à eux qu'incombe l'obligation de garantir la couverture en soins.
La proposition de minorité Meyer Thérèse, à l'article 35 alinéa 1sexies, fixe des limitations à la liberté contractuelle. Pourquoi cela? Pourquoi obliger les partenaires contractuels, comme dans les contrats de bail à ferme agricole, à conclure des contrats de quatre ans plutôt que de huit ans ou d'un an? Je sais bien que le problème, c'est en partie l'investissement que doit faire le médecin qui, comme le paysan, invoque la durée des plantations pour exiger un contrat de huit ans. Là aussi, dans la pratique, j'ai l'impression que les choses se passeront de manière beaucoup plus proche de la réalité qu'on ne le pense, et je ne crois pas que ce soit justifié d'introduire cette limitation à la liberté de contracter et de fixer à quatre ans la durée minimum; pourquoi quatre ans, et pas trois ou huit ans? Je crois que ce n'est pas nécessaire: les gens qui signeront ces contrats tiendront certainement compte de la réalité.
La proposition Sommaruga voudrait en particulier intégrer les organisations d'assurés dans la commission arbitrale chargée de trancher les différends résultant du refus d'un assureur de conclure un contrat de collaboration avec un ou plusieurs fournisseurs de prestations. Il s'agit d'un litige de nature purement contractuelle, entre deux partenaires, qui doit être résolu par une autorité composée d'une représentation paritaire des partenaires concernés – assureurs et fournisseurs de prestations – et placée sous la présidence d'une personne neutre. Nous ne voyons pas la justification de l'intégration de représentants des organisations d'assurés dans l'autorité chargée de trancher les conflits de ce genre.

En résumé, nous vous recommandons d'adopter les propositions de la majorité et de repousser les propositions de minorité. Nous nous réservons la possibilité de proposer ultérieurement un article simplifié, avec l'espoir que cette réglementation deviendra plus facilement applicable avec un article 35 plus condensé.
M. Borer a posé une question. La question revient à demander si cet article 35 permet de tourner la planification hospitalière. La réponse est non: nous ne voulons pas que l'article 35 permette de tourner la planification hospitalière, et un hôpital qui ne ferait pas partie de la planification hospitalière ne pourrait pas être intégré dans le cadre d'un réseau de soins coordonnés.

**Polla** Barbara (L, GE): En fait, si je n'ai pas parlé des coûts par rapport à l'article 35, c'est que d'après mes informations, la suppression de l'obligation de contracter, telle qu'elle est conçue dans l'article 35, permettra des économies tellement minimes qu'elles n'en valent pas vraiment la peine. Mais j'imagine que pour soutenir la suppression d'une liberté aussi importante que la liberté pour les patients de choisir leur thérapeute, vous avez d'autres informations. J'aimerais donc que nous parlions coûts. Quelles réelles économies exactes, précises, chiffrées, vont permettre, d'une part, la suppression de l'obligation de contracter, telle que conçue à l'article 35, que vous nous recommandez de soutenir, et, d'autre part, la mise en place des réseaux tels que vous les soutenez également sur la base de l'expérience d'autres pays?

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Tout d'abord, il faut rappeler que la suppression de l'obligation de contracter introduit aussi une certaine liberté. Elle introduit la liberté de contracter ou de ne pas contracter, vous l'oubliez quand vous parlez de la liberté de choix du patient. On ne peut être libéral que jusqu'à midi, et de midi jusqu'à la tombée de la nuit, oublier les principes du matin. J'ajoute que la liberté de choix du patient est – en tout cas théoriquement – maintenue. Si un jour un fournisseur de prestations ne bénéficie pas du remboursement de ses prestations par l'assurance-maladie, c'est vrai qu'il aura plus de difficultés à maintenir une clientèle. Mais il restera quand même au client qui voudrait à tout prix aller chez ce fournisseur de prestations la liberté de le faire moyennant, il est vrai, certaines conséquences financières. Par contre, avec votre point de vue et votre philosophie, la liberté de contracter n'existe pas, c'est une liberté qui est abandonnée au profit d'une semi-liberté qui est acquise. Cela, c'est le premier point.
Ce n'est pas le point essentiel, puisque c'est le problème des coûts. C'est une question non pas de foi, mais d'appréciation théorique. Pourquoi est-ce que les coûts de la santé augmentent? J'ai la conviction qu'il n'y a pas de réponse dogmatique, mais qu'une partie de la réponse, c'est l'offre. Il suffit de voir les courbes d'augmentation des dépenses de la santé: elles sont quasi parallèles à celle de l'augmentation du nombre de fournisseurs de prestations. On ne peut pas fixer mécaniquement une relation entre l'évolution des deux courbes, mais probablement qu'il y a quand même une certaine relation. Vous allez me dire: «C'est naïf: s'il n'y avait pas de médecin, il n'y aurait pas de dépenses de santé!» C'est certainement vrai: s'il y a beaucoup de médecins, il y a probablement beaucoup plus de dépenses de santé.
Alors, exiger que l'on chiffre aujourd'hui les économies possibles, alors qu'on ne sait pas comment les cantons vont décider du niveau de l'offre, c'est impossible. Chaque canton décidera en fonction d'un débat politique, en fonction de sa conception, du niveau de l'offre et de l'étendue de l'offre qu'il intégrera dans sa planification du domaine ambulatoire. Et il est possible que certains cantons visent simplement au statu quo, auquel cas les coûts ne diminueront probablement pas. D'autres cantons, à mon avis ceux qui seront les plus habiles, fixeront le niveau de l'offre à 90 ou 95 pour cent de l'état actuel, non pas pour exclure des médecins du système, mais pour exercer une certaine pression sur le système, et cela me paraîtrait la solution la plus rationnelle.
Et en plus, la planification portera sur certaines spécialités. On sait que dans certaines villes, le nombre des psychiatres a augmenté de manière importante. Dans le domaine de la psychiatrie par exemple, le mal-être que nous avons depuis notre naissance jusqu'à notre mort et avec lequel on vit normalement assez bien, peut être transformé assez rapidement en un mal-être pouvant justifier un recours permanent aux psychiatres. Dans ce cas-là, les dépenses exploseront et peut-être que les cantons, finalement, se demanderont si on ne doit pas admettre que, de la naissance à la mort, on est toujours confronté à un certain nombre de difficultés d'existence qui obligent à souffrir en certaines circonstances, à avoir beaucoup de bonheur en d'autres, mais qui ne justifient pas le recours permanent à des psychiatres. Il faut seulement recourir à ces spécialistes en cas de crises ou de difficultés qui sont difficilement surmontables.
Bref, Madame Polla, je ne peux pas vous promettre des réductions de dépenses; en tous les cas, je me refuse à les chiffrer parce que, précisément, cela dépendra beaucoup des cantons.
Est-ce que les réseaux de soins coordonnés conduisent à des réductions de dépenses? Hier, M. Gutzwiller a répondu en partie à cette question. C'est vrai qu'avec les formes particulières d'assurance actuelles, les réductions de dépenses ne sont pas massives. Tout à l'heure, nous aurons une discussion au sujet des participations aux coûts moins élevées pour les patients qui fréquenteront les réseaux de soins. M. Raggenbass en a parlé il y a un instant; M. Antille a déposé des propositions qui vont dans le sens de biffer les propositions de participations aux coûts différenciées. Il ne faut pas croire qu'il y aura des miracles.
La conclusion, Madame Polla – je ne veux pas prendre toute la matinée pour vous répondre –, c'est que si on ne change rien au système, le système court à sa perte. On fait un petit pas – ce n'est pas un pas aventureux, ce n'est pas un pas qui nous apporte des solutions miraculeuses –, mais si on ne le fait pas, on n'avancera pas et, dans quatre ou cinq ans, une catastrophe se produira, c'est-à-dire qu'une initiative populaire excessive tentera de résoudre à coups de hache ce que nous sommes en train de résoudre par petits coups de pinceaux successifs.

*Abs. 1 – Al. 1*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Sommaruga .... 163 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 3 Stimmen

*Abs. 1ter – Al. 1ter*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 87 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 82 Stimmen

*Abs. 1quater – Al. 1quater*

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag Sommaruga .... 79 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 57 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 110 Stimmen
Für den Antrag Sommaruga .... 59 Stimmen

*Abs. 1quinquies – Al. 1quinquies*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 109 Stimmen
Für den Antrag Sommaruga .... 61 Stimmen

*Abs. 1sexies – Al. 1sexies*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 118 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 50 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition Leuthard concernant l'alinéa 1bis lettre c sera traitée dans le cadre de l'article 35a. Nous votons maintenant sur l'ensemble de l'article 35.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Polla .... 18 Stimmen
Dagegen .... 153 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*
*Les autres dispositions sont adoptées*

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

03.9001

## Mitteilungen des Präsidenten
## Communications du président

**Le président** (Christen Yves, président): J'ai quelques communications à vous faire.
D'abord, j'informe les membres du Bureau qu'il y aura vendredi à 07 h 15 une conférence de coordination.
Ensuite, nous traiterons aujourd'hui, aux environs de midi, les divergences sur la loi sur le tourisme.
Ceux qui veulent déposer des propositions sur le règlement du Conseil national peuvent le faire jusqu'à 17 heures.
Enfin, et c'est assez rare pour qu'on puisse le signaler, l'équipe du FC Nationalrat a gagné hier soir contre les militaires par 3 à 1. *(Applaudissements)*
Maintenant, j'ai encore une communication plus difficile à vous faire au sujet de ce qu'il est convenu d'appeler l'«affaire Bignasca». Par sa lettre du 25 mars 2003, le groupe écologiste a demandé au Bureau d'infliger un blâme au conseiller national Giuliano Bignasca. La requête est motivée par une déclaration de M. Bignasca au sujet du Parti cantonal écologiste «Les Verts» diffusée sur les ondes de la Radio suisse italienne. M. Bignasca a notamment déclaré à cette occasion que les membres du Parti écologiste «Les Verts», du WWF et de Greenpeace devraient être abattus. Entre-temps, le Parti écologiste «Les Verts» du canton du Tessin a déposé plainte pénale contre M. Bignasca. Conformément au règlement, le Bureau, composé d'une délégation issue de ses rangs, a entendu M. Bignasca le 17 juin 2003 et lui a donné l'occasion de s'exprimer sur la proposition du groupe écologiste.
Conformément à l'article 9 alinéa 6 du règlement du Conseil national, le Bureau inflige à M. Bignasca un blâme. Il estime que M. Bignasca a enfreint les règles de conduite auxquelles sont soumis les parlementaires. M. Bignasca a déclaré accepter la décision du Bureau. Il exprime ses regrets pour cette déclaration faite dans un contexte passionnel lors de la campagne électorale tessinoise. M. Bignasca a également exprimé ses excuses auprès du Parti écologiste «Les Verts» du canton du Tessin.

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)

### 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

**Art. 35a**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Integrierte Versorgungsnetze sind besondere Versicherungsformen nach Artikel 62, die auf einem Vertrag zwischen einem oder mehreren Versicherern einerseits und einer Gruppe von Leistungserbringern andererseits beruhen. Die Leistungserbringer koordinieren den Behandlungsprozess der in integrierten Versorgungsnetzen Versicherten über die ganze Behandlungskette ambulant und stationär.
*Abs. 2*
Die integrierten Versorgungsnetze übernehmen einen Teil des wirtschaftlichen Risikos für die medizinische Versorgung der in integrierten Versorgungsnetzen betreuten Versicherten (Budgetverantwortung). Sie unterziehen sich einer externen Zertifizierung und Qualitätsbeurteilung, deren Resultate öffentlich sind.
*Abs. 3*
Die integrierten Versorgungsnetze müssen alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im ambulanten und im stationären Bereich anbieten. Sie dürfen Leistungen nach diesem Gesetz im Vertragsgebiet auch ausserhalb des Wohnsitzkantons der versicherten Person anbieten, ohne dass ein medizinischer Notfall vorliegen muss.
*Abs. 4*
Die Versicherer können für die besondere Versicherungsform des integrierten Versorgungsnetzes eine Vertragsdauer von bis zu drei Jahren vorsehen.
*Abs. 5*
Die Versicherung in integrierten Versorgungsnetzen kann mit einer Wahlfranchise nach Artikel 62 Absatz 2 kombiniert werden.

*Antrag Leuthard*
*Abs. 2*
.... (Budgetverantwortung). Die Budgetverantwortung muss sich auf alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen. Die integrierten Versorgungsnetze unterziehen sich ....

*Antrag Guisan*
*Abs. 2*
Die integrierten Versorgungsnetze übernehmen .... integrierten Versorgungsnetzen (Budgetverantwortung).
(Rest des Absatzes streichen)

**Art. 35a**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Les réseaux de soins coordonnés sont des formes particulières d'assurance selon l'article 62 reposant sur un contrat conclu entre un ou plusieurs assureurs, d'une part, et un groupe de fournisseurs de prestations, d'autre part. Les fournisseurs de prestations coordonnent le processus thérapeutique des assurés des réseaux tout au long de la chaîne thérapeutique, qu'il s'agisse de traitements ambulatoires ou hospitaliers.
*Al. 2*
Les réseaux de soins coordonnés prennent en charge une part du risque économique des soins médicaux des assurés affiliés à un réseau de soins coordonné (responsabilité budgétaire). Ils se soumettent à une certification et à un contrôle qualité externes, dont les résultats sont rendus publics.
*Al. 3*
Les réseaux de soins coordonnés doivent offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins dans les domaines ambulatoire et hospitalier. Ils peuvent offrir des prestations selon cette loi dans le territoire du contrat aussi à l'extérieur du canton de domicile, sans qu'il s'agisse d'une urgence médicale.
*Al. 4*
Les assureurs peuvent prévoir pour la forme particulière d'assurance du réseau de soins coordonnés une durée de contrat allant jusqu'à trois ans.
*Al. 5*
L'assurance pour les réseaux de soins coordonnés peut être combinée avec une franchise à option selon l'article 62 alinéa 2.

*Proposition Leuthard*
*Al. 2*
.... (responsabilité budgétaire). La responsabilité budgétaire doit concerner toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Les réseaux de soins coordonnés se soumettent ....

*Proposition Guisan*
*Al. 2*
Les réseaux de soins coordonnés prennent en charge une part du risque économique des soins médicaux des assurés affiliés à un réseau de soins coordonnés (responsabilité budgétaire).
(Biffer le reste de l'alinéa)

**Guisan** Yves (R, VD): Soumettre les réseaux à une instance de certification externe ne va certainement pas remplir les objectifs escomptés mais, par contre, signifie des tracasseries administratives et des coûts supplémentaires. La qualité d'une prestation médicale ne s'en trouvera pas améliorée. Seule la qualité des processus y gagnera, peut-être, quelque chose. Assurer la garantie de la qualité médicale est une opération aux facettes multiples et d'une grande complexité. Elle fait intervenir la formation, la formation continue, des processus de décision en fonction des problèmes posés par le patient, l'accès aux banques de données dans le cadre de la sélection des mesures les mieux appropriées en fonction des problèmes du patient et enfin un suivi des résultats. C'est à ce niveau que, peut-être, des comparaisons sont possibles.
Il ne faut donc pas se bercer d'illusions. Les mesures à retenir ne peuvent que faire l'objet d'un projet partenarial appelé à se développer et dont les modalités figurent dans le contrat autorisant à pratiquer à charge de l'assurance sociale. L'instance externe de certification préconisée par la loi ne saurait s'y substituer.
Il faut donc biffer cette exigence qui n'apporte rien, si ce n'est, une fois encore, des tracasseries administratives et des coûts additionnels injustifiés.

**Leuthard** Doris (C, AG): In diesem Artikel 35a schlägt uns die Kommission eine Definition dafür vor, was unter integrierten Versorgungsnetzen überhaupt zu verstehen ist. Es ist ein langer, ein komplexer Artikel, der hier kreiert wurde; er weist die richtige Stossrichtung auf, lässt aber viel Interpretationsspielraum offen.
Ein wichtiger Pflock wurde mit dem Begriff der Budgetverantwortung eingeschlagen – nur sollte man diesen Begriff präziser fassen, und darauf zielt mein Antrag ab. Sie kennen wohl alle die Problematik von Teilbudgets, beispielsweise eines Budgets für die ambulante und eines Budgets für die stationäre Behandlung. Man hat es bei solchen Budgets relativ leicht, indem man den Patienten einfach an Leistungserbringer weiterweist, auf welche sich dann das Budget nicht bezieht. Spricht man nur von Budgetverantwortung der Versorgungsnetze, so ist nicht klar, ob sich das Budget nur auf diese Leistungen bezieht, welche von Ärzten im Versorgungsnetz erbracht werden, oder ob es sich auch auf eingekaufte Leistungen von Dritten bezieht. Das kann z. B. die Leistung eines HMO-Arztes sein oder bei einem reinen Hausärztenetz die Leistung, die man mit der stationären Behandlung im Spital einkauft.
Ich will daher mit meinem Antrag sicherstellen, dass im Gesetz ausdrücklich steht, dass sich die Budgetverantwortung auf alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflege beziehen muss. So haben wir im Gesetz eine Präzisierung dieses Begriffes, der vor allem dann in der Auslegung, auch für die Versicherer und die Versicherten, von Hilfe sein wird.
Ich bitte Sie daher, meinem Antrag zuzustimmen.
Im Übrigen wird die CVP-Fraktion den Antrag Guisan ablehnen.

**Gross** Jost (S, TG): Frau Leuthard, damit wir Ihren Antrag richtig einordnen können, darf ich Ihnen eine Frage stellen? Es gibt aus meiner Sicht zwei Möglichkeiten der Auslegung. Wenn es heisst, dass integrierte Versorgungsnetze alle grundversicherten Leistungen anbieten müssen, dann hätten Sie diesen Satz in Absatz 3 integriert. Das meinen Sie offenbar nicht. Meinen Sie möglicherweise, dass integrierte Versorgungsnetze im Sinne von besonderen Versicherungsformen immer Budgetverantwortung in Bezug auf alle grundversicherten Leistungen übernehmen müssen und dass eigentlich andere besondere Versicherungsformen ohne Budgetverantwortung nicht mehr möglich sein sollen?

**Leuthard** Doris (C, AG): «Nicht mehr möglich sein sollen» nicht, aber der erste Satz, den Sie gesagt haben, ist richtig: Sie haben die Budgetverantwortung für sämtliche Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erbringen. Darauf muss sich diese Budgetverantwortung beziehen, nicht auf weitere Leistungen, die dann z. B. im Zusatzbereich versichert wären.

**Gross** Jost (S, TG): Ist das aus Ihrer Sicht durch den ersten Satz von Absatz 3 nicht abgedeckt?

**Leuthard** Doris (C, AG): Nein.

**Gross** Jost (S, TG): Wir sind mit dieser Präzisierung einverstanden. Wir können ihr zustimmen, weil sie jetzt auch hier geklärt worden ist. Den Antrag Guisan bitte ich im Namen der SP-Fraktion abzulehnen. Wir finden es ausserordentlich

wichtig, dass hier eine unabhängige Stelle die Zulassung und die Zertifizierung dieser integrierten Versorgungsnetze vornimmt. Es ist eine ausserordentlich wichtige Aufgabe. In den Medien ist ja auch die Befürchtung geäussert worden, es könnten Alibi-Versorgungsnetze entstehen, einfach um die Hürde zur Grundversicherung zu schaffen. Das wollen wir nicht. Wir wollen eine sehr sorgfältige Prüfung, ob diese Anforderungen, wie sie in Artikel 35a bezüglich der Versorgungsnetze vorgeschrieben sind, eingehalten werden. Deshalb ist es, weil ja auch der Bund in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Partei ist, aus unserer Sicht wichtig, dass es eine unabhängige Stelle ist, die für die Zulassung, die Zertifizierung dieser Netze zuständig ist.

**Guisan** Yves (R, VD): Monsieur Gross, une question très brève: qui financera ce service externe indépendant? les fournisseurs de prestations eux-mêmes ou bien les assureurs?

**Gross** Jost (S, TG): Ich bin schon der Meinung, dass wir hier keine Hemmungen haben sollten, auch Prämien der Versicherten einzusetzen. Ich denke, es liegt auch im Interesse der Versicherten, dass diese Versorgungsnetze keine Alibifunktion ausüben, sondern dass sie nach sehr sorgfältigen Kriterien geprüft und dann zugelassen werden.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Wenn wir jetzt, vor diesem Artikel 35a, ganz kurz zwischenbilanzieren, dann können wir doch wohl sagen: Wir haben jetzt klar entschieden, in der zweiten Reform der Krankenversicherung das Vertragsprinzip einzuführen. Wir haben zweitens definiert, dass wir kantonale Mindeststandards für Versorgungsdichten wollen, die kantonsübergreifend definiert sind. Drittens haben wir klar gesagt, dass Netzwerke einen wichtigen Teil der zukünftigen Versorgung sicherstellen sollen mit dem Ziel, Behandlungspfade zu optimieren, die Qualität der Versorgung hoch zu halten und gleichzeitig Kosten einzusparen, soweit es möglich ist.
Dieser Artikel 35a will dieses Konzept noch abrunden, indem er – zusätzlich zu den Pflöcken, die der Ständerat schon eingeschlagen hat und denen wir weitgehend gefolgt sind – noch Rahmenbedingungen für Netzwerke verdeutlichen und klären will und damit diesen Netzwerken auch eine echte Marktchance für die Zukunft geben will. Dabei ist der Begriff der «echten» Netzwerke zu betonen: Wir möchten wirklich, dass hier ein Wettbewerb entsteht von verschiedenen Netzwerken und von unterschiedlichen Betreuungsphilosophien, die unterschiedlichen Wünschen der Versicherten entgegenkommen. Wir wollen explizit keine neuen Monopole, weder der Versicherer noch der Leistungserbringer. Es ist klar, dass man versucht sein könnte, entweder kleine Alibi-Netzwerke zu gründen, um die Vertragsfreiheits-Prinzipien zu umgehen, oder aber grosse, flächendeckende Pro-forma-Netzwerke, die eigentlich kantonalen Versorgungsmonopolen entsprechen würden. Beides wollen wir nicht. Dieser Artikel 35a soll die Eckdaten, die Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung dieser Netzwerke liefern.
Damit bitten wir Sie, hier der Kommission zu folgen, diesen Artikel 35a in dieses Konzept aufzunehmen. Sie haben es festgestellt: Es gibt dazu zwei Anträge, zu denen ich mich ebenfalls kurz äussern möchte.
Dem Antrag Leuthard können wir zustimmen mit der Präzisierung, die sich vorher ergeben hat. Auch wir verstehen diese Budgetverantwortung nicht als ausschliessend für andere mögliche besondere Versicherungsformen: Die sollen weiterhin möglich bleiben; aber in den Netzwerken ist es wichtig, dass sich die Budgetverantwortung auf die Gesamtheit der grundversicherten Leistungen bezieht. Diese Präzisierung hilft, diesen Punkt zu klären.
In Bezug auf den Antrag Guisan würden wir Ihnen beliebt machen, gleichwohl bei der Kommission zu bleiben. Die externe Zertifizierung ist ein wichtiges Prinzip, damit in der Zukunft Transparenz herrscht, damit eben Gewähr gegeben ist, dass die Versicherten sich darauf verlassen können, dass eine Reihe von Grundvoraussetzungen für Netzwerke gegeben sind. Diese Zertifizierung muss nicht sehr aufwendig sein; sie kann durchaus paritätisch finanziert werden. Sie dient aber der Transparenz; sie dient dazu, dass echte Netzwerke entstehen und nicht, wie ich das vorher gesagt habe, Alibi- oder Pro-forma-Netzwerke. Wir würden Sie dort also bitten, bei der Kommission zu bleiben: insgesamt also ein Zusatz zum Konzept des Ständerates, zu den vorher genannten drei Rahmenbedingungen für die Netzwerke.
Wir bitten Sie, mit den Vorschlägen zu den Einzelanträgen, hier der Kommission zu folgen.

**Le président** (Christen Yves, président): Die SVP-Fraktion unterstützt den Antrag Leuthard.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Auf Wunsch der Kommission formulierte die Verwaltung einen detaillierten Artikel 35a, um zu präzisieren, wie die Vertragsfreiheit ausgestaltet werden soll. Die besonderen Versicherungsformen sollen und müssen die gesamte Behandlungskette umfassen – ich glaube, das ist eine wichtige Voraussetzung –, sie müssen sowohl ambulante wie auch stationäre Behandlung enthalten. Sie müssen einen Teil des wirtschaftlichen Risikos übernehmen. Die entsprechenden Bedingungen müssen vertraglich festgelegt werden. Wir können hier und heute nicht sagen, wie gross der Anteil des wirtschaftlichen Risikos sein soll und muss, das sie übernehmen müssen. Es ist aber zu gewährleisten, dass es sich bei den Netzwerken nicht um eine Negativauslese von Anbietern handeln kann. Daher sind uns die Qualitätsvorschriften und die Zertifizierung sehr wichtig. Wir können den Antrag Guisan nicht nachvollziehen. Herr Guisan war auch in der Kommission und hat diesen Antrag dort so nicht gestellt.
Den Wunsch des Bundespräsidenten in der Diskussion zu Artikel 35 kann ich nachvollziehen, denn dieser Artikel 35a entspricht eher einem Verordnungstext denn einem Gesetzestext. Vielleicht kann ihn der Ständerat noch etwas verbessern, auch mit dem Zusatz von Frau Leuthard. Wenn der Zusatz in Artikel 35a so platziert ist, bezieht er sich ausschliesslich auf die besonderen Versicherungsformen. Wir wollen eigentlich verschiedenste neue Versicherungsformen ermöglichen. Frau Leuthard hat nun präzisiert, dass sie das eigentlich auch möchte.
Also hat der Ständerat hier, wenn wir dem jetzt so zustimmen, noch eine Hausaufgabe zu lösen. Wir wollen klar verschiedenste Versicherungsformen ermöglichen, nicht nur Netzwerke mit allen Anbietern darin. Wenn das so formuliert ist wie im Antrag Leuthard – obwohl inhaltlich dieselbe Meinung besteht –, dann kann es sehr missverständlich sein. Ich glaube, dessen müssen wir uns bzw. muss sich der Ständerat noch einmal annehmen. Mit Artikel 35a schaffen wir ohnehin eine Differenz.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Je rappelle rapidement qu'il s'agit ici d'une incitation importante à la mise en place des réseaux de soins coordonnés. Le potentiel d'économies nous paraît être très significatif, contrairement à ce que pensent certains. On pourrait débattre longtemps d'une forme rédactionnelle ou d'une autre. On peut se poser des questions sur la responsabilité budgétaire (al. 2) ou sur une durée de contrat limitée à trois ans (al. 4). La commission a largement soupesé ces éléments et vous propose une rédaction qui paraît être la meilleure possible.
Il est évident que la pratique vous inspirera, je n'en doute pas, des motions ou des initiatives parlementaires qui viendront corriger d'inévitables erreurs de jeunesse, mais ce qui est sûr, c'est que la direction prise est la bonne.
Comme l'a dit M. Couchepin, président de la Confédération, concernant l'article 35, la réflexion peut se faire, c'est compliqué, c'est long, et le Conseil des Etats trouvera peut-être une simplification. Le but de ces détails, je crois qu'il faut le rappeler, c'est de rassurer! c'est de rassurer les gens qui craignent les dérives.
C'est la raison qui fait que je vous invite ici encore à faire confiance à la commission.

**Le président** (Christen Yves, président): Monsieur Guisan a retiré sa proposition.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag Leuthard .... 129 Stimmen
Für den Antrag der Kommission .... 3 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*
*Les autres dispositions sont adoptées*

*Art. 13 Abs. 2 Bst. f; 35 Abs. 1bis Bst. c*
*Art. 13 al. 2 let. f; 35 al. 1bis let. c*
*Angenommen gemäss Antrag Leuthard*
*Adopté selon la proposition Leuthard*

**Art. 38**
*Antrag der Kommission*
Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c bis g, i und m ....

**Art. 38**
*Proposition de la commission*
Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'article 35 alinéa 2 lettres c à g, i et m ....

*Angenommen – Adopté*

**Art. 39**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1*
....
f. .... Planung der hoch spezialisierten Medizin zu ....
*Abs. 2, 3*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 3bis*
Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen im Bereich der von den Sozialversicherungen vergüteten Leistungen können die Kantone Auflagen verbinden.
*Abs. 4*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*
(Maury Pasquier, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 1*
....
b. über das gemäss den Bestimmungen des Bundesrates erforderliche Fachpersonal verfügen;

*Antrag der Minderheit*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier)
*Abs. 1*
....
f. die Planung der hoch spezialisierten Medizin ist Sache des Bundes.

*Antrag der Minderheit I*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Dormann Rosmarie, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Zäch)
*Abs. 1*
....
d. der auf interkantonaler Ebene aufgrund der vom Bundesrat erlassenen Kriterien aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen;
e. auf der in Kategorien gegliederten interkantonalen Spitalliste aufgeführt sind;
*Abs. 2, 3, 4*
(sowie alle weiteren diesbezüglichen Artikel)
Bezugnahme auf kantonale Ebene streichen und mit interkantonal ersetzen

*Antrag der Minderheit II*
(Cavalli, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Suter, Vermot)
*Abs. 1*
....
d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind. Eine bedarfsgerechte Spitalversorgung beinhaltet genügende Kapazitäten für Patienten mit Hotellerieversicherung;

**Art. 39**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1*
....
f. .... la médecine hautement spécialisée. Si les ....
*Al. 2, 3*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 3bis*
Les cantons peuvent poser des conditions à l'octroi de mandats de prestations dans le domaine des prestations prises en charge par les assurances sociales.
*Al. 4*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*
(Maury Pasquier, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 1*
....
b. disposent du personnel qualifié nécessaire conformément aux dispositions du Conseil fédéral;

*Proposition de la minorité*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier)
*Al. 1*
....
f. la planification de la médecine hautement spécialisée relève de la Confédération.

*Proposition de la minorité I*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Dormann Rosmarie, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Zäch)
*Al. 1*
....
d. correspondent à la planification des besoins en soins hospitaliers, établie au niveau intercantonal sur la base de critères édictés par le Conseil fédéral;
e. figurent sur la liste intercantonale fixant les catégories d'hôpitaux;
*Al. 2, 3, 4*
(et tous les autres articles concernés)
Supprimer la référence au seul niveau cantonal et la remplacer par l'intercantonal

*Proposition de la minorité II*
(Cavalli, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini, Suter, Vermot)
*Al. 1*
....
d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière appropriée. La couverture des besoins en soins hospitaliers implique qu'il y ait suffisamment de places pour les patients disposant d'une assurance-hôtellerie;

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): Vous devez à une des rares absences de Mme Baumann Stephanie lors d'une séance supplémentaire de notre commission le fait de voir

cette minorité porter mon nom. Mais, rendant à César ce qui est à César, je n'ai fait que reprendre la proposition de notre collègue, qu'elle aura tout loisir de défendre tout à l'heure en s'exprimant au nom du groupe socialiste. Il serait toutefois complètement faux de penser que cette proposition n'est qu'une lubie personnelle de Mme Baumann Stephanie, tant il est vrai qu'elle se fait la voix – et que je fais écho à cette voix – de revendications portées par les professionnels – au féminin comme au masculin – des soins. Je rappellerai en passant que ces revendications ont du reste déjà été soutenues par ce Conseil, quand il a accepté la fameuse motion Joder 00.3521 (Revalorisation des soins infirmiers), malheureusement rejetée par la suite par le Conseil des Etats.

Cette proposition de minorité, à l'article 39 alinéa 1er lettre b, vise donc à donner au Conseil fédéral le mandat d'édicter par voie d'ordonnance les minima de personnel de soins qualifié qui permettent de garantir dans l'ensemble des hôpitaux suisses la qualité des prestations et la sécurité de la prise en charge des personnes hospitalisées. Toutes les personnes présentes qui ont été un jour ou l'autre hospitalisées, toutes celles qui ont rendu visite à un de leurs proches dans un hôpital – et je pense que ces deux catégories recouvrent toutes les personnes présentes dans cette salle – ne pourront nier le rôle et l'importance du personnel soignant, qui ne doit cependant pas seulement être loué pour sa compétence et sa gentillesse, mais qui doit se trouver, dans tous les établissement hospitaliers publics et privés en nombre suffisant pour dispenser dans les meilleures conditions de prise en charge des malades les soins requis.

Pour ces raisons, je vous prie d'adopter ma proposition de minorité.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Je crois que nous sommes ici à un moment extrêmement important pour l'organisation du système de santé, et j'aborde plus particulièrement le problème de la planification des besoins et de l'offre en matière hospitalière. Nous avons tenu un débat sur la planification à de nombreuses reprises. Depuis son introduction en 1996, la LAMal, comme on l'a déjà répété, a renforcé le cloisonnement cantonal du système de santé.

On le sait, un certain nombre de collaborations intercantonales, mais essentiellement bilatérales, fonctionnent. Cependant, il nous paraît important de donner un signal fort pour inciter à collaborer, par l'introduction de planifications qui soient établies au niveau intercantonal – mais pas uniquement bilatéral, c'est-à-dire qu'il faut absolument que se crée une masse critique et que plusieurs cantons se groupent pour élaborer une planifications; de plus, il faut que ces planifications puissent être effectivement réalisées, parce que c'est peut-être là l'enjeu le plus important aujourd'hui. La démocratie cantonale existe. Si l'on considère les contraintes politiques mais aussi les contraintes liées aux particularités régionales, que ce soit en termes de particularismes géographiques de particularismes liés au fonctionnement de la pratique médicale, on se rend compte que les cantons ont véritablement besoin d'un soutien pour pouvoir planifier.

Ce que nous ne voulons pas, c'est d'une planification venant d'en haut, qui soit extrêmement dirigiste. Ce que nous voulons, c'est tout simplement qu'il y ait des repères pour être en mesure, ensuite, de piloter. Il nous paraît intéressant que le Conseil fédéral, que le niveau fédéral qui doit gérer la LAMal s'implique aussi dans la définition de ces lignes directrices. Cela pourrait être des standards, des objectifs de nombre de lits en hôpital de soins aigus pour 1000 habitants, par exemple, avec des objectifs d'application pour une durée-temps qui soit définie pour cinq ans ou dix ans, par exemple, ce qui permettrait ensuite aux cantons de travailler avec davantage d'efficacité et d'aboutir ainsi à une rationalisation du système plutôt qu'à des querelles régionalistes qui, malheureusement, sont aussi la réalité.

On sait très bien aujourd'hui que si l'on prend en considération simultanément la masse critique qu'il faudrait pour la gestion optimale d'un hôpital et les critères géopolitiques, on devrait passer de 250 à 30 ou 35 hôpitaux de soins aigus en Suisse, ce qui permettrait de dégager des moyens importants pour les autres secteurs où les moyens manquent. On peut penser à la prise en charge des personnes âgées, aux soins à domicile, etc.

Nous avons, au cours de cette session, notamment dans le cadre de la discussion sur la nouvelle péréquation financière, revalorisé les cantons; nous les avons également revalorisés tout à l'heure en acceptant la levée de l'obligation de contracter, les réseaux de soins coordonnés, la définition des besoins par eux-mêmes.

Dans le cadre de la nouvelle péréquation financière, nous avons revalorisé les approches intercantonales. Cela a fait l'objet d'un long débat la semaine dernière. Par conséquent, il nous paraît intéressant ici aussi d'intégrer cette dynamique d'intercantonalité. Bien évidemment, on nous rétorquera que cela se fait déjà. Or ça se fait de manière très partielle, très ponctuelle. Mais surtout, le problème auquel on est confronté, c'est qu'en l'absence de lignes directrices, de cadres définis, on arrive à une situation relativement floue; et que, par ailleurs, les recours prononcés par le Conseil fédéral ne donnent strictement aucune ligne claire qui permette d'avoir une planification rigoureuse.

Par conséquent, ce que nous souhaitons ici, c'est une implication de la Confédération dans la définition des lignes directrices, et non pas une planification réalisée par la Confédération. Nous voulons que l'intercantonalité soit effective et ne soit pas tout simplement livrée au bon vouloir des cantons, puisque l'on sait que, pratiquement, cela n'aboutit que très rarement, en ayant conscience qu'il y a bien évidemment quelques exceptions.

Je vous invite par conséquent, à l'article 39 alinéa 1er lettre d, à soutenir la proposition de la minorité I, qui intègre la planification intercantonale.

**Le président** (Christen Yves, président): Die SVP-Fraktion und die FDP-Fraktion unterstützen die Mehrheit.

**Baumann** Stephanie (S, BE): Ich möchte zum Minderheitsantrag Maury Pasquier sprechen. Es geht hier um die Pflegequalität in stationären Einrichtungen, also in Spitälern und Heimen. Diese Pflegequalität möchten wir sicherstellen. Das ist ein Anliegen – das wurde hier mehrmals betont –, das uns allen sehr am Herzen liegt, und für diese Pflegequalität müssen wir auch etwas tun.

Wir haben gerade letzte Woche in den Medien von einer neuen Untersuchung lesen können, die auch wieder Missstände in diesem Bereich aufgezeigt hat. Diese Missstände rühren natürlich oft daher, dass nicht genügend Pflegepersonal vorhanden ist. Qualitativ gute Pflege ist nur möglich, wenn genügend gut ausgebildete und erfahrene Pflegefachkräfte angestellt werden. Wir verlangen in diesem Minderheitsantrag Maury Pasquier, dass diesbezüglich der Bund Vorgaben machen soll, damit der Qualitätsstandard in der ganzen Schweiz und in allen Spitälern und Heimen hoch gehalten werden kann. Es darf hier nicht kantonale Unterschiede geben. Es darf nicht Unterschiede geben zwischen den Heimen und den Spitälern. Wie viele und welche Fachkräfte angestellt werden, soll sich nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten richten und nicht nach den kantonalen Budgets oder den Budgets der Heime. Es ist zwingend, dass wir einen Level vorgeben, einen Qualitätsstandard, der dann auch gesamtschweizerisch eingehalten werden muss. Es darf nicht bei der Pflege gespart werden.

Ich bitte Sie deshalb, die Minderheit Maury Pasquier zu unterstützen, wenn Ihnen etwas daran liegt, dass wir hier Leitplanken für die Pflegequalität setzen.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Juste quelques mots pour vous dire que le groupe démocrate-chrétien soutiendra la majorité. En effet, même s'il est nécessaire de faire une planification qui prenne en compte l'intercantonalité – dans le sens du territoire – pour couvrir les besoins, nous ne nous rallions cependant pas aux propositions qui demandent au Conseil fédéral d'édicter des critères et d'établir au niveau intercan-

tonal comme tel toute cette planification, parce que cela deviendra un exercice pratiquement impossible.
Je viens d'un canton où nous avons la chance d'avoir pu établir le premier hôpital intercantonal. La population de la région l'a voulu, car elle a bien remarqué que ce n'était pas possible d'avoir deux hôpitaux de soins aigus à une distance de 8 à 10 kilomètres. Quand la volonté vient de la population de la région même, la réussite d'un projet est beaucoup plus assurée que si la volonté vient d'en haut. Donc, ce n'est pas pour contrarier la volonté de faire des projets intercantonaux, mais pour que ceux-ci soient l'expression de la volonté de la population que nous suivrons la majorité, qui a une proposition plus adéquate.

**Ruey** Claude (L, VD): C'est l'intervention de M. Rossini qui m'a incité à prendre la parole.
J'ai vraiment l'impression d'assister à un débat surréaliste. Nous avons entamé le débat sur la nouvelle péréquation financière il y a quelques jours; nous avons dit il y a quelques jours qu'il fallait mieux répartir les tâches, faire confiance aux cantons, éviter que la Confédération intervienne dans tous les domaines; et c'est comme si M. Rossini avait été sourd et aveugle quant aux décisions qui ont été prises par cette assemblée!
De nouveau plus d'Etat, plus de Confédération, plus de «Mamma Helvetia»! «Parce que les cantons devraient autrement agir selon leur bon vouloir», a dit M. Rossini. Mais, tout de même! J'aimerais quand même que l'on sache que les cantons assument leur responsabilité, qu'il n'y a pas de raison de mélanger les compétences au moment où, précisément, on essaie de les désenchevêtrer, et que dès lors il ne faut pas aller vers plus de planification fédérale. Je veux bien que M. Rossini ait dit: «On ne va pas vers la planification fédérale», mais on connaît aussi la tactique du salami, et là, en l'occurrence, la tranche est assez épaisse pour qu'on ne l'avale pas.
Je vous invite à rejeter la proposition de minorité Rossini et à suivre celle de la majorité.

**Cavalli** Franco (S, TI): Herr Ruey tut so, als ob hier bei uns in dieser Hinsicht alles gut funktionieren würde; anderseits weiss jeder, dass wir diesbezüglich ein unglaubliches Schlamassel in der Schweiz haben. Kein anderes Land in Europa hat diesbezüglich so ein Durcheinander wie wir. In der EU kann man von Rom nach Helsinki gehen, um sich behandeln zu lassen, ohne einen roten Rappen mehr zahlen zu müssen. Bei uns kann man nicht von Basel nach Münchenstein, von Hospental nach Faido, von Moutier nach Delémont gehen, weil das ausserkantonal und das Ganze nicht koordiniert ist und jeder der 26 Kantone macht, was er will. Das ist ein unwürdiger Zustand für einen modernen Staat. Das ist etwas, was wir schleunigst korrigieren sollten und die grosse Mehrheit der Leute nicht länger zu dulden bereit ist.
Die Voraussetzung, damit wir mit diesen unglaublichen Grenzen – die es nicht einmal innerhalb des grossen Europas gibt – innerhalb der kleinen Schweiz endlich aufhören, ist folgende: Wir müssen zu einer Koordination kommen. Dass die Kantone unfähig sind, ihre Gesundheitsplanungen und ihre Spitalplanungen zu koordinieren, das haben sie jetzt zehn Jahre lang bewiesen. Es ist auch undenkbar. Schauen Sie, überall, wo man Spitalplanungen machen muss, muss man eine minimale kritische Masse haben. Überall auf der Welt – Baden-Württemberg, Rhône-Alpes, Lombardei – werden solche Spitalplanungen irgendwie gemacht und brauchen dabei irgendwelche Millionen. Wie kann man das von Appenzell-Innerrhoden oder Nidwalden verlangen?
Da muss man nicht irgendwie mit Philosophien vom 17. Jahrhundert kommen, sondern man sollte endlich einmal mit den modernen Konzepten arbeiten. Wenn wir das wollen, dann müssen wir zwei Punkte akzeptieren: Im Allgemeinen muss der Bund bei der Spitalversorgung diese kantonalen Planungen koordinieren – ansonsten werden wir noch im Jahre 6050 in der Situation sein, dass man nicht, ohne eine Busse zu zahlen, von Basel nach Münchenstein gehen kann, um sich behandeln zu lassen. Zum zweiten Punkt – zur Spitzenmedizin –, wo nur der Bund handeln kann, werden wir nachher kommen.

**Ruey** Claude (L, VD): Monsieur Cavalli, vous donnez l'impression que seule la Confédération peut coordonner, et vous avez lié à la planification le fait de pouvoir passer d'un établissement à un autre, ce qui n'a aucun rapport. Est-ce que vous avez vu que dans le nouveau projet de loi, on parle d'un financement à la prestation et non plus aux hôpitaux? Est-ce que vous avez vu que le financement suit le patient et que, par conséquent, les obstacles dont vous parlez n'existent plus?

**Cavalli** Franco (S, TI): Cela n'a strictement rien à faire avec ça, parce que les tarifs pourront toujours être augmentés pour les patients extracantonaux.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Ich spreche nur zu Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d, wo es um diese neue Ebene der Planung geht. Ich beantrage Ihnen, hier der Mehrheit zu folgen, weil damit die Planungsgrundsätze für die stationären Einrichtungen nicht mit wesentlich neuen Elementen bestückt werden.
Wir sind mit dieser Vorlage ja daran, Voraussetzungen zu schaffen, welche die Spitalplanungen in wenigen Jahren in neuem Licht erscheinen lassen werden. Es macht meines Erachtens nun keinen Sinn, die staatliche Planung zu verstärken und neue Perimeter für die Planung zu bestimmen, sondern wir sollten es vorläufig möglichst bei dieser kantonalen Hoheit belassen. Durch die Einführung der Fallpauschalen und der monistischen Finanzierung in den Spitälern, wie es ja in den Übergangsregelungen vorgesehen ist, sind betriebswirtschaftliche Beurteilungen nötig und auch möglich, welche die Planung im stationären Bereich beeinflussen. Es werden damit neue Vertragsbedingungen Aufnahme finden. Ich bin also davon überzeugt – umso mehr, wenn ich die Anträge der CVP-Fraktion sehe, die ja sogar einen noch schnelleren Rhythmus zur Einführung der monistischen Finanzierung vorschlagen –, dass an den heute bestehenden Grundsätzen der Spitalplanung im Wesentlichen einmal festgehalten werden soll. Das beantragt die Mehrheit. Wir werden nach der Einführung der monistischen Finanzierung und von marktwirtschaftlichen Elementen in den Spitälern die Möglichkeit haben, auf diese Planung der Kantone zurückzukommen.
Ich bitte Sie also, hier der Mehrheit zuzustimmen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Je suis navré, Monsieur Ruey, votre arrogance est aussi discutable, sinon plus, que ma légitimité de défendre nos propositions qui sont en parfaite cohérence avec l'ensemble du projet, y compris celui de nouvelle péréquation financière. Dans le cadre de la révision de la LAMal, nous avons le souci de réguler le système. Alors, que vous partagiez ou non notre point de vue, je vous prie de respecter les gens qui ont le droit de défendre leurs propositions de minorité.
Dans le cadre de la planification de la médecine hautement spécialisée (art. 39 al. 1er let. f) – puisque la commission propose de remplacer le terme «médecine de pointe», que nous employions auparavant –, je vais tenir ici un discours plus radical que tout à l'heure, puisque nous considérons que le Conseil des Etats est en décalage entre l'analyse qui est la sienne, la reconnaissance de la nécessité d'avoir une vision d'ensemble dans ce domaine, et la décision qu'il a prise. On se trouve devant une forme de demi-mesure qui consiste à dire qu'effectivement, on ne peut plus, dans ce pays de 7 millions d'habitants, se payer le luxe d'avoir autant d'hôpitaux universitaires, de centres de formation, et qu'il faut absolument renforcer les synergies. Or la régulation, ici, ne peut absolument pas se faire de manière analogue à celle que l'on envisage, dans le domaine hospitalier, pour les hôpitaux de soins aigus. C'est vrai que dans les hôpitaux de

soins aigus, les ressorts sont complètement montés, on sait exactement où on va – lorsqu'on discutera du financement moniste, on pourra évoquer cette problématique –, on sait exactement que la finalité est la concurrence entre les hôpitaux ou entre les services des hôpitaux et non plus une régulation par les pouvoirs publics.
Ici, pour nous, il est très clair qu'il faut aller au bout du raisonnement. Il faut impérativement dépasser les luttes de prestige régionales et créer des masses critiques et établir les synergies les meilleures possibles entre les spécialistes des différentes facultés de médecine, répartir le mieux possible les équipements high-tech extrêmement pointus et aussi extrêmement coûteux. Il nous paraît impératif qu'à partir du moment où on reconnaît que la situation n'est pas satisfaisante, on se donne d'autres moyens pour rationaliser ce secteur; en le renforçant, et non pas en le cloisonnant et en permettant que toute une série de luttes régionalistes l'emportent, luttes régionalistes auxquelles s'ajoutent des luttes de prestige, pour reprendre le terme utilisé lors du premier débat par d'éminents médecins de ce Parlement.
Par conséquent, pour nous, le sens est véritablement d'impliquer la Confédération, parce qu'on est dans une logique totalement différente de celle de la planification des hôpitaux de soins aigus. Nous pensons que le Conseil des Etats, avec son argumentation, aurait dû faire un pas supplémentaire. La commission, en première lecture, avait tout à fait reconnu cette problématique puisque sa majorité avait accepté que cette planification relève de la Confédération. Les choses ont changé dans le deuxième débat, c'est la raison pour laquelle nous pensons qu'il est important que la minorité soit soutenue.

**Ruey** Claude (L, VD): Si j'ai bondi tout à l'heure, Monsieur Rossini, c'est parce que vous avez employé le terme de «bon vouloir des cantons», que vous sembliez mépriser. C'est cela qui m'a fait réagir. Alors, si vous l'avez pris comme l'expression de la volonté d'empêcher chacun de prendre la parole devant cette assemblée, je pense que ce n'était pas mon intention et je vous prie de bien vouloir m'excuser.
Cela dit, je persiste: dans la nouvelle répartition des tâches, la nouvelle péréquation financière, on fait tout pour désenchevêtrer. En l'occurrence, vous voulez réenchevêtrer alors que la commission, par rapport aux craintes que vous avez – qu'on peut comprendre –, prévoit un filet de sécurité puisque, à titre subsidiaire, la Confédération pourra intervenir. Pourquoi ne pas faire confiance, dans un premier temps, à l'intercantonalisation?

**Rossini** Stéphane (S, VS): Tout simplement parce que cela fait quinze ans que ce débat se tient, et que, dans le cadre de l'autre projet qu'est la péréquation financière, nous sommes encore confrontés à tout un débat démocratique et risquons de perdre le tout. Par conséquent, nous pouvons décider maintenant d'entrer dans la démarche de la rationalisation immédiate.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Sie haben es schon gesehen, ich kann mich kurz fassen, eigentlich ist dieser Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe f ein Thema mit Variationen, das wir gerade vorhin gehabt haben. Es geht um die Frage, wer hier letztlich die primäre Kompetenz haben soll: der Bund oder die Kantone? Auch im Bereich der hoch spezialisierten Medizin – das haben Sie festgestellt – ist sogar ganz klar vorgesehen, subsidiär den Bund mit einzubeziehen. Dies nämlich dann, wenn die Kantone ihrer Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen. Es scheint klar zu sein, dass nach der heutigen Struktur des Gesundheitswesens hier die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz primär eingebunden und in die Pflicht genommen ist.
Die Kantone müssen hier überkantonal etwas tun. Es tut sich auch schon einiges: Es gibt Planungsgruppen auf der Ebene etwa der Universitätsspitäler – die «Groupe des Quinze» ist eine solche Formation –, es gibt Dekane, Direktoren und Direktorinnen der Universitätsspitäler zusammen mit weiteren Spezialisten, die hier im Bereich der hoch spezialisierten Medizin planen. Es ist völlig richtig, diese Kompetenz hier den Kantonen zu belassen, sie subsidiär aber durch den Bund überprüfen zu lassen, falls die Kantone nicht so weit kommen, wie wir das hoffen.
Ich bitte Sie also im Namen der FDP-Fraktion, hier der Mehrheit zuzustimmen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Das ist wieder eine dieser Situationen, wo man uns während der vielen Streitgespräche vor dem 18. Mai gesagt hat, man brauche die Initiative nicht, diese Möglichkeit gebe es schon heute. Wenn es aber dann so weit ist, gibt es eben diese Möglichkeit doch nicht.
Wir haben das Problem x-mal diskutiert, und es ist sehr gut bekannt. Wir haben in der Schweiz zu viele hoch spezialisierte Zentren bzw. Spitzenmedizin-Zentren. Das könnte auf den ersten Blick als Vorteil gelten, aber jeder, der das Gesundheitswesen gut kennt, weiss, dass das ein grosser Nachteil ist. Wenn Sie nämlich in einem Transplantationszentrum nur 20 oder 30 Mal pro Jahr einen Eingriff vornehmen, dann sind Ihre Resultate schlechter, als wenn Sie 150 Eingriffe pro Jahr vornehmen. Das ist nicht nur irgendeine mathematische Grösse, sondern es ist erwiesenermassen zum Nachteil der Patienten.
Jeder weiss auch, dass in einem Land wie der Schweiz zum Beispiel im Bereich hoch spezialisierter Transplantationszentren zwei mehr als genug wären, eines im Welschland und eines in der deutschen Schweiz. Wir würden dadurch nicht nur sehr viel sparen, sondern wir hätten schlussendlich auch bessere Ergebnisse, und die Patienten wären zufriedener.
Die Sachlage ist also ganz klar. Jeder weiss, welche Probleme wir mit der Autonomie der Universitäten haben. Herr Kleiber kann ein Lied davon singen; er wollte sie nur ein wenig vernetzen, und schon sagte man, da komme der «Vogt aus Bern» usw. Jeder weiss, dass wir dort nicht durchkommen werden, wenn wir den Kantonen sagen, sie sollen das jetzt irgendwann machen. Es werden «geologische» Perioden verstreichen, bis sich die Kantone einigen werden und bis der Bund dann einschreitet! Ich würde sagen, wir haben schon fast eine Notfallsituation; Handlungsbedarf ist vorhanden. Wir können nicht den Kantonen sagen, sie sollten jetzt einmal anfangen zu planen und wenn sie dann in 10 oder 20 Jahren noch nicht so weit sind, werde der Bund dann einschreiten. Es ist an der Zeit – das hatten wir auch das erste Mal so entschieden –, jetzt ein Zeichen zu setzen und dass der Bund mindestens bei den spitzenmedizinischen Einrichtungen die Planung vornimmt.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe libéral se rallie à la majorité.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir haben es hier mit verschiedenen Problemen zu tun.
In Buchstabe b wird durch den Minderheitsantrag Maury Pasquier bzw. durch Frau Baumann einmal mehr ein Anliegen aufgenommen, das zwar gerechtfertigt ist, nämlich dass wir die Qualität in den Institutionen hoch halten. Aber die Formulierung der Minderheit, die in der Kommission mit 13 zu 8 Stimmen abgelehnt worden ist und auch bereits in der ersten Lesung klar abgelehnt wurde, greift einmal mehr in die Kompetenz der Kantone ein. Man müsste Frau Baumann eigentlich fragen, ob sie daran interessiert wäre, dass der Bund festlegt, wie viele qualifizierte Pflegestellen das Inselspital in jeder Abteilung, in jedem Bereich haben muss. Denn hier müssten die Qualifikationen und die Anzahl der Stellen durch den Bund festgelegt werden. So müsste der Bund auch entsprechend zahlungspflichtig werden, was wir eigentlich nicht wollen. Dieser Antrag hat auch nichts mit der Motion Joder zu tun. In der Motion Joder ging es klar darum, dass man das Pflegepersonal zur selbstständigen Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung, der Grundversicherung, zulässt, um damit eine Aufwertung zu erreichen. Es ging

aber nicht um die Formulierung der Anforderungen an die Stellen im Bereich der Institutionen.
Bei Buchstabe d – wir haben es gehört – geht es darum, dass gemäss Bundesrat, Ständerat und Kommissionsmehrheit eine Planung von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellt werden muss. Die Minderheit I (Rossini) zielt auf eine interkantonale Planung, wobei nicht festgelegt ist, wer bei dieser interkantonalen Planung entscheiden muss. Ist es letztendlich der Bundesrat, der die Entscheidung fällt, oder sollen es trotzdem die Kantone sein, die innerhalb einer gewissen Frist gemeinsam entscheiden müssen? Die Entscheidungskompetenz ist also nicht klar geregelt.
Bei Litera f geht es um die Planung der hoch spezialisierten Medizin. Wir haben nicht mehr von Spitzenmedizin gesprochen, weil sich dieser Begriff laufend ändert. Was heute Spitzenmedizin ist, kann morgen bereits Alltagsmedizin sein. Auch hier werden die Kantone bereits in die Pflicht genommen. Die Sanitätsdirektorenkonferenz hat in einzelnen Bereichen bereits entschieden. Es ist an ihnen, hier weiterzumachen. Der Druck wird auch aufgrund der Gesetzgebung ausgeübt. Dieser Entscheid fiel in der Kommission relativ knapp, nämlich mit dem Stichentscheid des Präsidenten. Die Kommissionsmehrheit ist aber klar der Auffassung, dass wir hier dem Bund nicht eine Aufgabe übertragen müssen, die einen grossen zusätzlichen Aufwand und eine zusätzliche Administration erfordert, die heute von den Kantonen zwar zum Teil ungenügend wahrgenommen wird, zum Teil aber auch auf den Kostendruck hin jetzt intensiviert wird.
Gestatten Sie mir noch eine persönliche Bemerkung: Herr Cavalli, Sie arbeiten auch in einer hoch spezialisierten Disziplin, nicht in einer Universitätsklinik. Ich denke, die Qualität ist nicht nur von der Masse abhängig, das haben Untersuchungen gezeigt – gerade im Bereich der Transplantationsmedizin. Ich glaube, wir können uns dann beim Transplantationsgesetz darüber unterhalten, wo die Qualität liegt und wie viele Eingriffe es braucht oder nicht braucht, um die Qualität zu gewährleisten.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Tout d'abord, en ce qui concerne la proposition de minorité Maury Pasquier à l'article 39 alinéa 1er lettre b, nous proposons de la repousser.
La question de savoir quelle qualification doit avoir le personnel hospitalier dépend du mandat de prestations que le canton donne à l'hôpital. C'est inutile, mais difficile aussi, de centraliser cela pour les soins. Le problème qui se pose dans les hôpitaux actuellement est plutôt celui du manque de personnel soignant, et non celui du manque de places. Il convient de ne pas aggraver la situation en imposant des conditions telles que celles de la proposition de minorité Maury Pasquier.
Les propositions de minorité Rossini – respectivement de minorité I à la lettre d et de minorité à la lettre f – qui va dans le même sens que celle de minorité Gross Jost à l'article 58, posent un problème d'ordre constitutionnel dans la mesure où la Constitution fédérale ne donne pas actuellement à la Confédération la compétence de planifier le domaine hospitalier, même dans le cadre restreint de la médecine de pointe, ou d'imposer aux cantons une planification intercantonale. C'est aux cantons que revient l'obligation de veiller à la couverture des besoins en soins hospitaliers de leur population. Les cantons sont libres de déterminer dans quelle mesure et de quelle façon ils veulent assumer leurs obligations. Ils sont notamment libres, et nous souhaitons que cela se fasse, de convenir entre eux d'une planification intercantonale. Enfin, dans le cadre de son projet de réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, le Conseil fédéral propose différentes modifications d'ordre constitutionnel qui devraient, en cas d'entrée en vigueur, conduire à l'émergence de planifications hospitalières intercantonales dans le domaine de la médecine de pointe.
La planification hospitalière, je le redis, est en tant que telle du ressort des cantons. Nous ne pouvons pas intervenir de manière contraignante. Nous pouvons cependant exercer une certaine influence indirecte, dans le cadre des procédures de recours fondées sur l'article 53 alinéa 1er LAMal, uniquement par le fait que le Conseil fédéral formule des directives et des principes sur la planification hospitalière cantonale et extracantonale dans les décisions qu'il rend sur recours.
Nous vous invitons donc à rejeter les propositions de minorité Rossini à la lettre d et à la lettre e.

**Le président** (Christen Yves, président): Je vous signale que la proposition de la minorité II a déjà été rejetée à l'article 13.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 97 Stimmen
Für den Antrag
der Minderheit Maury Pasquier .... 59 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 97 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 58 Stimmen

*Dritte Abstimmung – Troisième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/4098)
Für den Antrag der Mehrheit .... 92 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit Rossini .... 62 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*
*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 39a**
*Antrag der Mehrheit*
*Titel*
Grossausrüstungen
*Text*
Zur Dämpfung der Gesundheitskosten und Wahrung des überwiegenden öffentlichen Interesses muss die Inbetriebnahme von Grossausrüstungen und weiterer Ausrüstungen der Spitzenmedizin in öffentlichen und privaten Einrichtungen des ambulanten und stationären Bereiches vom betreffenden Kanton genehmigt werden. Er überwacht ihre optimale Nutzung.

*Antrag der Minderheit*
(Heberlein, Antille, Borer, Bortoluzzi, Fischer, Gutzwiller, Hassler, Widrig, Zäch)
Streichen

**Art. 39a**
*Proposition de la majorité*
*Titre*
Equipements lourds
*Texte*
Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans les domaines hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du canton concerné. Il veille à leur utilisation optimale.

*Proposition de la minorité*
(Heberlein, Antille, Borer, Bortoluzzi, Fischer, Gutzwiller, Hassler, Widrig, Zäch)
Biffer

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité Heberlein sera defendue par Marc Suter.

**Suter** Marc F. (R, BE): Die Minderheit ist der Meinung, dass diese Bestimmung, wonach hier bei der Ausrüstung im Bereich der Spitzenmedizin nun auch die Kantone nicht nur im öffentlichen, sondern auch im privaten Bereich, nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich eine

Ref. 4098

**NATIONALRAT** — Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

**CONSEIL NATIONAL** — Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 39 al. 1 lit. f

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.06.2003 11:16:09

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | * | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | * | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | = | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | + | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | * | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brun | + | C | LU |
| Brunner Toni | * | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | * | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | * | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| De Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | = | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | * | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | = | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Fasel | * | G | FR |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | * | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | + | R | NE |
| Fässler | = | S | SG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | * | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Günter | = | S | BE |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | + | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | * | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | + | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | o | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leuenberger Genève | = | G | GE |
| Leutenegger Hajo | o | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | * | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | + | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | = | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | * | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | + | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | * | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | * | C | ZH |
| Robbiani | = | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | + | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | * | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | o | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | + | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | * | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschuppert | * | R | LU |
| Tschäppät | = | S | BE |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | + | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zanetti | * | S | SO |
| Zapfl | * | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | * | V | ZH |
| Zäch | * | C | AG |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 92 |
| nein / non / no | 62 |
| enth. / abst. / ast. | 3 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 42 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 22 | 0 | 5 | 29 | 0 | 0 | 35 | 1 |
| nein / non / no | 3 | 8 | 0 | 1 | 45 | 3 | 0 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 9 | 2 | 1 | 9 | 7 | 2 | 10 | 2 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité Rossini

Machtfülle in der Steuerung des Angebotes bekommen sollen, weit übers Ziel hinausschiesst.
Es ist einzuräumen, dass im Bereich der Medizin, namentlich natürlich der Spitzenmedizin, die Installierung von Hightech auch eine Nachfrage kreiert. Hier haben wir also nicht einen Wettbewerb, wie er sonst auf dem Markt stattfindet, sondern wenn ein Angebot geschaffen wird, dann wird auch eine Nachfrage erzeugt, die dann irgendwie automatisch und entgegen den sonst geltenden Marktregeln hinterherkommt. Es ist auch so, dass in der Schweiz regional in diesem Sinne teilweise ein Überangebot von sehr kostspieligen Einrichtungen besteht.
Diese Situation rechtfertigt es jetzt aber nicht, eine Planwirtschaft einzuführen und den Kantonen hier das Heft in die Hand zu geben; es braucht Wettbewerb. Nehmen Sie das Beispiel von England: In England warten Patienten monatelang auf Untersuchungen im Bereiche der Spitzenmedizin. Das ist nicht nur unwirtschaftlich, es ist vor allem auch unmenschlich und nicht effizient. Wir sind der Meinung, dass gerade das private Angebot in Ergänzung zum öffentlichen notwendig ist. Wenn es beispielsweise um diagnostische Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren geht, haben wir schon heute in der Schweiz lange Wartefristen in den Zentrumsspitälern, die nur beseitigt werden können, weil es das private Angebot gibt.
Einzuwenden ist auch, dass die Planung durch die Kantone nicht das bringt, was man sich davon verspricht. Die Transparenz ist nicht unbedingt gegeben, auch nicht der Rechtsschutz der Spitäler oder Ambulatorien, die solche Dienstleistungen anbieten wollen: Sie haben nicht hinreichende Möglichkeiten, sich gegebenenfalls zur Wehr zu setzen, wenn man ihnen verbietet, ein entsprechendes Angebot zu finanzieren. Die betreffenden privaten Institutionen müssen die Investitionen tätigen, und sie müssen auch darauf achten, ob und dass sich diese Investitionen rechnen. Wir finden, dass diese Marktsteuerung immer noch die bessere ist, als wenn in einem bürokratischen Ablauf entschieden wird, was hier an Investitionen in spitzenmedizinisches Gerät getätigt werden soll oder nicht, jedenfalls soweit es hier um den privaten Sektor geht.
Zum Schluss: In der Spitalplanung besteht ja bereits – und zu Recht – die Möglichkeit der Kantone, nun sogar ganz gezielt und stärker (Art. 39 Bst. f KVG), als das bisher der Fall war, Einfluss zu nehmen. Aber noch weiter zu gehen und bei den Apparaten anzusetzen, in dieser flächendeckenden Formulierung, wie sie die Mehrheit vorschlägt, das geht zu weit und wird sich kontraproduktiv auswirken. Als Patient hat man ein Interesse, dass ein ausreichendes Angebot gegeben ist. Es wird vielfach auch ideologisch gegen diese Spitzenmedizin polemisiert, weil man sie verhindern will, weil man manchmal auch keine Konkurrenz aus dem privaten Bereich wünscht. Wir sind der Meinung, dass die Spitalplanungskompetenz hinreichend ist, dass bei der spitzenmedizinischen Investition hingegen eine Situation beibehalten werden muss, wo die privaten und die öffentlichen Anbieter mit einigermassen gleich langen Spiessen kämpfen können, zumal die Kantone im öffentlichen Bereich über die Betriebsbewilligung und über ihre eigenen Investitionsentscheide genügend Einflussnahme haben, um eine Überinvestition und die Schaffung eines unnötigen Angebotes selber zu bekämpfen. Wir denken, dass dieses Instrumentarium ausreichend ist.
Deshalb: Folgen Sie bitte der Minderheit.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous demande de soutenir la proposition de la majorité de la commission.
Nous avons tenu à deux reprises déjà une discussion sur la nécessité d'introduire une clause du besoin pour maîtriser l'offre de prestations. Contrairement à ce qu'a mentionné notre collègue Suter, pour défendre la proposition de minorité tout à l'heure, même les plus grands spécialistes de la Commission de la concurrence reconnaissent que le système de santé ne relève pas de l'économie marchande et que, par conséquent, les règles de la concurrence ne peuvent fonctionner et déployer leurs meilleurs effets dans ce système.
On sait aussi très clairement que dans ce secteur l'offre génère la demande. On est, dans le domaine des équipements lourds, dans une situation particulièrement édifiante dans ce pays, avec une pléthore, et non seulement une pléthore, mais une totale disproportion en comparaison internationale entre l'offre d'équipements high-tech, qu'ils soient publics ou privés, et la demande.
Dans la pratique, sur le plan du fonctionnement, il n'y a quasiment pas de différence entre le public et le privé, puisqu'on peut consulter dans un établissement hospitalier public ou subventionné ou en ambulatoire. Dans ces deux domaines, on a souvent une concurrence, voire même une concurrence entre des médecins qui pratiquent à la fois dans les domaines hospitalier et ambulatoire et qui se font concurrence par rapport à leur institution ou à leur cabinet dans sur un même champ d'activités, ce qui pose toute une série de problèmes.
Du côté des dispositions légales dans les cantons, seuls deux cantons, à savoir les cantons de Neuchâtel et du Tessin, ont réussi à mener à terme un processus visant à introduire dans les lois cantonales le recours à l'autorisation pour implanter des équipements lourds. Tous les autres cantons qui ont essayé de faire de même ont essuyé des refus.
Par conséquent, et comme on veut le faire dans le domaine ambulatoire avec la levée de l'obligation de contracter, la majorité de la commission a estimé important de maîtriser l'offre d'équipements lourds qui sont extrêmement coûteux et d'éviter, je dirai, une offre trop élevée qui génère bien évidemment ensuite une surconsommation. C'est un autre sujet sur lequel on pourrait s'arrêter et plusieurs travaux montrent effectivement qu'il y a surconsommation. Par conséquent, on génère des gaspillages énormes.
La concurrence ne pourra pas résoudre ce problème de la surconsommation, notamment lorsqu'il s'agit de gérer financièrement et d'amortir des investissements extrêmement coûteux. Je crois qu'aujourd'hui, nous devons impérativement prendre des dispositions qui permettent de maîtriser cette situation. En demandant dans cette proposition que le canton se prononce sur la pertinence ou non de l'introduction d'un équipement lourd, on permet d'avoir une discussion et un garde-fou afin d'éviter la surconsommation.
C'est dans ce sens-là que nous vous demandons de soutenir la majorité de la commission.

**Ruey** Claude (L, VD): On vient de le dire, le débat a déjà eu lieu à plusieurs reprises. Si le symptôme est connu, je ne suis pas sûr que le remède choisi soit le bon; je suis même sûr que ce n'est pas le cas, et le groupe libéral soutiendra donc la minorité.
Il est possible qu'il y ait parfois pléthore d'équipements lourds, c'est même probable. Mais ce n'est pas en introduisant une clause du besoin, un système de planification lourde pour équipements lourds, si vous me passez la comparaison, que l'on sera beaucoup plus efficace. Je pense qu'on sera en fait inefficace. Dans ce domaine-là, on le sait bien, les appareils étatiques et les clauses du besoin n'ont fait dans aucun cas la démonstration de leur efficacité; au contraire, on est toujours en retard d'une guerre: les techniques évoluent, les prix des équipements aussi. Quand je pense qu'il y a moins d'une dizaine d'années, on faisait la guerre aux scanners en considérant que c'étaient des équipements extrêmement chers; dans l'intervalle, ils sont devenus des équipements quasiment banalisés, parce que le progrès du high-tech et celui de la médecine le veulent aussi, parce que les patients veulent aujourd'hui pouvoir être traités selon les meilleures techniques possibles.
Alors, on est toujours en retard d'une guerre, et quand on crée la clause du besoin, ou quand on veut appliquer des clauses du besoin étatiques, en fait on se dirige tout droit vers le dirigisme à l'anglaise. M. Suter a clairement expliqué ce qu'il en était de systèmes malthusiens et de systèmes qui veulent tout réglementer sur un plan administratif. En fait, on

va droit vers une médecine à deux vitesses et vers des situations où le patient n'a de fait plus vraiment droit à la technique qui pourrait lui être utile parce qu'il y a des listes d'attente et parce que, précisément, l'Etat est incapable de gérer ce genre de choses.
Mais il est vrai qu'il peut y avoir pléthore et qu'il peut y avoir trop d'équipements lourds. A quoi cela est-il dû? Cela n'est pas dû à la concurrence; c'est précisément dû à l'absence de concurrence. En fait c'est une question de prix. J'avais déjà eu l'occasion de déclarer à cette tribune lors d'un précédent débat que, dès lors que les prix payés, par exemple pour un scanner ou pour un équipement d'IRM, sont fixés administrativement – là aussi selon des principes d'économie étatique – ils sont souvent trop élevés. Ils ne sont pas liés à un mécanisme autorégulateur de marché, mais bien plus à des appréciations et à des négociations qui sont parfois des négociations de marchand de tapis, si vous me passez l'expression. C'est ce qui s'est passé. J'ai vu des investisseurs privés pouvoir investir dans un équipement d'IRM, par exemple là où il y en avait déjà bien assez pour répondre au besoin d'utiliser cette technique dans une région, parce que, tout simplement, ils pouvaient rentrer dans leurs fonds très rapidement dès lors que le prix fixé n'était pas un prix de marché mais un prix administratif. Dès lors, cet équipement d'IRM a été installé à côté d'un hôpital qui avait déjà une telle installation, précisément parce que le marché ne fonctionne pas. C'est donc plutôt avec plus de concurrence sur les prix, avec plus de liberté et avec une régulation beaucoup plus économique que l'on peut éviter les obstacles dénoncés par d'aucuns.
On va donc directement à l'envers du bon sens lorsque l'on propose une clause du besoin. Dans le domaine de la santé comme ailleurs, et même si le domaine de la santé n'est pas un marché comme les autres – mais dans tous les secteurs le marché est toujours un marché différent des autres – il y a des règles qui doivent être appliquées, qui se rapprochent du marché ou qui instituent une forme de marché spécial; c'est mieux que d'aller vers le malthusianisme et, finalement, vers la médecine à deux vitesses.

**Borer** Roland (V, SO): Die Fraktion der SVP wird geschlossen die Minderheit unterstützen. Der Antrag, der hier von der Mehrheit gestellt wird, ist ein typischer Vorschlag zur Schadensbegrenzung. Wenn man im Grundsatz dem Wettbewerbsmodell folgen würde, indem nicht jeder Leistungserbringer grundsätzlich auch zugelassen wäre, um Leistungen zulasten der Grundversicherung zu erbringen, dann müsste man derartige Formulierungen gar nicht einführen. Aber man hat natürlich jetzt wieder so ein Kunstwerk geschaffen, weil man Angst vor dem eigenen Mut bekommen hat.
Die Mehrheit meint, sie vertrete mit ihrem Antrag die überwiegenden öffentlichen Interessen. Ich meine, dass das schon zumindest eine geringe Überschätzung des eigenen Antrages ist, wenn die Mehrheit das so deklariert. Es wird von Grossausrüstungen im stationären und ambulanten Bereich gesprochen, ohne näher zu definieren, was denn Grossausrüstungen eigentlich sind. Es wird von Spitzenmedizin gesprochen. Wir wissen alle, dass Bereiche, die heute der Spitzenmedizin zugeordnet werden müssen, morgen schon Allgemeingut und nicht mehr Spitzenmedizin sein werden. Vor allem wollen wir aber Regelungen im stationären und im ambulanten Bereich treffen. Das heisst also, dass alles, was unter dem Begriff Grossausrüstung oder Spitzenmedizin subsumiert werden kann und in irgendeiner Arztpraxis Einzug hält, schlussendlich bei den Kantonen bewilligungspflichtig wird. So kann es doch eigentlich nicht gehen! Wir haben genügend Beispiele dafür, dass es nicht einmal im stationären Bereich funktioniert, wo der Kanton heute schon Einfluss nehmen kann. Ich denke an die Beispiele, wo MRI in öffentlichen Spitälern neu zugelassen werden, obwohl 200 Meter neben dem betreffenden Spital schon ein MRI steht und dieses Gerät nicht ausgelastet ist. Es funktioniert also nicht einmal in diesem Bereich, und jetzt wollen wir hier noch eine Vorschrift erlassen, dass das Ganze noch ergänzt wird durch Einflussnahme oder Kontrollen der Kantone in jeder einzelnen Arztpraxis.
Mit Artikel 39a in der Fassung der Kommissionsmehrheit wird eindeutig über das Ziel hinausgeschossen.
Ich bitte Sie, die Minderheit zu unterstützen, deren Unterzeichner sehr gut über drei Fraktionen verteilt sind.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Vous comprendrez que je m'exprime seul au nom de la commission, Mme Heberlein défendant la proposition de minorité. D'ailleurs, nous agirons de la même façon à d'autres occasions, en nous basant sur l'excellente traduction que l'on nous a remise.
Qu'est-ce qu'un équipement lourd? Evidemment ce n'est pas la même chose à chaque fois, mais je crois qu'on peut quand même à se mettre d'accord sur ce qu'est un équipement lourd aujourd'hui, ce qu'était un équipement lourd il y a dix ans et ce que sera un équipement lourd dans vingt ans. L'enjeu, c'est de savoir si des privés peuvent librement mettre en place des équipements lourds ou si les cantons peuvent, dans le cadre de la planification hospitalière, imposer un droit de veto.
Par 12 voix contre 9 et avec 1 abstention, la commission vous propose de soumettre ce genre d'installation à autorisation. En clair, elle estime qu'il y a un risque de gonfler l'offre et de provoquer encore et toujours des surcoûts. Vous connaissez mes opinions par rapport à la libéralisation et à la concurrence, mais dans le cas particulier il faut être clair et dire que, dans ce pays, on a connu des cas d'installations d'équipements lourds, de scanners en particulier, qui étaient réalisées par une SA. On demandait à l'hôpital de fournir le local, sinon le scanner était installé en ville et il aurait fallu en plus faire les trajets. L'hôpital a fourni le local, on a installé le scanner et on s'est aperçu ensuite que les actionnaires de la SA étaient des médecins et qu'il y avait une multiplication des interventions! Comme on ne peut pas discuter les diagnostics des médecins, on n'a aucun moyen de freiner les prestations.
C'est la raison pour laquelle la majorité de la commission vous demande de la soutenir à l'article 39a.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: De notre côté, nous invitons à soutenir la proposition de minorité Heberlein pour les raisons suivantes.
Il est exact que la possibilité pour les cantons d'introduire une clause du besoin pour l'acquisition d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques existe déjà. De telles interventions étatiques restreignent le principe constitutionnel de la liberté économique et, parce qu'elles restreignent ledit principe, elles doivent être fondées sur une base légale formelle, autrement dit sur une loi soumise à référendum facultatif, qui présente un degré suffisant de substance et soit suffisamment précise. Ces restrictions doivent par ailleurs répondre à un intérêt public prépondérant, respecter le principe de la proportionnalité, traiter tous les concurrents de manière égale, ainsi que sauvegarder le noyau de la liberté économique. La proposition de majorité qui est faite ici n'est pas assez précise pour être compatible avec les principes constitutionnels.
Il faut donc relever que, selon le droit actuel, les cantons sont déjà compétents pour soumettre à autorisation l'acquisition d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques coûteux, que ce soit par des établissements publics ou par des cabinets privés ou des cliniques privées, par le biais d'une disposition légale ou d'une loi instaurant une clause du besoin en la matière, mais une loi qui réponde aux critères que j'ai évoqués il y a un instant.
Enfin, lors de la première délibération de votre Conseil, vous aviez rejeté une proposition identique à celle qui est faite aujourd'hui par la majorité de la commission.
Nous vous invitons à la constance et donc à soutenir la proposition de minorité, tout en rappelant que nous souhaitons que les cantons prennent en main cette affaire, mais suivant des critères qui répondent aux normes constitutionnelles, et pas d'une manière aussi large que celle qui est prévue dans la disposition de la majorité.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 83 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 66 Stimmen

**Art. 41**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
.... stationärer Behandlung in einem Geburtshaus oder in Spitälern muss der Versicherer ....
*Abs. 2*
....
b. .... Spitälern oder in einem Geburtshaus ....
*Abs. 3*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der christlichdemokratischen Fraktion*
*Abs. 3*
Streichen

**Art. 41**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
.... En cas de traitement en maison de naissance ou hospitalier, l'assureur prend en charge ....
*Al. 2*
....
b. .... d'un traitement hospitalier ou en maison de naissance.
*Al. 3*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition du groupe démocrate-chrétien*
*Al. 3*
Biffer

**Cina** Jean-Michel (C, VS): Ich spreche namens der CVP-Fraktion zu Artikel 41 Absatz 3 und gleichzeitig, weil es ein Konzept darstellt, zu Artikel 49 Absätze 1, 3, 4 und 8 sowie zu Artikel 64bis und zu Ziffer II, Übergangsbestimmungen, Absätze 2 und 4. Diese Bestimmungen beinhalten insgesamt den im Antrag der CVP-Fraktion vorgesehenen Übergang zur monistischen Finanzierung mit der laufenden Revision, grundsätzlich aber mit der Inkraftsetzung bzw. Umsetzung auf das Jahr 2007.
Der neue Finanzierungsschlüssel in Artikel 64bis hat folgende Eckwerte: Die Finanzierung betrifft den stationären und den ambulanten Bereich. Die öffentliche Hand beteiligt sich weiterhin in gleichem Umfange an der Finanzierung der KVG-Leistungen. Wir haben diese Beteiligung der Kantone an der Gesamtrechnung stationär und ambulant auf 25 Prozent festgelegt. Unsere Berechnung basiert auf Zahlen aus dem Jahre 1997, die von den Sanitätsdirektoren stammen. Wenn die Verwaltung heute andere Berechnungen aufgestellt hat, neue Zahlen hat und auf 35 Prozent kommt, dann sind wir selbstverständlich bereit, diese Zahl anzunehmen. Uns geht es um den Systemwechsel, ohne dass dieser im Gegenzug zu Prämienerhöhungen führt, sondern eben im Gegenteil zu Prämienentlastungen. Wir müssen heute den Grundsatzentscheid fällen. Die genaue Zahl kann dann der Zweitrat mit Unterstützung der Verwaltung festlegen.
Im Parlament ist man sich über das Ziel einig, welches den Übergang zu einem Finanzierungssystem mit einem einzigen Finanzierungsträger vorsieht. Der Unterschied liegt nur im Weg. Für die CVP-Fraktion macht der vorgeschlagene Zwischenschritt über die dual-fixe Finanzierung keinen Sinn mehr; der Übergang zu einem klaren Finanzierungssystem soll jetzt in das Gesetz niedergeschrieben werden. Entscheidend in der vorgeschlagenen Finanzierung ist die Einfachheit und Klarheit. Die duale Finanzierung verhindert leider die Transparenz der Kosten und auch der Preise und Vergütungen im Spitalbereich. Niemand weiss heute, welche Kosten wer verursacht und wer was bezahlt. Die Transparenz ist demgegenüber die Grundlage für kostenbewusstes Handeln aller Beteiligten. Wir müssen deshalb von Mischfinanzierungen, welche die Transparenz verschleiern, wegkommen.
Sodann geht es der CVP-Fraktion um die Verhinderung von falschen Anreizen. Die Kassen als Einkäufer bevorzugen bekanntlich die stationäre Behandlung, die zwar insgesamt teurer ist, für die Kassen aber den Vorteil hat, dass sie hier nur rund die Hälfte zu bezahlen haben. Die Kantone wiederum bevorzugen tendenziell die ambulante Behandlung, weil diese für sie ohne Kostenfolge bleibt – Sie sehen die Interessengegensätze, die zwischen den beiden Finanzierungsträgern bestehen. Diese Interessengegensätze und die damit verbundenen Streitereien werden mit dem Übergang zur monistischen Finanzierung beendet.
Es ergeben sich weitere Vorteile aus diesem Finanzierungssystem: Die vielen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen stationären und ambulanten und dann noch zu den teilstationären Behandlungen entfallen. Aufhören kann auch der Widerstand gegen die interkantonale Zusammenarbeit. Kantonsgrenzen können endlich fallen, und der Trend zur betriebswirtschaftlichen Verselbstständigung und Selbstverantwortung der Spitäler wird gefördert.
Ich bitte Sie, heute einen konsequenten Schritt zu tun. Prämiendämpfend wird der Zwischenschritt, wie er jetzt geplant ist, im Gegensatz zum konsequenten Übergang nicht wirken, dessen können Sie sich sicher sein. Damit wiederum ist die Gefahr verbunden, dass der weitere Schritt und der Weg zum Ziel der monistischen Finanzierung in der Folge erst recht verschüttet werden. Auch das ist ein Grund für den jetzigen, konsequenten Wechsel.
Ich bitte Sie, den Antrag der CVP-Fraktion zu unterstützen. Diese neue Finanzierung ist aus unserer Sicht entscheidend für die Kostendämpfung in der Krankenversicherung.

**Le président** (Christen Yves, président): Ce point sera traité lors de l'examen de l'article 64bis.

*Verschoben – Renvoyé*

**Art. 42a**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Versichertenkarte
*Abs. 1*
Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte mit einer vom Bund vergebenen Identifikationsnummer erhält.
*Abs. 2*
Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.
*Abs. 3*
Der Bundesrat regelt die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.
*Abs. 4*
Die Karte kann im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten enthalten, die im Notfall abrufbar sind. Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Kreise diese Daten festlegen.

**Art. 42a**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Carte d'assuré
*Al. 1*
Le Conseil fédéral peut décider que, pour la durée de son assujettissement à l'assurance obligatoire des soins, chaque assuré reçoive une carte d'assuré qui porte le numéro défini par la Confédération.
*Al. 2*
Cette carte avec possibilité d'interaction du porteur est utilisée pour la facturation des prestations selon la présente loi.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral règle le détail de la mise en oeuvre par les assureurs, y compris les standards techniques qui devront être appliqués.

*Al. 4*
Moyennant le consentement de l'assuré, la carte peut contenir des données personnelles auxquelles elle donne accès en cas d'urgence. Le Conseil fédéral peut définir, après avoir entendu les milieux concernés, ces données.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 46**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 4*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 5*
.... Artikel 35 keinen Zusammenarbeitsvertrag mehr ....

**Art. 46**
*Proposition de la commission*
*Al. 4*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 5*
.... d'un contrat de collaboration.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 49**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1–7*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 8*
Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat können .... anordnen ....

*Antrag der Minderheit I*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
*Abs. 3*
.... werden je zur Hälfte vom Versicherer und dem jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Der Anteil der Kantone betrifft nur die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler. Die Vergütungen dürfen ....

*Antrag der Minderheit II*
(Cavalli, Bruderer, Bühlmann, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini)
*Abs. 3*
.... Leistungsbereiche separat finanzieren. (Rest des Absatzes streichen)

*Antrag der christlichdemokratischen Fraktion*
*Abs. 1*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates, aber:
.... Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Forschung und universitäre Lehre enthalten.
*Abs. 3*
Streichen
*Abs. 4*
Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach den Absätzen 1 und 2, solange ....
*Abs. 8*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 49**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1–7*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 8*
Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral peuvent procéder ....

*Proposition de la minorité I*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
*Al. 3*
.... l'assuré. La participation du canton ne concerne que les hôpitaux publics ou subventionnés. Elles ne comprennent pas ....

*Proposition de la minorité II*
(Cavalli, Bruderer, Bühlmann, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani, Rossini)
*Al. 3*
.... types de prestations. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Proposition du groupe démocrate-chrétien*
*Al. 1*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats, mais:
.... Les rémunérations ne comprennent pas les parts que représentent les coûts de recherche et de formation universitaire.
*Al. 3*
Biffer
*Al. 4*
En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens des alinéas 1er et 2, tant que ....
*Al. 8*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Rossini** Stéphane (S, VS): Pour le groupe socialiste, cet article est quasiment l'article central puisqu'il se trouve à la base de la révision qui s'intitule d'ailleurs: «Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle (Financement des hôpitaux)»; la portée de cette révision a ensuite été élargie.
De notre point de vue, le choix qui a été fait par le Conseil fédéral de suivre tout simplement les deux arrêts du Tribunal fédéral pertinents et de mettre sur pied d'égalité hôpitaux publics, hôpitaux subventionnés et hôpitaux privés, est un choix que nous ne partageons pas. Par conséquent, nous nous opposons à ce principe de base.
Historiquement, tout un système s'est développé, tout un système de collaboration étroite, non seulement entre le public et le privé au niveau du statut juridique des établissements, mais encore en ce qui concerne l'assurance sociale et de l'assurance privée. Du point de vue de la planification, on peut avoir une vision qui est celle de la concurrence: cet après-midi, avec la proposition du groupe démocrate-chrétien, un pas supplémentaire sera fait. On peut donc avoir pour but de créer une concurrence, ou alors on a une vision planificatrice. On peut admettre ce qui suit – et c'est le ton qui a été le ton dominant en commission, non seulement du côté du Conseil fédéral, mais aussi de celui d'une grande majorité de la commission – et dire: «Les cantons n'ont pas fait leur travail dans le domaine de la planification. Aujourd'hui, on va mettre tous les hôpitaux sur pied d'égalité et ils seront bien obligés d'effectuer un travail de fond, d'établir des listes sérieuses.» Bien évidemment, on peut avoir ce point de vue. Pour nous, c'est un petit peu simple que d'édicter cette règle-là sans apporter le moindre soutien. Vous avez rejeté tout à l'heure tout ce que nous proposions comme critères. Nous en prenons acte.
Il reste maintenant la question financière. Avec cette révision de la LAMal uniquement consacrée au volet hospitalier, au-delà des discussions qu'on peut avoir sur les chiffres, on va transférer 700 à 800 millions de francs – certains disent même 1 milliard de francs. On va décharger l'assurance complémentaire pour charger, notamment et surtout, les pouvoirs publics. On chargera aussi les cantons de plusieurs centaines de millions de francs tout à l'heure avec le volet social. C'est la raison pour laquelle il ne nous paraît pas du tout crédible que l'on charge les cantons financièrement et que l'on n'assume pas au mieux la définition des besoins.
Aujourd'hui, cette problématique nous cause véritablement un souci fondamental et nous maintenons notre position, à savoir que les cantons doivent planifier, d'accord, mais qu'ils ne doivent participer au financement que des hôpitaux publics ou subventionnés avec lesquels ils ont établi des mandats de prestations.
Je crois qu'il faut véritablement donner un sens, et cette question du sens passe par le levier qu'est le levier financier. Pour nous, on doit donner la priorité est une priorité au sec-

teur public et au secteur subventionné. Par ailleurs, il nous paraît extrêmement délicat, particulièrement difficile, dans le raisonnement qui sous-tend cette révision et par rapport aux cliniques privées, de voir comment ces planifications pourront être gérées.
J'ai évoqué les recours en matière d'obligation de contracter pour les médecins. On va avoir la même problématique avec les cliniques privées ou les hôpitaux publics ou subventionnés. On va avoir affaire à des difficultés d'application, à des recours devant les tribunaux. Comment va-t-on faire pour fermer une clinique privée si celle-ci n'est pas retenue dans le cadre de la liste définie par un canton? Selon quels critères? Je crois que si on veut laisser une activité aux cliniques privées, il faut maintenir l'équilibre qui prévaut aujourd'hui.
Pour nous, il est évident que notre proposition de minorité I traite de la question de la régulation. Je l'ai déjà dit à plusieurs reprises, cette régulation dans le domaine de la santé est pour nous un service public par excellence; elle doit être effectuée par les pouvoirs publics et non pas par la concurrence.
C'est la raison pour laquelle je vous invite donc, sous l'angle strictement financier, à suivre la minorité I à l'article 49 alinéa 3.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich weiss nicht ganz genau, ob die Diskussion über den Antrag der Minderheit II hier stattzufinden hat. Im Grunde genommen hat mein Antrag mindestens partiell etwas mit der ganzen Diskussion über die monistische Finanzierung zu tun. Wir werden dort sicher über den etwas aus dem Boden gestampften und improvisierten Antrag der CVP-Fraktion sprechen können. Aber selbst in diesem Fall glaube ich, dass man doch über diesen Minderheitsantrag jetzt schon abstimmen könnte. Denn gemäss Antrag der CVP-Fraktion soll das Ganze im Jahr 2007 in Kraft treten; hier dagegen würde es sofort in Kraft treten. Das ist aber die Voraussetzung, damit es überhaupt zur monistischen Finanzierung kommen kann.
Natürlich sind wir gegen die monistische Finanzierung, denn wie die vollständige Aufhebung des Kontrahierungszwanges heisst das nur, den Kassen die ganze Macht zu geben. Aber auch konzentriert auf diesen Satz muss man sich im Klaren darüber sein, was das heisst. Wer zum Beispiel bei den Schulen fordert, der Wohnkanton solle nicht die Schulen finanzieren, sondern den Eltern das Geld geben und die Eltern sollten dann wählen, in welche Schule sie ihre Kinder schicken wollen, der will nichts anderes als die öffentlichen Schulen kaputtmachen; das ist das einzige Ziel dieser Massnahme. Auch hier lautet das Ziel im Grunde genommen, die Privatkliniken zu begünstigen. Aber das Letzte, was wir in diesem Land wollen, ist eine Begünstigung der Privatkliniken. Wir wollen aber auch nicht, dass man jetzt schon Schritte ins Gesetz einbaut, die zu einer monistischen Finanzierung führen, ohne dass ein entsprechender Beschluss gefasst wird und ohne dass man klare Ideen davon hat, was das bedeutet – das hat im Moment nicht einmal der CVP-Präsident.

**Guisan** Yves (R, VD): Le groupe radical-démocratique soutient la majorité de la commission et la version du Conseil des Etats.
La minorité I (Rossini) prétendait en commission assurer l'égalité entre hôpitaux publics ou subventionnés et cliniques privées. J'ai un peu de peine à comprendre ce qu'elle entendait par là en présentant une formulation qui exclut les cliniques privées. Cette proposition s'inspire de toute évidence de considérations idéologiques étatistes inapplicables.
Les hôpitaux publics ne disposent pas des capacités suffisantes pour assumer les prestations fournies par les cliniques privées. Il faudrait consentir des investissements supplémentaires absolument considérables à cet effet. Ni le contribuable ni les assurés ne comprendraient que les structures et les institutions existantes ne soient pas mises à contribution. Le nouveau système de rétribution à la prestation simplifie considérablement la gestion de la répartition des tâches en fonction de la planification effectuée en conformité avec l'article 39. Dans ce contexte, une prise en charge financière, à raison de 50 pour cent par les assureurs-maladie et 50 pour cent par les cantons, ne pose strictement aucun problème.
La dernière phrase de l'alinéa 3 que la minorité II (Cavalli) aimerait biffer est une indication en faveur du modèle moniste à venir. La formule potestative n'engage finalement pas à grand-chose. Par contre, la biffer signifie de facto se refuser cette option.
Personnellement, j'éprouve quelque scepticisme à cet égard, convaincu que les attentes qui y sont placées seront déçues. Néanmoins, il serait faux de s'en priver d'emblée, avant d'avoir examiné les différentes modalités envisageables et leurs implications.
Le groupe radical-démocratique vous prie donc de rejeter les deux propositions de minorité et d'adopter la proposition de la majorité.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Dieser Antrag hat auch einen Zusammenhang mit der Abstimmung, die wir im Februar dieses Jahres hinter uns gebracht haben, und zwar ging es dort um die strittige Frage der Beiträge an Zusatzversicherte, die damals in einem ersten Schritt geklärt wurde. Es hat aber nun die unschöne Folge, dass Zusatzversicherte bei einer Inanspruchnahme der gleichen Leistung im öffentlichen Spital und im Privatspital ungleich behandelt werden. Dieser subjektbezogene Sockelbeitrag der Kantone für Aufenthalt und Behandlung im stationären Bereich wird heute nur ausbezahlt, wenn man sich in einem öffentlichen Spital aufhält und diese Leistung bezieht. Diesen Zustand, dass unterschiedliche Kategorien von Zusatzversicherten bestehen, gilt es gelegentlich zu beseitigen.
Es ist nun vorgesehen, in diesem Artikel leistungsbezogene Pauschalen einzuführen. Die Frage, die es zu klären gilt, ist vor allem: Wollen wir Subjektfinanzierung, oder wollen wir, wie die Minderheit beantragt, im Wesentlichen bei der Objektfinanzierung bleiben? Es ist ein Kernstück dieser Vorlage, dass wir im stationären Bereich den Wechsel zur Subjektfinanzierung vollziehen, also zu einer Finanzierung, die die Leistungsabgeltung aufgrund von Fallpauschalen und nicht aufgrund von Tagespauschalen und relativ breit angelegten Grundlagen vorsieht, die nicht zulassen, dass wirtschaftliche Vergleiche gemacht werden können. Hier geht es meines Erachtens um einen wesentlichen Punkt, indem wir sagen: Wir wollen den Schritt zur Subjektfinanzierung vollziehen. Das ist die eine Seite. Auf der anderen Seite ist die Folge davon, dass diese Sockelbeiträge im stationären Bereich dann auf die Versicherten bezogen ausbezahlt werden und mit dem Aufenthalt in den entsprechenden stationären Einrichtungen nichts mehr zu tun haben.
Ich bitte Sie also, hier der Mehrheit zu folgen und die Minderheit abzulehnen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich möchte im Namen unserer Fraktion die Minderheit I (Rossini) unterstützen. Der Antrag dieser Minderheit hat mit Subjekt- oder Objektfinanzierung überhaupt nichts zu tun, sondern nur mit der Frage, ob die Kantone ihre Beiträge nur für die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler oder auch für die Privatkliniken ausrichten müssen.
Es ist schon jetzt klar – wir werden das vor der Gesamtabstimmung dann noch einmal ausrechnen können –, dass wir mit dieser Revision sowohl einen gewaltigen Kosten- wie auch einen gewaltigen Prämienschub verursachen werden. Alles, was an Sparpotenzial möglich gewesen wäre, wurde gestrichen, und hier haben wir wiederum eine enorme Mengenausweitung.
Natürlich ist das von Kanton zu Kanton verschieden; nur ein Beispiel: Bei uns im Tessin sind 52 Prozent der Akutbetten in Privatkliniken. In den öffentlichen Spitälern wurden in den letzten fünf Jahren 300 Betten abgebaut, während die Privatkliniken 350 neue Betten anbieten. Das ist auch in vielen Kantonen schon so, oder es wird so sein, wenn wir das jetzt

beschliessen, denn kein Kanton wird die Möglichkeit haben, das einzuschränken. Dies auch deshalb nicht, weil es bei uns zum Beispiel so ist, dass alle grossen Persönlichkeiten der bürgerlichen Parteien in den Verwaltungsräten der Privatkliniken sitzen, und so kann der Regierungsrat natürlich nichts dagegen unternehmen. Das dürfte landesweit ein bisschen so sein.
Wenn wir also diese Subventionen jetzt auch noch auf die Privatkliniken ausdehnen, ist es absolut sicher, dass zwei Sachen eintreten werden, die überall auf der Welt eingetreten sind, wo man das so beschlossen hat: Erstens werden die Privatkliniken bevorzugt werden – und diese arbeiten für den Profit, nicht für das Wohl der Patienten –, und zweitens wird es zu einem gewaltigen Kostenschub kommen. Sie haben die Möglichkeit, das zu entscheiden, aber Sie müssen sich dessen, was daraus wird, bewusst sein.

**Ruey** Claude (L, VD): Je m'exprime très brièvement pour appuyer la proposition de la majorité de la commission.
Je déclare mes intérêts: je suis le mari d'une membre d'un conseil d'administration d'un hôpital subventionné par les pouvoirs publics.
Le système qu'on a voulu consiste à avoir un financement qui paie la prestation et qui suit le patient. Si on veut changer ce système et si on va dans ce sens-là, c'est précisément pour éviter cette dichotomie incroyable entre chambre privée d'un hôpital public ou subventionné et chambre privée d'une clinique privée qui octroie les mêmes soins dans les mêmes conditions, qui d'un côté serait subventionnée et de l'autre pas. Dans un cas, l'assurance-maladie devrait tout payer et dans l'autre pas, alors qu'on a exactement les mêmes soins. Si on veut se rapprocher des règles du marché, un même produit doit être payé de la même manière, c'est de cela qu'il s'agit et de rien d'autre. En l'occurrence, on va vers plus de fluidité.
M. Cavalli a sans doute raison lorsqu'il dit – et on le sait – que dans le domaine sanitaire, plus il y a d'offre, plus il y a de demande. C'est donc par d'autres mécanismes régulateurs qu'il faudra contrer cette tendance-là. Les autres mécanismes régulateurs, c'est précisément ce que j'expliquais précédemment, c'est la question de la politique des prix et de la plus grande liberté donnée aux assureurs de gérer précisément ce genre de choses.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir haben es gehört: Wir regeln hier die Finanzierung der stationären Leistungen. Die Kommission des Nationalrates, der Ständerat und auch der Bundesrat führen eine neue Definition von «stationär» und «ambulant» ein. Gleichzeitig verzichten wir auf die teilstationären Leistungen; dies war immer eine unklare Abgrenzung. Wir werden es in Artikel 49a sehen, wir haben immer noch genügend Schwierigkeiten, die Abgrenzungen zwischen «stationär» und «ambulant» sauber vorzunehmen.
Wir stellen auf die in der Planung enthaltenen Spitäler ab. Es ist nicht so, dass Privatkliniken subventioniert werden, sondern der Sockelbeitrag für die grundversicherten Patienten wird entsprechend dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes unabhängig davon bezahlt, wo man sich aufhält. Hier geniessen die Privatspitäler überhaupt keine Bevorzugung, sondern haben im Gegenteil einen schwierigen Weg zu gehen. Die Kantone müssen die ganze Planung für den Bereich der Privatkliniken neu aufrollen, die Frage stellt sich, ob dies vorteilhaft ist für sie oder nicht. Aber dass den zusatzversicherten Patienten dieser Sockelbeitrag auch zukommt, können wir nicht mehr frei entscheiden, sondern das ist zumindest seit dem EVG-Urteil klar; es war eigentlich den Kommissionsmitgliedern und den Verantwortlichen des Vollzuges des Krankenversicherungsgesetzes schon klar.
Die Minderheit I (Rossini) lehnt nun diesen Einbezug ab, wie sie es bereits in der ersten Lesung gemacht hat. Die Kommission hat den Antrag dieser Minderheit mit 15 zu 8 Stimmen abgelehnt. Der Übergang zur je fünfzigprozentigen Finanzierung durch Kantone und Kassen wird in Absatz 3 festgeschrieben. Wir kommen beim Antrag Cina dann noch einmal darauf zurück.
Die Minderheit II (Cavalli) möchte verhindern, dass die Kantone, wie sie dies teilweise bereits praktizieren, den Versicherern ihren Anteil direkt zahlen. Bei einem Übergang zur monistischen Finanzierung ist noch nicht entschieden, wer der Monist dann sein soll – ob es die Kantone sein sollen, ob es die Versicherer sein sollen –, wir sind uns da in der Kommission noch nicht einig.
Daher nur ein Satz, um die Diskussion von später vorwegzunehmen: Deshalb haben wir uns auch dafür entschieden, dass der Übergang zum monistischen System noch etwas Zeit benötigt und nicht hier bereits entschieden werden kann. Wie er ausgestaltet werden soll, darüber bestehen erhebliche Diskussionen. Klar ist aber allen, dass der Anteil von Bund, Kanton und Gemeinde bei einem Systemwechsel nicht reduziert werden darf und dass der Wechsel rasch angestrebt werden muss. Die öffentliche Hand darf nicht aus der Verpflichtung entlassen werden.
Noch ein Wort zu Absatz 8: Wir haben hier im Vergleich zur Formulierung des Ständerates eine Kann-Formulierung eingeführt. Betriebsvergleiche sind nach Meinung der SGK nicht als Pflicht zu formulieren, sondern sie sollen vom Bund nur dann angeordnet werden können, wenn die Kantone hier nicht tätig geworden sind.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous vous recommandons de rejeter la proposition de minorité I (Rossini). Cette proposition aurait pour conséquence concrètement que la participation des cantons se limiterait à prendre en charge les prestations fournies dans les hôpitaux publics ou subventionnées par les pouvoirs publics, mais pas celles fournies dans les hôpitaux privés. L'égalité de traitement entre hôpitaux publics et hôpitaux privés est indispensable pour permettre l'introduction d'un système de financement hospitalier dual optimisé qui soit efficace et une modification de la planification hospitalière propre à permettre une meilleure maîtrise des coûts.
Un des objectifs de la réforme en cours est de mettre sur un pied d'égalité les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, d'une part, et les cliniques privées, d'autre part. Or on sait que les cliniques privées contribuent de manière importante à la fourniture des besoins en soins de base. Environ 20 pour cent des jours à l'hôpital sont effectués dans des cliniques privées dans l'ensemble de la Suisse. Si on ne va pas dans ce sens-là, on laisserait aux seuls assureurs le soin de prendre en charge les coûts du séjour des assurés dans des cliniques privées, ce qui est injuste.
C'est la capacité d'un hôpital à fournir les prestations, que le canton entend attribuer de la manière la plus économique possible, tout en assurant un haut degré de qualité, qui doit guider le choix des autorités cantonales, et non pas des considérations protectionnistes. Il faut aussi relever que la réforme en cours du financement hospitalier telle qu'elle a été proposée par le Conseil fédéral tend à cet égard à renforcer la concurrence entre hôpitaux en éliminant les distorsions de concurrence qui existent encore entre hôpitaux publics et privés, distorsions qui sont principalement dues au mode de financement actuel des hôpitaux.
L'article 39 de la LAMal, relatif à la planification hospitalière, prescrit que les hôpitaux privés doivent être pris en considération de manière adéquate dans la planification établie par le canton, ou conjointement par plusieurs cantons, afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers.
Pour ces raisons, nous vous invitons à rejeter la proposition de minorité I (Rossini).
Quant à la proposition de minorité II (Cavalli), nous vous suggérons de lui réserver le même sort pour les raisons suivantes: si elle était acceptée, le canton de résidence de l'assuré n'aurait pas la possibilité de verser à l'assureur sa part de la rémunération. Si cette possibilité n'existait pas, l'assuré devrait exiger la part du canton dans le système du tiers payant; cela n'est pas envisageable.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/4100)
Für den Antrag der Mehrheit .... 108 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 61 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 107 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II .... 63 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition du groupe démocrate-chrétien sera traitée lors de l'examen de l'article 64bis.

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

02.072

## Tourismusförderung des Bundes

Sie erinnern sich, dass der Bundesrat 100 Millionen Franken vorgeschlagen hat. Der Ständerat hat zweimal 100 Millionen beschlossen. Der Nationalrat hat ebenfalls zweimal 100 Millionen Franken zugestimmt, jedoch haben wir bei uns zweimal die nötigen Stimmen für die Ausgabenbremse nicht erreicht. Gestern hat der Nationalrat dann 50 Millionen Franken beschlossen.
Die Einigungskonferenz stand heute Morgen vor der Aufgabe, eine Einigung zwischen 50 und 100 Millionen Franken zu erzielen. Diese Einigung ist mit 80 Millionen Franken erzielt worden, und zwar hat die Einigungskonferenz diesen 80 Millionen mit 16 zu 6 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt.
Ich empfehle Ihnen, dem Ergebnis der Einigungskonferenz zuzustimmen und damit dieses Geschäft zu verabschieden.

**Favre** Charles (R, VD), pour la commission: Je vous propose de soutenir la proposition de la Conférence de conciliation: 80 millions de francs.
Je vous rappelle les décisions précédentes: le Conseil national souhaitait fixer le crédit d'engagement pour l'hôtellerie à 50 millions de francs et le Conseil des Etats à 100 millions de francs. Le débat a été relativement bref ce matin. La Con-

Ref. 4100

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 49 al. 3

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.06.2003 12:10:41

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | + | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Bangerter | * | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | = | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | * | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brun | + | C | LU |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | * | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| De Dardel | = | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | = | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | * | R | GE |
| Eberhard | * | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | + | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Fasel | * | G | FR |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | + | R | VD |
| Fehr Hans | + | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | = | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | * | R | NE |
| Fässler | = | S | SG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | + | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | + | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Günter | = | S | BE |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | + | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Imfeld | + | C | OW |
| Imhof | + | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | * | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | + | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | + | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | + | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leuenberger Genève | = | G | GE |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Messmer | * | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Müller Erich | + | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | * | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | * | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | * | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | * | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | + | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | + | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | + | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | + | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | = | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | = | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | * | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | = | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | + | R | BE |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschuppert | * | R | LU |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | + | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | + | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | + | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zanetti | * | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |
| Zäch | * | C | AG |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 108 |
| nein / non / no | 61 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 30 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 32 | 0 | 5 | 31 | 0 | 1 | 39 | 0 |
| nein / non / no | 0 | 9 | 0 | 0 | 47 | 3 | 0 | 2 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 3 | 1 | 1 | 10 | 5 | 1 | 6 | 3 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité I Rossini

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)

---

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 49a**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1*
Als stationäre Behandlung ist ein Spitalaufenthalt zur Untersuchung, Behandlung und Pflege zu betrachten:
a. der mehr als 24 Stunden dauert;
b. der weniger als 24 Stunden dauert, geplant ist und eine Spitalinfrastruktur erfordert.
*Abs. 2*
Der Bundesrat erlässt nähere Bestimmungen.

*Antrag der Minderheit*
(Guisan, Egerszegi, Fattebert, Zäch)
Als stationäre Behandlung gilt ein Spitalaufenthalt von über 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, welcher eine Spitalinfrastruktur erfordert.

**Art. 49a**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1*
Le traitement hospitalier consiste en un séjour à l'hôpital pour des examens, des traitements et des soins:
a. qui dure plus de 24 heures;
b. qui dure moins de 24 heures, est planifié et nécessite une infrastructure hospitalière.
*Al. 2*
Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées.

*Proposition de la minorité*
(Guisan, Egerszegi, Fattebert, Zäch)
Est considéré comme traitement hospitalier le séjour de plus de 24 heures relatif à des examens, des traitements et des soins, qui nécessitent une infrastructure hospitalière.

**Guisan** Yves (R, VD): La définition de ce qui relève de l'ambulatoire et de ce qui relève de l'hospitalisation avait fait l'objet de discussions acharnées dès l'introduction de la notion de «semi-stationnaire». Ce concept a été introduit par la Commission des tarifs médicaux LAA/AI/AMF dans un but de rationalisation et d'économie dont la démonstration n'est plus à faire. Dans le cadre de la LAA/AI/AMF, l'assurance assume le 80 pour cent des coûts hospitaliers, en sorte que la problématique de répartition des coûts est beaucoup moins déterminante que dans l'assurance-maladie, l'économie réalisée par ces modalités de prise en charge étant au premier plan. Une grille forfaitaire a par conséquent été développée dans ce cadre et étendue secondairement à l'assurance-maladie. Il en est résulté un développement absolument considérable de ces types de traitements, non seulement sur le plan hospitalier avec la création de nouveaux départements à cet effet, mais aussi de cabinets médicaux privés, garantissant de la sorte le libre choix complet du médecin dans le cadre de l'assurance de base.
Cette rationalité économique indiscutable a été biaisée par la répartition des coûts hospitaliers: 50 pour cent à charge des cantons, 50 pour cent à charge des assureurs, en sorte que ces derniers ont découvert qu'ils n'avaient plus véritablement intérêt à cette formule qui leur transférait l'entière responsabilité financière au vu de son développement. Il en est résulté une polémique quant à la délimitation respective de ce qui était ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier, et un consensus s'est dégagé en faveur d'une suppression du semi-hospitalier. A cela s'ajoutaient des considérations statistiques quant à la difficulté de saisir des prestations définies de manières diverses.
Cela n'a pas empêché le Département fédéral de l'intérieur et le Conseil fédéral de mettre en vigueur le 3 juillet 2002 une ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations dans l'assurance-maladie qui maintient la définition du semi-hospitalier. Nonobstant, les conventions y relatives ont été dénoncées, et après un flou artistique de plusieurs mois, de nouveaux arrangements ont été élaborés dans certains cantons, dont le mien, pour maintenir l'hospitalisation de jour. Ces explications démontrent à l'envi la confusion qui règne en la matière, à l'exaspération des fournisseurs de prestations, cabinets privés aussi bien qu'hôpitaux.
Dans ce contexte, nous sommes confrontés à trois définitions de l'hospitalier: celle du Conseil des Etats, celle de la majorité de la commission et celle que je vous propose. Des trois, celle de la majorité est de loin la plus mauvaise. En assimilant au traitement hospitalier un séjour de moins de 24 heures nécessitant une infrastructure hospitalière, les contestations sur la nature et la nécessité d'une telle infrastructure sont d'ores et déjà ouvertes. La notion d'intervention planifiée ajoute encore à l'inéquité. Il existe toute une série de situations aiguës émargeant à l'hospitalisation de jour, ne fût-ce que l'incision et le drainage d'abcès sous narcose par exemple. Ce critère est donc parfaitement inadéquat.
De plus, aussi bien cette définition que celle du Conseil des Etats introduisent une discrimination entre patients selon l'heure de la prise en charge. Dans le cas d'un cathétérisme cardiaque, par exemple, qui, de toute évidence, nécessite un dispositif technologique sophistiqué et une surveillance par la suite, le patient pris à 8 heures du matin sera ambulatoire, alors que celui qui sera pris à 10 heures risque bien d'être hospitalisé. La définition du Conseil des Etats introduit encore la notion de nuit avec le couperet de minuit, ce qui renforce encore cette aberration.
La définition que je vous propose a l'aval d'H+ et des autres fournisseurs de prestations. Elle permet de distinguer clairement ce qui est ambulatoire et ce qui ne l'est pas en fonction de critères sociomédicaux et rien d'autre, sans ouvrir un large champ aux contestations. Elle permet également une gestion optimale de la situation sur le plan économique. Il serait regrettable de déboucher sur des définitions emberlificotées, génératrices de complications administratives, potentiellement objectivement plus chères et moins rationnelles, simplement en raison de l'intérêt de l'un des partenaires payeurs.
Je vous prie donc d'adopter ma proposition de minorité.

**Präsident** (Binder Max, erster Vizepräsident): Die liberale Fraktion unterstützt die Minderheit. Die sozialdemokratische Fraktion unterstützt die Mehrheit.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Nur kurz: Letztlich ist es vermutlich trotz der ausführlichen Behandlung in der Kommission etwas schwierig, hier wirklich zu sehen, in welche Richtung die Anreize gehen. Das war das Thema, und ich möchte Ihnen kurz begründen, weshalb wir eine leichte Vorliebe für die Lösung der Mehrheit haben.
Die Grundproblematik der heutigen Finanzierung liegt darin, dass es einen klaren Anreiz für die Hospitalisation gibt. Dies, weil nach dem heutigen System der Kanton bei Spitalaufenthalten 50 Prozent der Finanzierung übernimmt. Der Versicherer hat also kein Interesse, etwa Druck in die Richtung auszuüben, dass möglichst viel teilstationär, beispielsweise in ambulanter Chirurgie gemacht wird, weil dort der Versicherer mehr übernehmen muss, nämlich 100 Prozent. Dieses Problem wollten wir in der Mehrheit mit Artikel 49a angehen. Wir wollten eine Formulierung finden, die dem ambulanten und dem stationären Bereich in Bezug auf die Finanzierung gleich lange Spiesse geben würde und deshalb die heutigen falschen Anreize verändern würde. Es müsste das Ziel sein, dass eben die ambulante Chirurgie gefördert wird, dass kurzstationäre Aufenthalte von acht, von zwölf Stunden gefördert würden, dass diese Aufenthalte nicht 24 Stunden dauern müssten. Wir wollen verhindern, dass Anreize bestehen, mindestens während 24 Stunden zu hospitalisieren. Wir haben die Vermutung, dass mit der Minderheit weiterhin solche Anreize bestehen würden, dass der Druck, ganze 24 Stunden zu hospitalisieren, zunehmen würde und dass der Druck nicht in die umgekehrte Richtung gehen würde, nämlich in Richtung Kurzzeitchirurgie.
Wir haben deshalb für die Lösung der Mehrheit eine leichte Vorliebe. Wenn Sie der Mehrheit folgen, ist uns vor allem wichtig, dass die Differenz zum Ständerat bestehen bleibt, weil dieser Punkt in der Tat sehr genau abgeklärt werden muss. So sind wir sicher, dass wir hier keine bürokratischen Hindernisse für effizientere Strukturen oder Anreize aufbauen.
Ich bitte Sie also, der Mehrheit zu folgen. Mit der Differenz zum Ständerat werden wir diesen Punkt nochmals anschauen können.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Qu'est-ce qu'un traitement hospitalier? Combien de temps durent 24 heures? Les technologies font que certains traitements qui duraient plus longtemps vont vers un raccourcissement et peuvent se faire de manière plus ou moins ambulatoire. Il y a des traitements faits le matin, M. Guisan l'a dit, qui permettent de rentrer dans la journée et des traitements de même nature effectués en fin de journée qui nécessitent de passer la nuit à l'hôpital.
Simplement pour cette raison, la majorité s'étonne qu'on écrive dans la loi «plus de 24 heures», ce qui pourrait inciter à allonger certains séjours.
Ainsi, sportivement, je vous signale que la commission a pris sa décision, par 11 voix contre 6, et vous recommande de la suivre.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 93 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 33 Stimmen

**Art. 50**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 2*
Streichen

**Art. 50**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 2*
Biffer

*Angenommen – Adopté*

**Art. 52**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1 Bst. b, 4*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 5*
Streichen (siehe Art. 52a)

**Art. 52**
*Proposition de la commission*
*Al. 1 let. b, 4*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 5*
Biffer (voir art. 52a)

*Angenommen – Adopté*

**Art. 52a**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Substitutionsrecht
*Abs. 1*
Apotheker oder Apothekerinnen können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die billigeren Generika dieser Liste ersetzen, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin bzw. der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt. Im Falle einer Substitution informieren sie die verschreibende Person über das abgegebene Präparat.
*Abs. 2*
Bei gleicher Eignung für die Patientin oder den Patienten sind preisgünstige Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände zu verordnen und abzugeben.
*Abs. 3*
Wird ein Arzneimittel unter seiner Wirkstoffbezeichnung zur Abgabe durch die Apotheke verordnet, ist ein für die Patientin oder den Patienten geeignetes preisgünstiges Arzneimittel abzugeben.

**Art. 52a**
*Proposition de la commission*
*Titel*
Droit de substitution
*Al. 1*
Le pharmacien peut remplacer des préparations originales de la liste des spécialités par des génériques meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale. Il informe la personne qui a prescrit la médication de la préparation qu'il a délivrée.
*Al. 2*
A propriétés égales pour le patient, ce sera le médicament ou le moyen et l'appareil diagnostique ou thérapeutique le meilleur marché qui sera prescrit et remis.
*Al. 3*
Lorsque la prescription désigne un médicament par son principe actif, la pharmacie remettra au patient la préparation adéquate la meilleur marché.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Zuhanden des Amtlichen Bulletins möchte ich noch eine Ergänzung zu Artikel 52a machen: Wir haben dort in Absatz 3 eine unterschiedliche Formulierung im deutschen und im französischen Text. Es muss klar heissen: das «preisgünstige» Medikament – so heisst es auf Deutsch. Im französischen Text steht fälschlicherweise: «la meilleur marché». Es sollte dort heissen: «bon marché». Das zuhanden der nächsten Lesung und der Redaktionskommission.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 55a**
*Antrag der Minderheit*
(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Guisan, Hassler, Meyer Thérèse)
Aufheben

**Art. 55a**
*Proposition de la minorité*
(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Guisan, Hassler, Meyer Thérèse)
Abroger

**Meyer** Thérèse (C, FR): Notre collègue le docteur Zäch étant absent, je vais vous expliquer en quelques mots sa motivation.
L'article 55a, c'est la fameuse limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, qui a permis au Conseil fédéral, pour une durée limitée à trois ans au plus, de décréter un «so genannter Ärztestopp», avec les conséquences qu'on a connues lorsque cela est arrivé. Or finalement, après les trois ans pendant lesquels aucun contrat n'a été conclu avec les médecins, il y aura plus de médecins que prévu qui s'installeront.
Mais l'argument principal de la minorité est le suivant: si ce projet de loi est adopté tel que nous sommes en train de l'amender dans ce Conseil, la suppression de l'obligation de contracter entrera en vigueur; dès lors, il ne paraît plus nécessaire d'avoir dans la loi cette disposition. Toutes les dispositions révisées entrant en vigueur en même temps, nous avons pensé pouvoir abroger cette disposition au moment où cette révision entrera en vigueur. Il y a aussi une disposition transitoire relative à cet article qui disparaîtra en même temps (ch. II DT al. 5).
Donc, pour la logique du système, je vous propose de soutenir la proposition de minorité Zäch.

**Rechsteiner** Rudolf (S, BS): Ich bitte Sie, mit der Mehrheit der Kommission die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung hier im Gesetz zu belassen.
Ich spreche hier für einen Kanton, der die höchste Ärztedichte in der Schweiz hat. Wir hatten letzte Woche ein Gespräch mit der Basler Regierung, und diese ist sich gar nicht sicher, ob die Lockerung des Kontrahierungszwangs tatsächlich auch zu einer Reduktion der Leistungserbringer führen wird. Wir haben jetzt die Grundlagen für diese Lockerung zwar beschlossen, aber die Einführung, die Umsetzung ist noch nicht durchgeführt. Wir wissen also nicht, wie die Krankenversicherungen dann tatsächlich handeln werden. Ich meine, in Kantonen, die ganz klar unter einer Übermedizinierung leiden, wo die Krankenversicherungsprämien explodieren und zu einem negativen Standortfaktor geworden sind, dort sollte der Kanton nach wie vor die Möglichkeit haben, gewisse Beschränkungen von Leistungserbringungen aufrechtzuerhalten oder einzuführen.
Ich bitte Sie, hier der Mehrheit zu folgen.

**Präsident** (Binder Max, erster Vizepräsident): Die christlichdemokratische Fraktion stimmt dem Antrag der Mehrheit zu.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Im Namen der Mehrheit der FDP-Fraktion bitte ich Sie, die Mehrheit zu unterstützen. Wir haben zwar heute Morgen den Kontrahierungszwang gelockert, wissen aber noch nicht, ob sich die Auswirkungen dieses Entscheids bewähren werden. Deshalb möchten wir, auch wenn es im Grunde ein unliberales Mittel ist, diese letzte Möglichkeit einer Befristung der Zulassung im Gesetz bewahren.
Ich bitte Sie, die Mehrheit zu unterstützen.

**Hassler** Hansjörg (V, GR): Die SVP-Fraktion unterstützt die Minderheit Zäch.
Es gibt zwar nur einen Grund, Artikel 55a aufzuheben, aber es ist ein entscheidender Grund. Wir haben nun mit Artikel 35 die Vertragspflicht zwischen Versicherern und Leistungserbringern im ambulanten Bereich aufgehoben. Der in Artikel 55a vorgesehene Zulassungsstopp für Ärzte steht daher quer in der Landschaft der Vertragsfreiheit. Der Ärztestopp ist ein interventionistisches Instrument, das nicht mit der Vertragsfreiheit zu vereinbaren ist. Die erforderliche Anzahl von Ärzten kann über das freiheitliche System mit der Vertragsfreiheit reguliert werden. Es braucht keine zusätzlichen interventionistischen Systeme wie den Ärztestopp. Die Massnahme würde vor allem junge Ärzte diskriminieren, die bereit sind, die zukünftigen Bedingungen in einem kontrollierten Wettbewerb einzuhalten.
Die SVP-Fraktion erachtet es daher als richtig, Artikel 55a aufzuheben, und ich bitte Sie, das zu tun.

**Ruey** Claude (L, VD): Le groupe libéral soutient la proposition de minorité. Il le fait d'autant plus qu'avec la suppression partielle de l'obligation de contracter, il n'y a vraiment plus aucune raison d'avoir cet article 55a, pour autant qu'il y ait jamais eu une raison d'avoir cet article dans la loi. Ce dernier avait été mis en place lorsque l'on a approuvé les accords bilatéraux avec l'Union européenne, si je me souviens bien, pour protéger les médecins suisses contre une éventuelle invasion étrangère. On voit bien que cela ne se produit et ne se produira pas.
En revanche, l'article 55a et son application récente ont fait l'objet des critiques fortes des libéraux parce que cela prive un certain nombre de jeunes de la possibilité d'entrer sur le marché et de pouvoir faire bénéficier les patients des techniques les plus récentes qu'ils ont pu développer. On connaît un certain nombre de jeunes médecins qui ont été empêchés de s'installer. Simultanément, cela a provoqué un autre phénomène: l'annonce du blocage a fait venir sur le marché, si vous me passez l'expression, beaucoup de médecins qui, au lieu d'attendre le moment qu'ils avaient prévu pour s'installer, dans une année ou deux, l'ont fait immédiatement, ce qui n'a conduit qu'à un effet pervers, comme c'est souvent le cas lorsque l'on ne veut pas laisser la place à la liberté.
Dès lors, la liberté de pouvoir s'installer doit régner. Cette clause de protection n'a aucune efficacité. Au contraire, elle est nuisible et au développement de la médecine et aussi à la qualité des soins puisque, bien souvent, ce sont ceux qui s'installent après avoir fait de longues études qui sont peut-être ceux qui connaissent le mieux les dernières techniques médicales à appliquer aux patients.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Auch wenn der Mehrheit – oder einem Teil der Mehrheit – Artikel 55a so, wie er jetzt im Gesetz steht, nicht gefällt, sind wir doch mit 14 zu 6 Stimmen bei 3 Enthaltungen der Meinung, dass dieser Artikel vorläufig beibehalten werden muss. Herr Zäch hat bereits in der ersten Lesung mit einem Minderheitsantrag verlangt, dass Artikel 55a gestrichen wird. Dieser Artikel, dessen müssen wir uns bewusst sein, ist noch auf drei Jahre begrenzt. Bei der ersten Lesung wurde der Minderheitsantrag Zäch mit 129 zu 11 Stimmen abgelehnt.
Artikel 55a wurde, wie dies Herr Ruey gesagt hat, nicht primär für die Inländer eingeführt, sondern im Hinblick auf die Personenfreizügigkeit. Wir haben noch nicht genügend Erfahrungen bei den Kantonen in der Umsetzung, wie es sich auswirkt. Vor allem aber ist es problematisch, diesen Gesetzesartikel jetzt aufzuheben, weil die auf dieser Gesetzesgrundlage abgestützte Verordnung bis 2005 gilt. Wir können heute nicht durch Streichen des Artikels die gesetzliche Grundlage für die Verordnung aufheben.
Wir ersuchen Sie deshalb um Ablehnung des Minderheitsantrages Zäch, wie dies die Kommissionsmehrheit beantragt hat. Dies im Wissen darum, dass es sich in Artikel 55a nicht um eine zukunftsträchtige Lösung handelt, sondern sie muss mit der Umsetzung des KVG und der Inkraftsetzung durch die Vertragsfreiheit abgelöst werden.

**Präsident** (Binder Max, erster Vizepräsident): Ich bin der Meinung, dass zu diesem Artikel Herr Bundespräsident Cou-

chepin Stellung nehmen muss, und beantrage Ihnen deshalb, hier die Sitzung zu unterbrechen.

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

*Schluss der Sitzung um 12.50 Uhr*
*La séance est levée à 12 h 50*

## Dreizehnte Sitzung – Treizième séance

**Mittwoch, 18. Juni 2003**
**Mercredi, 18 juin 2003**

*15.00 h*

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

*Art. 55a*

**Le président** (Christen Yves, président): Nous poursuivons nos travaux. M. le président de la Confédération doit savoir que nous sommes des stakhanovistes et que nous avons débattu pendant quelques instants en son absence. Cela s'est très bien passé.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Monsieur le Président, j'espère que vous ne tirerez pas une relation de cause à effet selon laquelle ça se passe bien quand le président de la Confédération n'est pas là! Par ailleurs, je vous signale que le stakhanovisme était une grande farce et que la réalité était totalement différente de ce qui était officiellement annoncé. Et de surcroît, ça a mal fini. Alors, soyez prudent avec le stakhanovisme!
A l'article 55a, nous vous invitons à suivre la majorité de la commission et à rejeter la proposition de la minorité. La révision en cours, si vous l'acceptez, n'entrera pas en vigueur avant le 1er janvier 2005. Or, la mesure qu'est la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ne doit prendre fin que six mois plus tard. La possibilité d'une limitation temporaire de l'admission des fournisseurs de prestations a été voulue par le Parlement dans le cadre de la première révision partielle de la LAMal. Elle a été concrétisée dans l'ordonnance du Conseil fédéral du 3 juillet 2002. Elle a été acceptée sous réserve d'un certain nombre de critiques de la part des médecins, notamment des jeunes médecins.
L'alinéa 8 des dispositions transitoires (ch. II) selon le Conseil des Etats prescrit que le Conseil fédéral fixe la date pour laquelle les cantons doivent déterminer le nombre nécessaire de fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire. Jusqu'à la date fixée par le Conseil fédéral, selon le Conseil des Etats, les chiffres relatifs à la couverture en soins fixés sur la base de l'article 55a dans l'annexe de l'ordonnance du Conseil fédéral s'appliquent et sont considérés comme norme minimum au sens de l'article 35 alinéa 1quater.
L'article 55a doit donc être maintenu, surtout parce qu'il constitue la base légale de l'ordonnance du Conseil fédéral du 3 juillet 2002. C'est ce que veut la majorité de la commission.
La proposition de la minorité de la commission supprimerait la base légale et, par voie de conséquence, risquerait d'entraîner toute une série d'effets que l'on ne voudrait pas aujourd'hui. Ce ne serait pas dramatique, mais ça risquerait quand même d'être embêtant à cause des délais différents qui courent.
En votant la proposition de la majorité de la commission, vous donnez une certaine sécurité à la décision du Conseil fédéral de juillet 2002.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 30 Stimmen
Dagegen .... 47 Stimmen

**Art. 56 Abs. 6**
*Antrag der Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*
(Guisan, Fattebert, Fischer, Meyer Thérèse, Zäch)
Streichen

**Art. 56 al. 6**
*Proposition de la majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*
(Guisan, Fattebert, Fischer, Meyer Thérèse, Zäch)
Biffer

**Guisan** Yves (R, VD): Avec cette proposition de minorité, je n'ai pas l'intention de remettre en cause le fond de cet alinéa 6. Toutefois, cette loi ne doit pas non plus prendre la tournure d'une véritable croisade antimédecins en introduisant des détails de procédure et de contrôle multiples et répétés dans plusieurs articles et, en l'occurrence, dépassés par les événements. Avec le TarMed, la mise en place de la facturation électronique, des «trust centers», et par conséquent des logiciels développés en collaboration entre fournisseurs de prestations et payeurs, cet alinéa met en place un escadron de cavalerie pour combattre des chars. Il est d'autant plus superflu que ces dispositions figurent déjà à l'article 59 avec une rédaction infiniment plus adaptée puisqu'elle traite en termes généraux de l'économicité du traitement et de la qualité des modalités contractuelles convenues avec les assurances. Cette formulation plus large permet donc de prendre en considération les différentes modalités de rétribution – facturation à l'acte selon le TarMed, forfait par pathologie, capitation ou autres –, ainsi que les modalités de prise en charge par le biais de la qualité. Cela permet de mettre un terme à des pratiques dilatoires dans le but de prolonger sans justification l'incapacité de travail, par exemple.
Une fois encore, il ne s'agit pas de remettre en question la lutte contre les abus, mais il n'est pas nécessaire non plus de multiplier les articles à ce sujet.

Dans ce contexte, l'article 56 alinéa 6 est manifestement superflu, c'est la raison pour laquelle, au nom de la minorité, je vous prie de le biffer, tout simplement.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich mache Ihnen beliebt, hier der Mehrheit zu folgen.
Im Gegensatz zur Aussage meines Vorredners, dass diese Bestimmung nichts Zusätzliches bringe, muss man kurz auf seine Vorgeschichte eingehen und die beiden neuen, zusätzlichen Instrumente erwähnen, die hier Niederschlag finden. Sie erinnern sich an die Vorgeschichte: Wir hatten hier einen sehr scharfen zusätzlichen Artikel drin, der etwa die Prozentsätze des Übermarchens von Leistungen beinhaltete. Wir haben uns in der ersten Debatte gegen diese starre Formulierung gewehrt.
Es findet sich hier jetzt eine Formulierung, die diesen Anliegen Rechnung trägt. Sie hat zwei zusätzliche Ziele, zu den vorherigen Artikeln, in Bezug auf unwirtschaftliche Leistungen:
Erstens wird in dieser Bestimmung eine Beweislastumkehr vorgenommen. Es ist nun nicht mehr so, wie es bis heute in vielen Verfahren war – was immer wieder zu Schwierigkeiten führte –, nämlich dass die Versicherer nachweisen müssen, dass ein Leistungserbringer seine Leistungen, seine Mehrfachleistungen, nicht aufgrund der Zusammensetzung des Patientenkollektivs erklären kann. Hier findet eine Umkehr der Beweislast statt. Der Leistungserbringer muss nachweisen, dass sein besonderes Kollektiv – weil es älter, weil es kränker usw. ist, weil es bestimmte Fälle beinhaltet – sein anderes Leistungsspektrum begründet.
Zweitens muss das Leistungsspektrum jenes vergleichbarer Leistungserbringer, wie es heisst, «in erheblichem Masse» überschreiten. Es wird hier also nicht mehr einfach eine starre Limite festgelegt. Zudem wird den Kassen dann nachher die Möglichkeit gegeben, bei solchen Leistungsüberhöhungen – die nicht erklärt werden können durch das bestimmte Patientenkollektiv, das ein Leistungserbringer hat – eine entsprechende Tarifart zur Anwendung zu bringen. Das erlaubt es den Versicherern, ohne grössere Prozesse z. B. Massnahmen zu treffen, die hier auf einen vernünftigen Umgang mit Leistungen hinwirken.
Wir sind also klar der Meinung, dass die Mehrheit diese zwei zusätzlichen Komponenten mit hineinbringt – Umkehr der Beweislast und Möglichkeit der Anwendung verschiedener Tarifarten. Damit würde das Instrumentarium in Artikel 56 komplettiert.
Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

**Widrig** Hans Werner (C, SG): Die CVP hat sich immer mehrheitlich für die Öffnung, für die Vertragsfreiheit, ausgesprochen, wie es die Mehrheit bei diesem Artikel fordert. Ich erinnere an unsere Vernehmlassung. Ich erinnere an unsere Vorstösse am Beispiel des Antrages unseres Kollegen Raggenbass bei der KVG-Revision.
Herr Gutzwiller hat die Vorgeschichte dieses Artikels erwähnt. Die erste Formulierung stammte von Marc Suter – eine gute Formulierung, die in die richtige Richtung ging. Ich bitte diejenigen, die zugestimmt haben, dies jetzt auch zu tun. Nur die 10 Prozent waren etwas starr. Der Ständerat hat nun eine griffige Fassung beschlossen. Sie ist sicher wirksamer als die heutige Regelung, weshalb die klare Mehrheit der Kommission Artikel 56 Absatz 6 zustimmte.
Ich bitte Sie, der Mehrheit und dem Ständerat zu folgen, aus drei Gründen:
1. Es wird hier von «in erheblichem Masse» gesprochen, nicht mehr von 10 Prozent.
2. Es liegt – anders als heute – am Leistungserbringer, nachzuweisen, dass seine Abrechnung gerechtfertigt ist.
3. Die Formulierung enthält am Schluss ein neues, innovatives Element, das dem Versicherer erlaubt, dort, wo übermarcht wird, andere Tarife, Tarifarten, anzusetzen. Das ist doch eine pragmatische Lösung: Wenn aufgrund der Statistik nachgewiesen ist, dass ein Arzt bei Untersuchungen die Durchschnittswerte vergleichbarer Leistungserbringer in erheblichem Masse überschreitet, besteht hier eine Interventionsmöglichkeit, noch bevor es gerichtlich bis ins Detail geklärt ist und das schwarze Schaf bezeichnet ist.
Wo liegt denn heute das Problem? Es liegt doch bei der Verfahrensdauer. Es geht drei oder vier Jahre, bis der Versicherer Recht bekommt, und wenn Sie dann Rückforderungen stellen, wird das natürlich schwierig und aufwendig. Mit der ständerätlichen Version kann man Missständen durch Tarifanreize und auch gewisse Staffelungen entgegenwirken.
Noch ein Einwand gegen die Begründung der Minderheit: Ich habe Kollege Guisan so verstanden, dass die Artikel 42b und 59 diesen Absatz 6 überflüssig machten. Das ist sicher nicht so, denn erstens geht es bei Artikel 42b nur generell darum, Voraussetzungen für Wirtschaftlichkeit zu schaffen. Angesprochen sind die Leistungserbringer und nicht die Versicherer. Zweitens geht es in Artikel 59 Absatz 3 um Sanktionen bei wirtschaftlichen Verstössen gegen Qualitätsanforderungen; sie gehen von der Verwarnung bis zum Ausschluss. In Artikel 56 Absatz 6 stehen nicht Sanktionen im Vordergrund, sondern ganz konkrete Massnahmen, die eine wirtschaftliche Behandlungsweise zum Ziel haben.
Bitte, bleiben Sie doch auf dem eingeschlagenen Kurs in Richtung Vertragsfreiheit, denn die Fassung der Mehrheit ist für die Leistungserbringer, für die Ärzte, durchaus zumutbar. Wer sich korrekt verhält, müsste über diesen griffigen Artikel eigentlich froh sein. Die präventive Wirkung des Artikels allein wird sich schon positiv auf die Kosten auswirken.
Eine Mehrheit der CVP-Fraktion wird deshalb die Minderheit Guisan ablehnen und dem Beschluss des Ständerates und dem Antrag der Kommissionsmehrheit zustimmen.

**Baumann** Stephanie (S, BE): Eigentlich hat man ja von allen Seiten verlangt, dass wir im Rahmen dieser Revision auch einige Kosten dämpfende Massnahmen einführen wollen. Wir haben jetzt ein paar Möglichkeiten verpasst, ich denke an die Medikamente und an die medizinischen Grossausrüstungen. Wir haben es dort verpasst, eine wirksame, griffige Kostenbremse einzurichten, welche eben nicht zulasten der Kranken geht, wie das z. B. bei der viel gerühmten Erhöhung der Franchise der Fall sein wird. Ich denke, wir sollten lieber dort ansetzen, wo sich einige Leute auf Kosten der Kranken bereichern wollen. Wir wissen, dass es das gibt! Wir wissen, dass es diese schwarzen Schafe gibt! Deshalb haben wir hier drin letztes Jahr einen sehr strengen Artikel gegen die Überarztung beschlossen. Von den Ärztinnen und Ärzten haben wir dann gehört, dass wir auf dem falschen Weg seien. Der Ständerat hat unseren Artikel gegen diese schwarzen Schafe noch einmal umformuliert. Wenn wir jetzt die Formulierung des Ständerates hier auch noch bachab schicken würden, dann würden wir tatsächlich ein falsches Signal setzen.
Ich bitte Sie deshalb eindringlich, der Mehrheit der Kommission zuzustimmen.

**Polla** Barbara (L, GE): Je m'exprime à titre personnel. M. Guisan a déclaré que cette loi ne devait pas prendre la tournure d'une véritable croisade antimédecins, et je le soutiens tout à fait dans cette appréciation.
Nous avons donc supprimé l'obligation de contracter à l'article 35. Ici, avec cet alinéa 6, nous introduisons un contrôle au bon vouloir de l'assureur, avec des décisions qui sont prises sur des bases économiques et statistiques, en oubliant tout simplement qu'il s'agit quand même fondamentalement d'une relation thérapeutique individuelle.
En attribuant au médecin une position de mouton, d'une couleur particulière bien sûr, mais en le mettant surtout dans une position d'accusé permanent, vous faites en sorte que le médecin passe son temps à fournir des preuves au lieu de soigner, alors que les patients quant à eux sont réduits à une «typologie statistique». Et savez-vous vraiment où, avec ce type d'article, vous menez la médecine? A une fonction, comme une coquille, vidée de son sens, pour les soignants qui avaient pourtant choisi un métier de vocation, et qui sont désormais réduits à l'état de fournisseurs de prestations

économétriquement corrects et statistiquement dans la moyenne. *(L'oratrice montre un graphique)* La réponse est là – j'imagine que malgré la distance vous voyez l'évolution de la situation sur ce graphique: le nombre d'étudiants en médecine est en chute libre; la pénurie de médecins n'est plus une menace, c'est aujourd'hui déjà une réalité.
Contre mon groupe, je vous demanderai donc de suivre la minorité Guisan, ce sera au moins, «moins pire»!

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe libéral, puisqu'il ne s'agissait pas de la prise de position du groupe libéral, suit la majorité.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Ursprünglich hatte die Nationalratskommission hier einen äusserst detaillierten Artikel aufgenommen, der einem Gerichtsurteil entsprach. Der Ständerat hat dann eine verständliche Formulierung gefunden. Im Nationalrat wurde diese Formulierung kurzfristig eingereicht und fand damals zuerst keine Mehrheit.
Wenn wir die Zusammensetzung der Minderheit anschauen, sehen wir, dass es – wie wir auch von Frau Polla gehört haben – vorwiegend Ärzte sind, welche diese zusätzliche Kontrolle der Wirtschaftlichkeit nicht wollen. Vor Wirtschaftlichkeitskontrollen muss man keine Angst haben. Frau Polla, es werden nicht generell einfach Durchschnittskosten angenommen. Es wird eben gerade individuell geprüft. Zwar passiert das zuerst aufgrund der statistischen Unterlagen; dann aber, wie es im Gesetz steht, kann der Nachweis erbracht werden, dass die Zusammensetzung der Patienten und Patientinnen der Grund dafür ist, dass die Kosten höher sind. Dann kommt eine andere Tarifart zur Anwendung. Niemand muss Angst haben, dass damit irgendwo ein Problem entsteht. Denn wenn man die Kosten beispielsweise aufgrund einer Patientenstruktur, die pro Patient höhere Kosten verlangt, nachweisen kann, wird das durchaus akzeptiert.
Ich beantrage Ihnen, der Mehrheit zuzustimmen. Die Kommission hat dies mit 16 zu 6 Stimmen gemacht.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral vous invite à suivre la minorité, mais pas pour les mêmes raisons que Mme Polla et M. Guisan. Mme Polla et M. Guisan soutiennent la proposition de la minorité parce qu'ils veulent éviter que l'on ancre dans la loi un instrument de contrôle lorsqu'il y a soupçon de comportement non économique des médecins. Le Conseil fédéral est d'avis qu'il faut avoir un instrument pour contrôler si des abus sont commis, mais il n'est pas d'accord avec la solution du Conseil des Etats qui consacre une seule méthode de contrôle, soit la méthode statistique.
Il y a théoriquement deux méthodes pour contrôler d'éventuels abus. Il y a la méthode statistique, celle-ci a une faiblesse: il faut qu'il y ait un échantillon comparatif assez grand pour qu'on puisse déduire une norme statistique – ce qui n'est pas toujours le cas – en fonction des circonstances particulières; et puis, il y a la méthode analytique, qui permet l'examen individuel des factures d'un médecin et qui permet de tirer la conclusion: est-ce qu'il y a abus ou non?
A l'article 56, le Conseil des Etats privilégie une méthode. L'alinéa 6 commence par: «Si, en se fondant sur des données statistiques»; or cette méthode, encore une fois, peut être utile. C'est celle qui est généralement appliquée par les tribunaux, mais ce n'est pas la seule méthode. Et si on veut réellement combattre les abus, les tribunaux doivent avoir la liberté d'appliquer aussi une autre méthode qui est la méthode analytique.
Alors, je le redis, nous vous invitons à soutenir la proposition de minorité Guisan, mais nous ne sommes pas d'accord avec son argumentation. Si vous l'adoptez, cela ne veut pas dire qu'on ne pourra pas contrôler les médecins sur une base statistique, cela veut dire qu'on veut avoir plus de liberté pour appliquer la méthode la plus adaptée au cas particulier lorsqu'il y a un soupçon d'abus qui serait soumis à l'autorité.

**Guisan** Yves (R, VD): Monsieur le Président de la Confédération, n'estimez-vous pas, vous ne l'avez pas dit dans votre réponse tout à l'heure, que l'article 59 vous donne précisément toute latitude pour élaborer les mesures auxquelles vous avez fait allusion? C'est la raison pour laquelle, personnellement, j'estimais l'alinéa 6 de l'article 56 superflu, vexatoire même, alors qu'on dispose déjà de toute la base légale nécessaire pour pouvoir prendre les différentes mesures auxquelles vous avez fait allusion.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je tiens à redire que même sans cet alinéa, les tribunaux ont toujours la possibilité d'appliquer la méthode statistique. On peut donc y renoncer. Mais ce n'est pas pour protéger les médecins, c'est pour laisser aux tribunaux plus de liberté dans le choix de la méthode, alors qu'ici, il y a une seule méthode qui est consacrée, la méthode statistique.
Dans votre argumentation, vous avez utilisé des termes comme «alinéa vexatoire» qui semblaient dire que vous vouliez défendre une catégorie de fournisseurs de prestations. Nous ne sommes pas là pour les défendre; nous ne voulons pas non plus les attaquer. Nous sommes pour l'établissement des règles les plus objectives possible.
Je suis d'accord avec votre proposition de minorité de supprimer cet alinéa, mais pas avec le ton et le contenu de votre argumentation.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 84 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 51 Stimmen

**Art. 58 Abs. 1bis**
*Antrag der Minderheit*
(Gross Jost, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Der Bund ist für die Verankerung und Durchsetzung von Qualitätsmodellen im Bereich grundversicherter Leistungen zuständig. Er setzt eine Fachkommission ein, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer, Ärztenetze, Versicherer, Patientenorganisationen und der Wissenschaft zusammensetzt. Die Fachkommission stellt beim Departement Antrag auf Genehmigung solcher Qualitätsmodelle. Diese sind in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Die Zulassung zur Abgeltung grundversicherter Leistungen, auch im Rahmen von Hausarztmodellen (Art. 35 KVG), wird von der Einhaltung solcher Qualitätsmodelle abhängig gemacht.

**Art. 58 al. 1bis**
*Proposition de la minorité*
(Gross Jost, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
La Confédération est responsable de la mise en place et de la mise en oeuvre de modèles de qualité dans le domaine des prestations relevant de l'assurance de base. Elle nomme une commission spécialisée qui se compose de représentants des fournisseurs de prestations, de réseaux de médecins, d'assureurs, d'organisations de patients et du monde scientifique. La commission propose au département l'approbation de ces modèles, qui sont à publier de manière appropriée. L'admission au remboursement de prestations couvertes par l'assurance de base, y compris dans le cadre des modèles relevant des médecins de famille (art. 35 LAMal), dépend du respect de ces modèles.

**Gross** Jost (S, TG): Die Qualitätssicherung ist schon heute eine Bundesaufgabe; ich weise auf Artikel 58 des KVG hin. Hier wird man also nicht sagen können, dass es einer Ritzung oder Verletzung der kantonalen Versorgungskompetenz gleichkomme, wenn wir auf nationaler Ebene etwas machen. Leider ist aber diese Kompetenz nur eine subsidiäre, weil primär die Tarifparteien verpflichtet sind, solche Qualitätssicherungsmodelle zu entwickeln. Wir warten leider seit Jahren auf verbindliche Modelle der Qualitätssicherung.

Wir haben in vielen medizinischen Behandlungsgebieten einen absoluten Wildwuchs von Qualitätssicherungsmodellen mit sehr Kosten treibenden Wirkungen, auch für die einzelnen Leistungserbringer.
Die Minderheit möchte hier einen Wunsch einiger erfolgreicher Ärztenetze aufgreifen, die seit langem die Schaffung einer paritätisch zusammengesetzten Fachkommission fordern, welche den Antrag auf Genehmigung – oder man könnte auch sagen: Zertifizierung – solcher Qualitätssicherungsmodelle stellt.
Ich möchte hier ein Missverständnis ausräumen. Es geht hier nicht darum, eine zusätzliche Bürokratie zu schaffen, in dem Sinne, dass diese Fachkommission selber solche Qualitätssicherungsmodelle entwerfen, entwickeln soll. Wir wollen vielmehr ein Fachgremium, paritätisch zusammengesetzt, das solche Qualitätssicherungsmodelle prüft und ihnen dann die Möglichkeit der Verbindlichkeit und des Zugangs und der Anerkennung im Rahmen der Grundversicherung verschafft.
Man muss sich das ernsthaft überlegen; wir haben ja in diesem Rat im Bereich der integrierten Versorgungsnetze auch eine solche unabhängige Zertifizierungsstelle beschlossen, weil ja die Qualitätssicherung ein zentrales Element dafür bildet, dass solche integrierten Versorgungsnetze auch die Anerkennung, die Zertifizierung, bekommen. Ich denke, man könnte sich hier eine unabhängige Instanz vorstellen, die durchaus beide Aufgaben oder beide Aufgaben in enger Verbindung miteinander löst.
Es geht nicht darum, Zusätzliches zu verlangen, sondern etwas zusammenzuführen, was hier seit langem brachliegt. Viele Leistungserbringer probieren alle möglichen Formen von Qualitätssicherungsmodellen aus, um dann irgendwann zu hören, die seien nicht verbindlich, weil gewissermassen die nationale Zertifizierung und Verbindlichkeit fehlt. Hier kann sehr viel an Kosten gespart werden.
Deshalb bitte ich Sie, der Minderheit zuzustimmen. Es ist mir ehrlich gesagt nicht klar, warum die Kommissionsmehrheit das nicht wollte. Denn grundsätzlich besteht Konsens darüber, dass die Qualität eines der entscheidenden Anforderungsmerkmale für die Anerkennung ist, insbesondere der hier grossmehrheitlich beschlossenen integrierten Versorgungsmodelle als zentrales Element der Mengen- und Kostensteuerung.

**Guisan** Yves (R, VD): La proposition de minorité Gross Jost à l'article 58 alinéa 1bis témoigne de l'esprit de réglementation bureaucratique de ses auteurs. A quelques nuances près, tous ces éléments figurent déjà à l'article 58 actuel, que ce soit à l'alinéa 1er, où le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles systématiques de qualité après avoir consulté les organisations intéressées; à l'alinéa 2, où il peut en déléguer l'exécution aux associations professionnelles; ou à l'alinéa 3, où il détermine les mesures servant à garantir la qualité et l'adéquation du traitement.
La logique prioritaire de négociation partenariale est donc largement respectée. Le Conseil fédéral dispose déjà d'une base légale suffisante pour exiger la mise sur pied de différents modèles, sans passer par la création d'une commission dont il devra assumer la responsabilité administrative et financière.
La mise sur pied de modèles de qualité en médecine est d'une grande complexité. Il ne s'agit pas simplement d'une certification ISO comme dans la production industrielle. Il appartient au gouvernement de donner des impulsions et aux acteurs de trouver les solutions correspondantes dans le cadre d'une relation d'échanges dynamique. Avec la création d'une telle commission, avec l'esprit pointilleux et procédurier dont elle doit s'inspirer, l'enlisement est quasiment garanti.
Au nom du groupe radical-démocratique, je vous prie de rejeter la proposition de minorité Gross Jost.

**Goll** Christine (S, ZH): Sie haben heute die Lockerung des Kontrahierungszwanges beschlossen. Wir verstehen unseren Minderheitsantrag als flankierende Massnahme zu dieser beschlossenen Lockerung des Vertragszwanges.
In Artikel 58 des geltenden KVG geht es um die Qualitätssicherung. Der Titel von Artikel 58 lautet auch «Qualitätssicherung». Mit diesem neuen Absatz 1bis möchten wir eine Präzisierung vornehmen und auch sagen, was Qualitätssicherung konkret bedeutet. Wir möchten, dass der Bund für die Verankerung und vor allem für die Durchsetzung von Qualitätsmodellen zuständig ist. Er soll dazu eine Fachkommission einsetzen, die sich aus verschiedenen Vertretern und Vertreterinnen zusammensetzt. Wir möchten, dass nicht nur Leistungserbringer und Versicherer in einer solchen Fachkommission vertreten sind. Wir möchten auch nicht, dass die Leistungserbringer individuell in einer solchen Fachkommission Einsitz haben, sondern wir möchten, dass auch Ärztenetze darin vertreten sind. Wir möchten zudem, dass auch Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft vertreten sind, und zwar deshalb, weil es gerade bei der Frage der Qualitätssicherung und der Durchsetzung von Qualitätsmodellen sehr oft auch um ethische Fragen geht. Was uns besonders am Herzen liegt: Wir möchten, dass vor allem die Interessen der Patientenorganisationen endlich ernst genommen werden und dass in einer solchen Fachkommission auch Vertreter und Vertreterinnen von Patientenorganisationen Einsitz haben.
Damit ist gewährleistet, dass es auch einen hohen Vernetzungsgrad zwischen den beteiligten Akteuren und Akteurinnen im Gesundheitswesen geben kann. Qualität muss als ein dynamischer Prozess verstanden werden, und das heisst auch: Daraus können sich Qualitätsmodelle entwickeln. Wir brauchen diese notwendige flankierende Massnahme als Ergänzung zur Lockerung des Vertragszwanges, und ich möchte auch darauf hinweisen, dass heute vor allem zum Begriff Wirtschaftlichkeit, der im KVG ja eine zentrale Rolle spielt, weitgehend Daten fehlen.
Ich möchte Sie also bitten, als flankierende Massnahme und Ergänzung zur Lockerung des Kontrahierungszwanges diesem neuen Absatz 1bis in Artikel 58 zuzustimmen.

**Le président** (Christen Yves, président): Die liberale Fraktion schliesst sich der Mehrheit an.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: A l'article 58 alinéa 1bis, l'objet du litige porte à nouveau sur le fait que la minorité de la commission veut donner à la Confédération plus de pouvoir, en particulier en matière de contrôle de qualité.
La majorité de la commission estime que la minorité va trop loin dans cette loi et que ce nouvel alinéa va alourdir inutilement le système. Quand on ne sait pas que faire, on nomme une commission! On a là un côté paternaliste, étatiste qui risque d'étouffer les initiatives venues des uns et des autres. La majorité attend de la concurrence réelle qu'elle stimule la créativité des assureurs. La concurrence ne joue pas seulement sur les primes et leur montant, mais également sur la qualité. Cela, ce sont les exigences des assurés qui doivent l'imposer.
C'est ainsi que, par 15 voix contre 8, la commission vous propose de la suivre sur ce point-là.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous nous rallions à la proposition de la majorité à l'article 58 alinéa 1bis. Il faut rappeler qu'une proposition identique à celle que vous discutez maintenant avait déjà été rejetée en première lecture. La proposition de minorité Gross Jost vise à obliger le Conseil fédéral à assumer pratiquement seul la responsabilité de la mise en oeuvre d'un modèle de qualité pour les prestations LAMal. Or le système confère actuellement aux fournisseurs de prestations ou à leurs organisations le soin d'élaborer des conceptions et des programmes en matière d'exigences relatives à la qualité des prestations et à la promotion de la qualité. Il ne paraît pas approprié de conférer au Conseil fédéral un rôle plus important que celui qu'il assume déjà en matière de garantie de qualité. L'inter-

vention du Conseil fédéral ne doit être que subsidiaire: lorsque aucune convention n'a pu être conclue ou lorsque la convention n'est pas conforme aux exigences fixées. Il paraît à cet égard superflu de créer une nouvelle commission pour intervenir en la matière.
Nous vous prions de confirmer votre vote du premier débat et de rejeter la proposition de minorité.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 46 Stimmen
Dagegen .... 75 Stimmen

**Art. 61b**
*Antrag der Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier)
*Abs. 2*
Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge:
a. ist der Versicherer verpflichtet, umgehend eine Betreibung einzuleiten und durchzuführen;
b. sind die Kantone verpflichtet, bei Vorliegen eines Verlustscheins dem Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen zu vergüten. Die entsprechenden Beiträge können dem Prämienverbilligungsbudget entnommen werden.
c. Jegliche Einstellung der obligatorischen Sozialversicherungsdeckung ist verboten.
d. Es ist nicht zulässig, fällige und ausstehende Leistungen miteinander zu verrechnen.

**Art. 61b**
*Proposition de la majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier)
*Al. 2*
Si, malgré rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement:
a. l'assureur a l'obligation d'ouvrir une procédure de poursuite et de la mener à terme avec diligence;
b. les cantons, sur présentation d'un acte de défaut de biens, ont l'obligation de rembourser à l'assureur les primes et participations aux coûts impayées. Un prélèvement sur le budget consacré à la réduction des primes est possible.
c. Toute suspension de la couverture d'assurance sociale obligatoire est interdite.
d. Il n'est pas admis de pratiquer la compensation entre prestations dues et prestations échues.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Pour une fois, je développe une proposition de minorité qui est un petit peu moins politique, mais qui pose des problèmes du point de vue de son contenu. En effet, sous des allures de simplification administrative, cet article modifié par le Conseil des Etats et qu'avait déjà introduit le Conseil fédéral, article relatif aux assurés qui n'ont pas effectué le paiement de leurs primes et au traitement que l'on fait de leur situation, pose certains problèmes. La solution du Conseil des Etats exige que l'assureur ait déjà déposé une réquisition en continuation de la poursuite avant de suspendre la prise en charge. Par rapport à cela, vu aussi l'ensemble du discours que l'on a tenu dans ce Parlement sur le rôle des assureurs, la question qui a été posée par beaucoup d'intervenants concernant le rôle dans la gestion, par rapport au problème de la liberté et au fait d'assumer un certain nombre de compétences économiques, on est confronté à une inégalité de traitement avec ces traitements différenciés des assureurs par rapport aux autres agents économiques.
Dans ma proposition, je reprends tout simplement la teneur de l'article 90 alinéa 3 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie. Donc, il n'y a rien de nouveau dans ma proposition de minorité. C'est tout simplement ce qui existe aujourd'hui dans l'ordonnance d'application de la LAMal: les assureurs ont l'obligation d'ouvrir une procédure de poursuite et de la mener à terme.
Il n'y a pas de raison que les assureurs soient traités d'une manière différenciée, d'autant plus que, si la solution du Conseil des Etats devait être appliquée, toute une série de problèmes se poseraient, notamment aux cantons puisque, la procédure n'étant pas menée à terme, elle devrait l'être par eux. Cela va, d'une part, engendrer des délais beaucoup plus longs et des conséquences financières, une fois de plus, pour les cantons. Donc, les cantons vont se retrouver à devoir gérer du point de vue administratif plusieurs milliers de dossiers, ce qui n'est pas leur mission actuellement; le volet financier doit être assumé par les caisses-maladie jusqu'au bout. D'autre part, les conséquences financières seront assumées elles aussi par les cantons. Certains d'entre eux ont tenté quelques chiffrages de cette situation et cela représente tout de suite plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines de millions de francs.
D'autres problèmes se posent. D'abord celui de la suspension de la couverture d'assurance: finalement, qui va prendre en charge les personnes? quelle assurance, quelle caisse va-t-elle assurer la couverture d'assurance sociale qui est obligatoire? Ce problème nous paraît relativement important aussi du point de vue des principes qui sous-tendent la LAMal, à savoir l'obligation d'être assuré.
Par conséquent, cette proposition de minorité, sous des allures de simplification administrative, comporte des objectifs et des contenus fondamentaux qui méritent de ne pas être changés. C'est la raison pour laquelle cette proposition reprend tout simplement, comme je l'ai dit tout à l'heure, la teneur de l'ordonnance actuelle qui donne satisfaction sur ce point et qui devrait continuer d'être appliquée.
Je vous remercie de soutenir ma proposition de minorité.

**Goll** Christine (S, ZH): Ich möchte Sie bitten, den Minderheitsantrag zu unterstützen, und ich möchte darauf aufmerksam machen, dass diese neue Gesetzesbestimmung auf Druck der Versicherer in dieses Gesetz aufgenommen wurde. Ich möchte auch aus dem Amtlichen Bulletin der Wintersession 2002 zitieren, was die Kommissionssprecherin als Erklärung, als Begründung für diese neue Gesetzesbestimmung abgegeben hat. Frau Heberlein hat gesagt: «Nach Aussage der Krankenkassen sind es in keiner Art und Weise die Personen in finanziell prekären Verhältnissen, welche die Prämien nicht bezahlen. Ursachen dieser Verzögerungen sind weitgehend Nachlässigkeit und allenfalls vorübergehende finanzielle Schwierigkeiten.» (AB 2002 N 2127)
Ich muss zurückfragen: Woher wollen das die Krankenkassen wissen? Woher wollen sie wissen, dass es nicht tatsächlich Menschen in schwierigen finanziellen Verhältnissen sind? Woher wollen sie wissen, ob diese finanziellen Schwierigkeiten nur vorübergehender Natur sind? Was hier stattfindet, ist eine vermeintliche Disziplinierung.
Abgesehen davon, dass Disziplinierungsmassnahmen nicht in ein Gesetz gehören, hat diese neue Gesetzesbestimmung auch eine äusserst gefährliche Dimension. Die Praxis zeigt nämlich – da können Sie in Ihren Kantonen und Gemeinden auch nachfragen –, dass vor allem Einkommensschwache und vor allem Menschen in Überschuldungssituationen nicht mehr in der Lage sind, ihre Krankenkassenprämien zu bezahlen. Ein Stellenverlust oder eine Lohnreduktion kann auch dazu führen, dass sie zwar die Arztrechnung der Krankenkasse einschicken, die Rückerstattung erhalten, dann aber die Rechnung nicht bezahlen können, weil sie dieses Geld der Rückerstattung für ihren Lebensunterhalt brauchen müssen.
Diese von den Krankenkassen erwünschte Disziplinierung auf Gesetzesstufe kollidiert erstens mit unserem Verfassungsrecht, nämlich mit dem Grundrecht auf eine medizinische Versorgung, und zweitens kollidiert diese Disziplinierungsmassnahme im Gesetz mit dem KVG-Obligatorium,

das allen Versicherten, allen in der Schweiz wohnhaften Personen, einen Zugang zur Grundversicherung der Krankenversicherung gewährleistet. Diese Bestimmung ist ein Angriff auf die sozialen Grundrechte.
Wenn Sie den Artikel genau lesen, dann sehen Sie auch, dass neu ein Leistungsaufschub möglich ist. Was bedeutet das konkret, wenn Leistungen aufgeschoben werden können? Das heisst konkret, dass medizinische Behandlungen abgebrochen werden. Das heisst konkret: Gerade Personen, die in finanziellen Schwierigkeiten stecken, haben oft auch eine sozial schwierige Lebenssituation, die sehr oft mit gesundheitlichen Problemen gekoppelt ist.
Ich möchte Sie also hier bitten, der Formulierung der Minderheit zuzustimmen, und zwar deshalb, weil wir nicht in Kauf nehmen können, dass sich allenfalls der Gesundheitszustand dieser Personen verschlimmert, wenn die medizinische Behandlung einfach abgebrochen wird, und weil wir auch nicht lebensbedrohliche Situationen für Versicherte in Kauf nehmen können.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Im Gegensatz zu dem, was jetzt Frau Goll vorgetragen hat, hat die Kommission mit 14 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung diesen Antrag abgelehnt. Warum? Nicht, weil wir medizinische Leistungen vorenthalten wollen, sondern weil eben gerade das Gegenteil der Fall ist: Es profitieren die Falschen von dieser Bestimmung, denn es sind in der Regel nicht die Versicherten mit tiefen Einkommen – dies ergibt sich auch aus den Erfahrungen der Sozialbehörden –, die die Prämien nicht zahlen. Bei all denjenigen, welche Sozialleistungen erhalten, wird von der Sozialbehörde automatisch zuerst einmal die Krankenkassenprämie bezahlt, und erst nachher wird dann entsprechend die Fürsorgeleistung noch dazu berechnet. Es sind also diejenigen, welche gegen die Krankenkassenprämie protestieren wollen oder die das Geld anders verwendet haben. Wenn der Versicherer Geld eintreiben will, so muss er dies weiterhin beim Versicherten machen und kann nicht bei der öffentlichen Hand «anklopfen». Da haben wir ja von den Gemeinden und den zuständigen Behörden ganz klar auch den Hinweis erhalten, dass sie das nicht wollen und nicht können.
Ich beantrage Ihnen also, hier der Mehrheit zuzustimmen. Wie gesagt, die Kommission hat mit 14 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung so entschieden.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral vous invite à rejeter la proposition de la minorité pour les raisons suivantes.
Contrairement à ce qu'a dit Mme Goll, ce ne sont pas toujours les gens les plus faibles financièrement qui ne paient pas, et cela pour une raison très simple, c'est que les gens les plus faibles financièrement bénéficient de subventions et paient leurs primes en général par ce biais-là. L'expérience montre que si beaucoup de gens, pas tous – il y a certainement des cas, vous avez raison, où des gens ne les paient pas parce qu'ils sont provisoirement en difficulté financière –, ne paient pas ou mal leurs primes d'assurance, c'est simplement parce qu'ils ont d'autres priorités dans leurs dépenses, et des priorités qui ne sont pas toujours les plus raisonnables. Encore une fois, avec notre système de subventionnement, les plus faibles ne paient pas de primes ou presque rien. Dès lors, il est faux de dire que ce problème est d'abord social. C'est peut-être un problème social au sens large du terme, en ce sens qu'il y a des gens qui négligent de payer leurs primes, alors qu'ils devraient ou pourraient le faire.
Comment faut-il agir pour que ce comportement ne soit pas favorisé et qu'il soit au contraire pénalisé? Les cantons ont attiré notre attention sur ce point – récemment, j'ai eu la visite d'un représentant des cantons romands – et ils nous ont prié d'examiner à nouveau ce problème. Notre conclusion, c'est encore et toujours que la majorité propose une solution plus efficace. Si la proposition de la minorité était adoptée, les assureurs devraient mener une très longue procédure, avant de pouvoir suspendre la couverture d'assurance, à l'encontre de leur assuré défaillant. La procédure devrait aller jusqu'à l'acte de défaut de biens. On n'aurait pas la possibilité, en outre, de procéder à des compensations entre les prestations dues et les prestations échues. Avec la proposition de la majorité, les assureurs peuvent procéder à une compensation entre les prestations dues et les cotisations échues. C'est justifié lorsque le débiteur est ce qu'on appelle un mauvais payeur, ou plus simplement un mauvais coucheur.
Si la solution de la minorité était adoptée, les cantons devraient assumer des charges qui ne leur incombent pas. De plus, on n'aurait pas cette sanction, ce moyen de pression qu'est la possibilité de prononcer la suspension de la couverture d'assurance obligatoire. Tout bien considéré, c'est une mesure qui est coercitive mais nécessaire si l'on veut éviter l'accroissement des postes de pertes sur débiteurs, qui commencent à grever de plus en plus les comptes des assureurs-maladie.
En adoptant la proposition de la minorité, on se donne bonne conscience parce qu'on a l'impression de faire du social. En réalité, on ne fait pas du social; on avantage ceux qui profitent de la situation et qui ne paient pas leurs primes alors qu'ils devraient le faire, et ainsi on désavantage l'ensemble des assurés. On ne favorise pas ceux qui en ont réellement besoin.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 76 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 55 Stimmen

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

03.9004

## Ordnungsantrag
## Motion d'ordre

*Ordnungsantrag der sozialdemokratischen Fraktion*
Das Büro gibt der KVF-NR den Auftrag, das Dossier Luftverkehrsabkommen Schweiz/Deutschland erneut zu beraten und dem Plenum auf die Herbstsession 2003 Antrag zu stellen.

*Motion d'ordre du groupe socialiste*
Le Bureau charge la CTT-CN de réexaminer le dossier de l'Accord aérien Suisse/Allemagne et de faire une proposition au plénum pour la session d'automne 2003.

**Hämmerle** Andrea (S, GR): Wir möchten jetzt nicht einen Rückblick halten auf die lange und unglückliche Geschichte dieses Luftverkehrsabkommens. Es ist nicht wichtig, wer wann was warum falsch gemacht oder gesagt hat. Aber es geht darum, jetzt vielleicht doch noch einmal zu versuchen, die Zukunft zu gestalten. Mit diesem Ordnungsantrag bieten wir diese Möglichkeit. Gestatten Sie mir eine einzige Feststellung: Wir haben heute in diesem Bereich zwischen Deutschland und der Schweiz einen vertragslosen Zustand. Wir haben eine einseitige Verfügung Deutschlands, die am 10. Juli massiv verschärft wird. Dies hat schwerwiegende Nachteile für die Swiss, unsere Fluggesellschaft, für Unique, den Flughafen Zürich, für die schweizerische Volkswirtschaft zur Folge. Wir können und dürfen diesen Entwicklungen nicht tatenlos zusehen. Es bieten sich real gesehen vier Möglichkeiten:
1. Wir können auf stur stellen; wir können den starken Mann spielen; wir können Retorsionsmassnahmen androhen; wir können die Kriegsrhetorik bemühen – das alles ist eher kon-

stelle fest: Die freisinnig-demokratische Fraktion präsentiert keine Alternative, was denn stattdessen, statt des Zurückkommens auf den Staatsvertrag, gemacht werden soll.
Wenn Sie grössten Schaden von unserer schweizerischen Volkswirtschaft abwenden wollen, müssen Sie hier und heute auf den grünen Knopf drücken; die Verantwortung liegt ein zweites Mal in diesem Rat, bei Ihnen.

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 03.9004/4120)
Für den Ordnungsantrag der SP-Fraktion .... 67 Stimmen
Dagegen .... 85 Stimmen

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)

---

### 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

**Art. 64**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 2, 3, 9*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 5*
Aufheben

*Antrag der Minderheit*
(Gross Jost, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 2*
Unverändert
*Abs. 3*
Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Sie wird in ihrer Höhe einkommensabhängig ausgestaltet, und zwar in einer Bandbreite von null bis maximal 4000 Franken bei hohen Einkommen. Die Einkommensabstufung gilt auch als Basis für die wählbare Franchise im Rahmen besonderer Versicherungsformen (Art. 62 Abs. 2 Bst. a).
*Abs. 3bis*
Der Bundesrat setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

*Eventualantrag der Minderheit*
(Gross Jost, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 3*
Die Bundesversammlung bestimmt auf Antrag des Bundesrates jährlich die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

*Antrag der Minderheit*
(Gutzwiller, Antille, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Fischer, Hassler, Heberlein, Widrig)
*Abs. 5*
Unverändert

*Antrag Robbiani*
*Abs. 2*
Diese Kostenbeteiligung besteht aus:
....
b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Die Versicherer können diesen Satz bei Versicherten, die einer besonderen Versicherungsform im Sinne von Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f unterstehen, bis auf die Hälfte kürzen.
*Abs. 3*
Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Für im Rahmen einer besonderen Versicherungsform erbrachte Leistungen bestimmt er einen niedrigeren Betrag (jährlichen Höchstbetrag für den Selbstbehalt).

*Antrag Antille*
*Abs. 2, 3*
Unverändert

*Antrag Freund*
*Abs. 2 Bst. b, 3*
Unverändert

**Art. 64**
*Proposition de la majorité*
*Al. 2, 3, 9*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 5*
Abroger

*Proposition de la minorité*
(Gross Jost, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 2*
Inchangé
*Al. 3*
Le Conseil fédéral fixe la franchise. Son montant est fixé en fonction des revenus et est compris dans une fourchette allant de zéro à 4000 francs pour les hauts revenus. Le montant des revenus sert également de base pour la franchise à option dans le cadre des formes particulières d'assurance (art. 62 al. 2 let. a).
*Al. 3bis*
Le Conseil fédéral fixe le montant annuel maximal de la quote-part.

*Proposition subsidiaire de la minorité*
(Gross Jost, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 3*
Sur proposition du Conseil fédéral, l'Assemblée fédérale fixe annuellement le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part.

*Proposition de la minorité*
(Gutzwiller, Antille, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Fischer, Hassler, Heberlein, Widrig)
*Al. 5*
Inchangé

*Proposition Robbiani*
*Al. 2*
Leur participation comprend:
....
b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Les assureurs ont la faculté de réduire jusqu'à la moitié ce taux pour les assurés soumis à une forme particulière d'assurance au sens de l'article 13 alinéa 2 lettre f.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part. Pour les prestations fournies dans le cadre d'une forme d'assurance particulière, il fixe un montant (montant maximal annuel de la quote-part) inférieur.

*Proposition Antille*
*Al. 2, 3*
Inchangé

*Proposition Freund*
*Al. 2 let. b, 3*
Inchangé

**Gross** Jost (S, TG): Wir sind jetzt bei einem zentralen Punkt der KVG-Revision angelangt, bei der Kostenbeteiligung der Versicherten, bei der Kostenbeteiligung der Patienten. Herr Bundespräsident Couchepin hat auf dem Verordnungsweg, mit einer entsprechenden Verordnungsänderung von Artikel 103 KVV, trotz schwerster Bedenken im Vernehmlassungsverfahren die Franchise von 230 Franken auf 300 Franken erhöht und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes von heute 600 Franken auf 700 Franken erhöht. Diese Umverteilung zulasten der Kranken hat in diesem Land grosse Empörung ausgelöst. Diese bedauernswerten Menschen – überwiegend Chronischkranke, Multimorbide, Betagte – zahlen pro Jahr zusätzlich rund 300 Millionen Franken in die Kassen der Grundversicherung, obwohl schon heute die Kostenbeteiligung der Versicherten eine der härtesten in Europa überhaupt ist: Zusammen machen Prämien und Kostenbeteiligung rund zwei Drittel der effektiv anfallenden Gesundheitskosten aus.
Richtig wäre deshalb nun der Systemwechsel zur einkommensabhängigen Franchise. Sie haben einem entsprechenden Vorstoss Cavalli hier mehrheitlich einmal Folge gegeben; er ist dann leider im Ständerat gescheitert. Wir schlagen hier mit der Minderheit ein sehr massvolles Konzept vor, nämlich Einkommensabhängigkeit in einer Bandbreite von null bis 4000 Franken.
Man kann hier mit Sicherheit nicht in Anlehnung an die Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 sagen, hier werde Einkommen übermässig, unverhältnismässig belastet. Die einkommensabhängige Franchise wurde damals noch von Bundesrätin Dreifuss sehr eingehend geprüft. Mehrere Berichte haben sich damit befasst. Ich erinnere auch die FDP-Fraktion und die CVP-Fraktion daran, dass die einkommensabhängige Franchise auch in ihren gesundheitspolitischen Programmen zu finden war. Es ist also meines Erachtens auch eine Frage der politischen Glaubwürdigkeit, auch nach dem 18. Mai, ob Sie sich dieser Frage annehmen wollen. Wenn das nicht möglich sein sollte, dann bin ich der Auffassung – sind wir der Auffassung –, dass Sie in zweiter Priorität meinem Streichungsantrag zustimmen sollten. Ich habe gesehen, dass auch Herr Antille in einem entsprechenden Einzelantrag beim bestehenden Recht bleiben will, diese unverhältnismässige Erhöhung des Selbstbehaltes in Verbindung mit den integrierten Versorgungsnetzen also nicht vorsehen will.
Die Mehrheit will hier Anreize für integrierte Versorgungsnetze auch bei den Versicherten schaffen. Das ist an sich richtig; auch die Versicherten brauchen Anreize. Aber Sie sollten diese Anreize nicht bei den gesundheitlich schon Beeinträchtigten setzen, welche über die kleinste Wahlfreiheit bei der Wahl der besonderen Versicherungsform verfügen.
Ein alternatives Modell ist jenes von Herrn Robbiani, der vorschlägt, auch einen entsprechenden Anreiz vorzusehen, aber 10 Prozent für den Regelfall und 5 Prozent, wenn ein Versicherter bereit ist, in ein solches integriertes Versorgungsnetz zu gehen. Das ist eine echte Alternative zur Mehrheitsauffassung. Wir können uns diesem Antrag anschliessen. Ich hoffe, er finde eine Mehrheit. Ich bin dann auch bereit, meinen Minderheitsantrag zu Artikel 65 Absatz 7 zurückzuziehen.
Wenn hier keine Lösung gefunden wird, dann, meine ich, bleibt nur noch die Verschiebung der Kompetenz für die Festlegung von Selbstbehalt und Franchise vom Bundesrat zur Bundesversammlung; ich habe dazu für die Fraktion einen entsprechenden Eventualantrag gestellt. Dann hat jedenfalls die SP-Fraktion das Vertrauen in den Bundesrat verloren, dass die Kostenbeteiligung des Versicherten massvoll festgesetzt wird und dass nicht eine Umverteilung zulasten der Chronischkranken, der Betagten und der Multimorbiden in diesem Land stattfindet.
Franchise und Selbstbehalt greifen ganz einschneidend in die soziale und die wirtschaftliche Situation der Versicherten ein. Es ist an sich nicht einzusehen, weshalb nicht die Bundesversammlung darüber befinden soll, weshalb hier nicht der Gesetzesvorbehalt gelten soll.
Ich erinnere die SVP daran, vor allem Herrn Bortoluzzi und Herrn Borer – die sich unterhalten, die vielleicht schnell zuhören können –, dass Sie ja in einer Initiative den Umfang des Pflichtleistungskataloges in Gesetzesform festlegen wollen. Das ist ein zentraler Punkt Ihrer Initiative. Ich frage Sie deshalb: Warum soll nicht auch im Bereich der Kostenbeteiligung des Versicherten das Volk, allenfalls durch das fakultative Referendum, das letzte Wort haben? Weshalb sollten wir diese Kompetenz dem Bundesrat überlassen? Weshalb soll hier nicht die Bundesversammlung das entsprechende Recht haben?
Deshalb der Eventualantrag der SP-Fraktion: Inskünftig soll die Bundesversammlung über die Kostenbeteiligung der Versicherten beschliessen, über Franchise und Selbstbehalt.
In diesem Sinne bitte ich Sie, den gestellten Anträgen zuzustimmen.

**Robbiani** Meinrado (C, TI): La version du Conseil des Etats reprise par la majorité lie le degré de participation des assurés à leur adhésion à des formes particulières d'assurance, ce qui est fondé et peut être partagé. Une diversification de la participation des assurés a ou peut avoir un effet de stimulation envers l'insertion dans ces formes particulières d'assurance, et donc avoir un effet positif sur les coûts mêmes de la santé.
Mais, à mon avis, la mise en oeuvre d'une telle solution devrait toutefois se faire à une allure plus prudente et plus graduellement. Pourquoi? Parce qu'avec cette version, on finit par introduire un parallélisme entre deux éléments qui doivent suivre un rythme tout à fait différent. D'un côté, on a les assurés et leur participation directe aux coûts. Un changement, une augmentation de leur participation a un effet simultané direct: l'assuré paie davantage. D'un autre côté, on a ces formes nouvelles, particulières d'assurance qui sont une réalité encore assez floue, une réalité qui n'est pas encore tout à fait consolidée. Leurs caractéristiques, leurs effets sur les coûts mêmes varient d'ailleurs d'une forme particulière à l'autre. Il ne me paraît donc pas correct d'introduire ce type de parallélisme entre deux réalités qui suivent des rythmes tout à fait différents.
Mon autre remarque concerne les assurés. Ce qui m'effraie aujourd'hui, c'est l'impact excessif que la proposition de la majorité risque d'exercer sur les assurés. La participation directe des assurés aux coûts de l'assurance-maladie obligatoire est déjà très élevée. On parle d'environ 2,5 milliards de

francs sur un total de 17 milliards. Je vous rappelle que lorsqu'on avait discuté la première fois de ce sujet, Mme Dreifuss, conseillère fédérale, avait dû admettre qu'en Suisse, cette participation était parmi les plus élevées des pays occidentaux. Mais maintenant, il y a plus. A partir de l'année prochaine, on va encore augmenter la franchise et aussi la participation directe aux coûts. Qu'est-ce qu'on veut? On veut étrangler les assurés. A mon avis, faire un tel pas est vraiment excessif.
Donc, si la proposition de la majorité devait l'emporter – et c'est en ce sens que je dis que ma proposition doit être considérée comme subsidiaire par rapport à celle de la minorité qui veut en rester au statu quo –, je propose que l'on fasse un pas vers une participation diversifiée des assurés, mais, compte tenu du fait que ces formes d'assurance particulière ne sont pas encore consolidées, que l'on fasse cette diversification non pas vers le haut mais vers le bas, c'est-à-dire qu'on garantisse des rabais à ceux qui adhèrent à des formes particulières d'assurance et qu'on ne demande pas d'augmentations aux autres assurés. Cette disposition aurait d'ailleurs une caractéristique plus évidente d'incitation et non pas d'amende, comme c'est le cas selon la proposition de la majorité. Dès que ces formes particulières d'assurance auront une caractéristique beaucoup plus stable et consolidée, on aura toujours la possibilité d'adapter aussi les taux de participation directe.
Donc, je vous invite à adopter, au cas où la proposition de la majorité l'emporterait, ma proposition subsidiaire.

**Antille** Charles-Albert (R, VS): Les dispositions des alinéas 2 et 3 introduisent le principe d'une participation différenciée aux coûts entre le modèle traditionnel d'assurance et les formes particulières d'assurance selon l'article 13 alinéa 2 lettre f. Pour moi, cela signifie proposer aux assurés un libre choix sous la contrainte: «Vous pouvez choisir un modèle d'assurance différent, mais si vous ne le faites pas, vous serez punis.» Si le législateur veut augmenter la participation des assurés aux coûts, il doit le dire clairement et non l'introduire de manière déguisée par une telle disposition.
La LAMal a introduit le principe de primes identiques par région et par canton. Imaginons qu'un réseau de soins coordonnés existe dans une commune A. L'assuré de cette commune qui n'a pas adhéré au réseau voit sa participation portée à 20 pour cent. L'assuré de la commune voisine qui n'offre pas de réseau, selon l'article 13 alinéa 2, a, lui, une participation aux coûts de 10 pour cent. Pourtant, ces deux assurés paient une prime identique. Est-ce cela que l'on veut?
L'idée de la commission, en nous proposant ces dispositions, était certainement de favoriser le développement de modèles alternatifs. C'est exactement le contraire qui va se produire. En augmentant la participation des assurés à 20 pour cent, les coûts à la charge de l'assureur vont diminuer d'autant, ce qui lui permettra d'offrir une prime moins chère. Les assurés n'auront donc plus aucun intérêt à souscrire à une assurance plus restrictive au niveau du choix, alors que la prime sera quasi identique. De plus, expérience faite, la mise en place d'un bon réseau demande plusieurs années et, pendant ce temps-là, je me demande si l'on peut pénaliser les assurés en exigeant une participation de 20 pour cent.
Je vous propose donc de maintenir, à l'article 64 alinéas 2 et 3, le droit en vigueur. Cela crée une divergence avec le Conseil des Etats, ce qui nous permettra d'approfondir la question de la participation des assurés.

**Le président** (Christen Yves, président): Herr Freund hat einen entsprechenden Antrag gestellt. Er wünscht das Wort nicht für eine Zusatzerklärung.

**Widrig** Hans Werner (C, SG): Bei den Absätzen 2 und 3 stimmt die CVP-Fraktion für die Mehrheit. Ich spreche jetzt zu Absatz 3.
Sie können natürlich so viele Berichte schreiben, wie Sie wollen – alle kommen zum gleichen Schluss: dass ab einer gewissen finanziellen Belastung eine Verhaltensänderung stattfindet. Die Frage bleibt natürlich, wie das technisch umzusetzen ist. Die Minderheit setzt bei der einkommensabhängigen Höhe an, womit sie auch das Problem des Einkommensbegriffes aufgreift. Sie haben ja 26 kantonale Steuergesetze. Das Problem ist nicht, dass es nicht umsetzbar wäre, sicher nicht. Es liegt darin, dass Informationen an die falschen Leute gegeben werden müssten. Die Daten betreffen nämlich nicht das Versicherungsgeschäft, sondern die Steuern. Aus diesem Grund kann uns der Antrag der Minderheit Gross Jost nicht überzeugen.
Zum Eventualantrag, der verlangt, dass die Bundesversammlung die Höhe der Franchise bestimmt: Frau Dreifuss hat in der Kommission davon abgeraten, Franchise und Selbstbehalt durch die Bundesversammlung festlegen zu lassen. Sie kündigte schon damals eine Anpassung der Kostenentwicklung durch den Bundesrat an. Sie wissen, dass die Selbstbehalt-Obergrenze von 600 Franken seit 1996 nicht angepasst worden ist, weshalb ich Sie bitte, hier die Minderheit Gross Jost abzulehnen und der Mehrheit zuzustimmen.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Dieser Artikel 64 gehört natürlich in das ganze Konzept, das wir heute im Verlauf des Tages langsam entstehen sehen, nämlich das Konzept, dass die Netzwerke und ihre Förderung für die Zukunft ein entscheidender Teil der zweiten Revision des KVG sind.
Hier geht es primär um die Anreize unter der Optik der Kostenbeteiligung. Sie haben das Konzept natürlich gesehen: 10 Prozent, wie bisher, für Versicherte in solchen Netzwerken, selbstverständlich auch für alle – das gilt es zu betonen, in Bezug auf die Debatte bei Artikel 13 –, die unter die Ausnahmen fallen, die also beispielsweise in Regionen leben, für die der Bundesrat dann Ausnahmen beschliesst; 20 Prozent für Leistungen, die ausserhalb der Netzwerke konsumiert werden.
Es ist also klar ein Konzept, das die freie Arztwahl belässt. Es lässt auch die Freiheit, zwei, drei oder vier Ärzte gleichzeitig zu konsultieren; aber es verlangt dann eine etwas höhere Selbstbeteiligung. Sie haben ebenfalls festgestellt, dass der Bundesrat die Obergrenze festlegt. Deshalb kann man davon ausgehen, dass diese sicher nicht exorbitant hoch sein wird. Es ist das Konzept eines differenziellen Selbstbehaltes, das dazu führen soll, dass die neuen Versorgungsformen auch eine echte Marktchance in der Zukunft haben, dass gleichzeitig aber kein Freiheitsabbau stattfindet. Es hat vielmehr einen gewissen Preis, wenn man mehrfach und dort, wo man selber entscheiden will, zusätzlich konsultieren will.
Wir würden Sie also bitten, diesem Konzept hier zum Erfolg zu verhelfen. Es wird dies ein wichtiger Teil der Umsetzung der Netzwerke sein.
Zum Thema Franchise möchten ich festhalten, wie dies schon mein Vorredner getan hat, dass wir klar der Meinung sind, dass diese Kompetenz weiterhin beim Bundesrat sein solle. Es ist sicher nicht nötig, dass dieses Thema in der ganzen Bundesversammlung diskutiert wird. Wir haben uns ja schon andere Themen wie Promille und Ähnliches aufgeladen. Wir müssen das bei der Franchise nicht tun; das kann in der Kompetenz des Bundesrates verbleiben.
Wir möchten Ihnen auch beliebt machen, jetzt nicht auf die Frage der einkommensabhängigen Franchisen einzutreten. Dieses Thema ist im Studium – im Kontext der dritten Revision, die in der Zukunft folgen wird –, dieses Problem ist komplex, auch wegen der Logistik. Deshalb ist es jetzt sicher nicht machbar, dieses Thema hier umzusetzen, wie es die Minderheit Gross Jost vorschlägt.
Schliesslich möchten wir Sie auch bitten, nicht einfach beim geltenden Recht zu bleiben, sondern – wie der Tenor eben schon des ganzen Nachmittags war – es geht darum, die Konturen, die Anreize, die Rahmenbedingungen, für diese Netzwerke jetzt definitiv umzusetzen. Dazu gehört dieser Artikel 64. Deshalb bitte auch Ablehnung der Anträge, das geltende Recht hier beizubehalten!

Schliesslich verstehe ich das Anliegen von Herrn Robbiani. Er sieht offensichtlich Positives im differenziellen Selbstbehalt. Aber er setzt ihn so niedrig an, dass der Zweck der Selbstbeteiligung unterlaufen wird. Die Selbstbeteiligung gehört zum gesamten Konzept der Krankenversicherung. Wenn Sie auf 5 und 10 Prozent anstatt, wie vorgeschlagen, auf 10 bzw. 20 Prozent Kostenbeteiligung gehen, dann sind Sie sicher unter der Grenze dessen, was sinnvollerweise vom Einzelnen beigetragen wird. Ich hoffe aber, dass Herr Kollege Robbiani – weil er mit diesem Antrag ja die Sinnhaftigkeit des differenziellen Selbstbehaltes offensichtlich unterstreicht – sich eben vielleicht dann doch dem Hauptantrag, dem Antrag der Mehrheit, anschliessen kann.
Insgesamt also: Zustimmung zum Antrag der Mehrheit zu Artikel 64 Absätze 2 und 3 mit – ich betone es noch einmal – diesem Konzept, das alle Freiheiten belässt, aber für das Ausnützen sämtlicher Freiheiten einen etwas höheren Beitrag verlangt, und Ablehnung der Minderheitsanträge!

**Borer** Roland (V, SO): Ist Ihnen bekannt, dass mittlerweile sogar massgebende Leute der Verwaltung sich nicht im Klaren sind, wie sie die Probleme in Artikel 64 Absatz 2 mit dem differenzierten Selbstbehalt und der differenzierten Franchise lösen sollen, wenn man betrachtet, dass dem Ganzen immer noch ein System des Risikoausgleichs zwischen den Kassen und der kantonalen Prämienverbilligung überlagert ist? Ist Ihnen das Problem bekannt? Wenn ja, warum können Sie dann nicht den Antrag Antille unterstützen, gemäss dem in Artikel 64 Absatz 2 nach geltendem Recht weitergefahren wird?

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Ich sehe die Probleme durchaus, Kollege Borer, wir haben in der Tat von der Verwaltung zu wenig Input bekommen. Ich bin auch sicher, dass diese Probleme in der Nachbearbeitung angegangen und einer Lösung zugeführt werden. Ich bleibe aber überzeugt davon, dass das Grundkonzept, das wir mit dem differenziellen Selbstbehalt einführen wollen – dass nämlich auch beim Einzelnen Anreize gesetzt werden, kostengünstige, aber qualitativ gute Versicherungsformen zu wählen, die Freiheit zu behalten und etwas mehr zu bezahlen –, richtigerweise gemäss dem Beschluss des Ständerates verankert wird. Ich bin aber durchaus damit einverstanden, dass die komplexen technischen Fragen selbstverständlich geklärt werden müssen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Wir kommen hier wieder zu einem zentralen Artikel, einem Artikel, bei dem auch einige Scheinheiligkeiten zum Vorschein kommen. Aber gehen wir schrittweise vor.
Wir müssen davon ausgehen, dass wir schon jetzt in der Schweiz das härteste System Europas bezüglich Franchisen und Selbstbehalte haben. Alle anderen Staaten in Europa haben Anpassungen nach Einkommen bei Franchisen oder Selbstbehalten, alle anderen haben irgendwelche Anpassungen je nach Krankheit, z. B. müssen Krebskranke keine Franchisen bezahlen. Bei uns müssen alle das Gleiche bezahlen, ob sie Schnupfen oder Krebs haben. Das ist jetzt die Ausgangslage.
Und jetzt will man das noch verschärfen. Herr Widrig sagt, das sei Common Sense. Der Common Sense sagt: Wenn man das verschärft, dann gehen die Leute weniger zum Arzt, und das kostet weniger. Herr Widrig, auch hier gilt wie in vielen andern Sachen: Der Common Sense täuscht sich und ist wissenschaftlich erwiesenermassen falsch. Das ist in der modernen Gesellschaft sehr häufig so: Sehr viel von dem, was uns die Wissenschaft als Erkenntnisse gebracht hat, steht dem Common Sense entgegen, weil der Common Sense auf Erkenntnissen vor zwei oder drei Jahrhunderten basiert.
Es gibt vier wissenschaftliche Studien in vier verschiedenen Ländern der Welt, die zeigen, dass es zwar stimmt, dass sich das individuelle Verhalten bei vielen verändert, wenn man dieses System verschärft. Volkswirtschaftlich gesehen spart man aber keinen einzigen Rappen. Manchmal kostet es sogar mehr, weil vor allem in sozial benachteiligten Schichten die Leute darauf tendieren, zu spät zum Arzt zu gehen. Dann sind sie kränker, und dann kostet die Behandlung mehr: Das ist es, was die Wissenschaft uns zeigt.
So ist es häufig. Der Common Sense würde auch sagen: Die Evolutionslehre ist falsch, die Genetik ist falsch, alles ist falsch. Aber in der Politik sollte man die Wissenschaft anwenden und nicht den Common Sense!
Jetzt, in diesem Wirrwarr von verschiedenen Vorschlägen, geben wir dem Antrag Robbiani den Vorzug, weil er Leute belohnt, die diese neuen Formen wählen, und nicht diejenigen bestraft, die sie nicht wählen. Ich meine, dass es immer völlig falsch ist, kranke Leute noch zu bestrafen. Wenn schon soll man diejenigen belohnen, die sich irgendwie Mühe geben, den neuen Versicherungsformen beizutreten: Das ist es, was durch den Antrag Robbiani entsteht.
Zu einkommensabhängigen Franchisen: Ich habe vor der Abstimmung vom 18. Mai vierzig bis fünfzig Streitgespräche geführt. Kein einziger CVP- und FDP-Vertreter, der mit mir über die Gesundheits-Initiative gestritten hat, hat je vor dem Publikum bezweifelt, dass einkommensabhängige Franchisen richtig wären und wir sie einführen sollten. Also noch einmal: Seien Sie nicht auch hier wieder scheinheilig! Stehen Sie zu dem, was Sie immer auch in der Öffentlichkeit, am Fernsehen usw., gesagt haben. Führen wir endlich die einkommensabhängige Franchise ein!
Zum Eventualantrag der Minderheit Gross Jost: Warum wollen wir das? Wir wollen das verhindern, was immer wieder passiert und was jetzt schon passiert ist, dass nämlich der Herr Bundespräsident mit der «Trickkiste» zu verhindern versucht, dass die Prämien zu stark steigen. Mit dieser Revision, sagt Santésuisse, werden wir einen Prämienschub von 5 bis 10 Prozent haben – oder wir werden einen Kostenschub haben; das alles ist bekannt. Man versucht, mit einer Erhöhung der Franchise und der Selbstbeteiligung die zu erwartende Erhöhung der Prämien zu vermindern. Niemand weiss genau – auch nicht die Mitarbeiter des Herrn Bundespräsidenten –, wie viel das genau ausmacht. Aufgrund unserer Berechnungen macht das irgendwo zwischen 200 und 300 Millionen Franken aus, die man den jetzt schon betroffenen kranken Leuten mit dieser Massnahme aus der Tasche zieht. Damit kann man die Erhöhung der Prämien schon um ein paar Punkte verringern, aber damit hat man einmal mehr die Kranken belastet, die wir in der Schweiz vom finanziellen Standpunkt aus, verglichen mit allen anderen europäischen Ländern, schon jetzt am härtesten anpacken.

**Borer** Roland (V, SO): Namens der SVP-Fraktion beantrage ich Ihnen, die Anträge Antille zu Artikel 64 Absätze 2 und 3 zu unterstützen.
Gestatten Sie mir zuerst ein paar Bemerkungen zu Absatz 2. Wie soll der Risikoausgleich zwischen zwei Krankenversicherern ausgestaltet werden, wenn in einer Krankenversicherung mehr Versicherte in Netzwerken sind als in der anderen? Berechnet man einfach das Ganze auf der Basis einer durchschnittlichen Versichertenzahl? Nimmt man das arithmetische Mittel der Prämieneinnahmen im Bereich der Netze und im Bereich der normalen Grundversicherung? Macht man für Versicherte, die in Netzwerken sind, keinen Risikoausgleich mehr? Was passiert mit Versicherten, die in Netzwerken sind und die gute Risiken darstellen? Was geschieht mit solchen, die schlechte Risiken darstellen? Und umgekehrt: Was passiert mit denjenigen, die normal grundversichert sind, aber schlechte Risiken darstellen? Das wird eigentlich die Realität sein, weil jemand, der schon krank ist, tendenziell eher nicht in Netzwerke geht.
Auf all diese Fragen haben wir in der Kommission keine Antworten erhalten. Ich kann Ihnen auch sagen, wir werden auch hier keine Antworten erhalten; nicht weil man Ihnen die Antworten im Moment nicht geben will, aber es wird für die Verwaltung – und ich bin weiss Gott nicht Fürsprecher für die Verwaltung – sehr schwierig sein, auf solche Fragen jetzt aus dem hohlen Bauch heraus Antworten zu geben.

Jetzt frage ich Sie: Wollen Sie tatsächlich in Artikel 64 Absatz 2 ein administratives Chaos hervorrufen, das schliesslich dazu führt, dass im Bereich des Risikoausgleichs nichts mehr funktioniert? Ich kann den Faden noch weiterspinnen. Welche Anteile Prämienverbilligung zahlen Sie für solche Personen, die in Netzwerken versichert sind? Wie viel Prämienverbilligung zahlen die Kantone für solche, die normal grundversichert sind? Wollen Sie das auch vorschreiben? Wie funktioniert das? Wenn Sie ehrlich sind, haben Sie dafür alle keine Antworten. Ich bitte Sie dringend – dringend! –: Wenn Ihnen etwas an einem Systemwechsel gelegen ist, machen Sie es nicht so kompliziert, dass schliesslich gar nichts mehr funktioniert.
Unterstützen Sie bei Absatz 2 bitte den Antrag Antille.
Zu Absatz 3: Es geht um die soziale Ausgestaltung der Krankenversicherungsselbstbehalte bzw. der Franchisen. Ich gebe Herrn Kollege Cavalli Recht: Es ist so, dass im System, das wir haben, Kranke mehr belastet werden als Menschen, die nicht krank sind. Jemand, der nicht krank ist, hat keinen Selbstbehalt, muss nichts für die Franchise bezahlen. Das Problem ist folgendes: Wenn wir jede Sozialversicherung für sich betrachten und versuchen, jede Sozialversicherung in sich selber sozial auszugestalten, werden wir nie zu einem Ziel kommen.
Die SVP ist der Meinung, dass wir dem Ganzen übergeordnet andere Sozialwerke haben, die zum Tragen kommen müssen, wenn jemand, der krank ist, aus diesem Grund finanziell in Nöte kommt. Das kann aus verschiedensten Gründen sein, etwa weil kein Einkommen mehr oder nur ein reduziertes Einkommen da ist; es kann aber auch sein, dass Prämien und die Lasten der Selbstbehalte, die Lasten der Franchisen usw. jemanden über das Mass belasten. Aber in solchen Fällen, Herr Kollege Cavalli, haben wir andere Sozialwerke, die greifen, unter anderem die Fürsorgeämter in den Gemeinden, die dann subsidiär die Leute unterstützen müssen. Dass dieses Sozialwerk an sich indirekt wieder abgefedert ist, das ist unser Verständnis vom System. Wenn wir hier und heute sagen, im Moment möchten wir mit den Grundlagen, die wir heute haben, keinen Systemwechsel, hat das nichts damit zu tun, dass wir nicht die Systemprobleme an sich sehen. Wir sehen sie. Im Übrigen kann ich mich da nur den Vorrednern anschliessen. Es ist so, dass im Moment tiefer gehende Studien darüber gemacht werden, wie Selbstbehalt und Franchise sozialverträglich abgestuft werden könnten, und wir möchten zuerst diese Resultate haben, bevor wir hier jetzt zu einem Systemwechsel kommen.

**Cavalli** Franco (S, TI): Ich bin froh, dass Sie die Probleme sehen, aber Sie verwechseln das KVG mit der Autoversicherung. Ich meine: Das KVG stützt sich auf das Solidaritätsprinzip. Das heisst, was wir zahlen, sollte für Mann und Frau, Jung und Alt, Gesund und Krank gleich sein. Wenn Sie sagen, dass diejenigen, die krank sind, dann doch mehr zu bezahlen haben, dann ist das genau das Gleiche wie bei der Autoversicherung: Wenn einer schlecht fährt und viele Unfälle baut, dann hat er mehr zu bezahlen, als wenn er keine Unfälle baut. Aber das ist eben das Falsche; das KVG ist keine Autoversicherung, weil das Auto nicht mit der Gesundheit zu vergleichen ist.

**Borer** Roland (V, SO): Da gebe ich Ihnen Recht, Herr Cavalli, aber deswegen haben wir hinter der Krankenversicherung andere Sozialwerke, die diese Mehrkosten heute schon ausgleichen. Das ist eigentlich unser Systemverständnis.

**Ruey** Claude (L, VD): Je dois vous avouer qu'à première vue, j'avais trouvé le système d'incitation intéressant et, semblait-il, positif et capable d'aboutir à un résultat. Malheureusement, en ayant approfondi un peu plus le sujet, j'ai constaté que ce qui était séduisant à première vue ne correspondait pas forcément à la réalité pratique, économique et technique. C'est la raison pour laquelle, malheureusement, quand bien même je souhaiterais que ce système soit efficace, je pense, et le groupe libéral aussi, qu'il ne faut pas le mettre en pratique.
On a eu, à l'article 13 alinéa 2 lettre f, le débat sur les réseaux de soins coordonnés. On a voulu imposer les réseaux, j'en prends acte. Mais, comme l'a dit M. Robbiani, aujourd'hui la réalité des réseaux est bien floue; c'est une réalité à créer. Il va falloir mettre en oeuvre les réseaux. Il en existe quelques-uns, bien sûr, mais ce système n'est pas répandu sur tout le territoire et pas de manière suffisante, et leur réalité économique et leurs résultats économiques sont encore tout à fait incertains. J'ai essayé de l'expliquer, sans succès, lors du débat sur l'article 13 alinéa 2 lettre f. Mais ce n'est pas une raison pour qu'à l'article 64, on crée des incitations qui ne correspondent à rien.
En réalité, ce que propose la majorité de la commission, c'est de doubler la quote-part pour tout le monde, puis, éventuellement, pour ceux qui deviendront patients d'un réseau, de conserver l'actuelle quote-part, sans savoir si l'effet économique que l'on souhaite se réalisera. A mon avis, ce ne sera pas le cas, et M. Antille l'a aussi expliqué dans son intervention. Si tous les assurés qui ne sont pas dans un réseau – et qui ne pourront pas l'être à très court terme; c'est la très large majorité d'entre eux – voient leur quote-part doublée à 20 pour cent, c'est autant de moins que les assureurs qui font de l'assurance traditionnelle – c'est-à-dire pas en réseau – auront à payer et c'est autant de différence en défaveur des réseaux qui, théoriquement, devront coûter moins cher, mais qui, en raison même de l'allègement lié à la franchise fixée à 20 pour cent pour l'assurance traditionnelle normale, perdront cet avantage concurrentiel. On risque donc d'aller en sens contraire et d'adopter une disposition non seulement inefficace mais nuisible.
C'est la raison pour laquelle je vous invite, aux alinéas 2 et 3, à adopter la proposition Antille.
A l'alinéa 3 en effet, il s'agit d'éviter les complications, en particulier sur le plan administratif. Là aussi, M. Cavalli nous fait le reproche d'avoir parlé de franchises différenciées. J'avoue humblement que le groupe libéral avait, à l'époque, pensé que le fait d'avoir des franchises différenciées aurait pu être une solution intéressante. Après examen, cela entraîne là aussi des complications techniques terribles pour les caisses sur le plan pratique, pour un résultat qui finalement sera relativement faible.
M. Borer a bien expliqué, je crois, dans sa précédente intervention qu'il fallait voir l'aspect social dans un ensemble, et non pas assurance par assurance. Nous attendons aussi les résultats des enquêtes et des analyses qui ont été faites à ce sujet, parce que nous tenons à ce qu'il n'y ait pas d'effets antisociaux. Mais aujourd'hui le système de la franchise différenciée en fonction du revenu, hélas, se heurte à des difficultés qui ne sont pas solubles rapidement.
M. le président m'a indiqué qu'on parlait aussi de l'alinéa 5; je n'ai pas encore entendu quelqu'un s'exprimer à ce sujet mais, à toutes fins utiles, je signale que le groupe libéral soutiendra ici la minorité Gutzwiller qui propose de maintenir la contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges familiales.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Die Kommission hat hier einen Entscheid getroffen, indem sie dem Ständerat gefolgt ist und ein Anreizsystem schaffen will, damit sich eben die Versicherten den Netzen anschliessen – ein Anreizsystem, das via doppelte Franchise eben dazu führen soll, dass sich die Versicherten auch kostenbewusst verhalten und sich in einem Netzwerk versichern lassen.
Wir haben in Artikel 13 die Ausnahmen. Das hat Herr Gutzwiller erklärt: Wenn keine Netzwerke bestehen, dann muss entsprechend auch die Franchise nicht so angesetzt werden. Entscheidend ist diese Differenzierung, denn wenn es keinen Anreiz gibt, sich einem Netzwerk anzuschliessen – via Franchise, neben den Prämienmöglichkeiten –, dann schaffen diese Netzwerke auch weniger Anreize.
Es ist zuzugeben, dass die Formulierung des Ständerates in Absatz 3 vielleicht nicht optimal ist, denn sie ist etwas

schwer lesbar; es soll aber klar gesagt werden, dass sich die Franchise verdoppelt gegenüber der Franchise, wie sie bei Nichtteilnahme in einem Netzwerk erhoben wird.
Der Antrag der Minderheit Gross Jost zu Absatz 2 wurde in der Kommission mit 13 zu 8 Stimmen abgelehnt, während dann der Antrag der Minderheit Gross Jost zu Absatz 3, zur einkommensabhängigen Franchise, ganz klar abgelehnt wurde. Die Minderheit will hier nochmals aufnehmen, was in ähnlicher Art mit den einkommensabhängigen Prämien in der Volksabstimmung vom 18. Mai abgelehnt wurde. Es ist unklar, von welchem Einkommen gesprochen wird. Es ist unklar, wer diese Einkommenszahlen verwalten soll: Sind es die Steuerbehörden, sollen es die Krankenkassen sein, muss gar eine Selbstanzeige geprüft werden – oder von welchem Einkommen wird gesprochen? Wir haben 26 kantonale Steuergesetze.
Wir haben es von der CVP-Fraktion bereits gehört: Auch die damalige Bundesrätin Ruth Dreifuss hat sich in der ersten Runde klar davon abgewendet, dass Franchise und Selbstbehalt durch das Parlament festlegen zu lassen seien. Sie können sich vorstellen, dass wir dann jedes Jahr über diese Anträge diskutieren würden. Denn jedes Mal, wenn im Sommer über die Prämienerhöhung entschieden wird, müsste dann wohl auch auf Antrag – sei dies ein Ordnungsantrag oder ein anderer – neu im Parlament über die Höhe von Franchise und Selbstbehalt entschieden werden.
Dies zu den Minderheitsanträgen Gross Jost und zu den Anträgen zu den Absätzen 2 und 3.
Noch ein Wort zum Antrag Robbiani: Bereits heute kann der Bundesrat diese Festlegung vornehmen. Gemäss Absatz 6 Litera c kann der Bundesrat entsprechend den Selbstbehalt bestimmen. Gemäss Artikel 99 KVV kann dieser tiefer angesetzt werden. Wir haben also heute einen grösseren Spielraum, als dies Herr Robbiani mit seinem Antrag will.
Ich beantrage Ihnen, bei den Absätzen 2 und 3 der Mehrheit zuzustimmen und die Anträge Antille, Freund und Robbiani abzulehnen. Auf den Antrag der Minderheit Gutzwiller zu Absatz 5 werden wir dann zurückkommen, wenn er begründet ist.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: A l'article 64 alinéa 2, la majorité de la commission suit le Conseil des Etats en prévoyant, encore une fois, une quote-part de 20 pour cent pour les assurés qui ne désirent pas jouer le jeu et entrer dans un réseau de soins coordonnés. Cela va dans le sens de ce que prévoit la loi d'une manière générale, qui n'oblige pas, mais incite fermement à mettre en place des structures propres à engendrer des économies.
La minorité, elle, propose de s'en tenir au droit en vigueur. Elle tient à limiter la participation des ménages aux coûts de la santé. Il convient de souligner que le statu quo, tel que le demande la minorité, est une possibilité qui reste pour l'assuré, pour autant, naturellement, qu'il adhère à un réseau de santé.
M. Robbiani, lui, propose une incitation du même genre, mais sous la forme d'une récompense pour ceux qui jouent le jeu et entrent dans un réseau, au lieu de punir ceux qui font l'inverse. L'incitation est la même, mais son niveau plus faible. Il faut souligner que l'ordonnance actuelle, à son article 99, permet déjà cette solution.
A l'alinéa 3, la majorité de la commission vous propose également de suivre le Conseil des Etats. Cette disposition prévoit que c'est le Conseil fédéral qui fixe la franchise obligatoire et le montant maximal en incitant, encore une fois, les patients à entrer dans des réseaux soumis à des conditions d'assurance dites «formes particulières d'assurance».
Les propositions de la minorité Gross Jost veulent, d'une part, fixer la franchise en fonction du revenu – je crois que, encore une fois, cela a été réglé en votation populaire le 18 mai dernier et que cela pose un certain nombre de problèmes pour savoir quel revenu, quand, comment, etc. –, et d'autre part elles veulent donner à l'Assemblée fédérale la compétence de fixer les franchises, ce qui paraît dès lors peu réaliste tant cela deviendrait une décision politique.
Au nom de la majorité de la commission, je vous invite, encore une fois, à repousser les propositions de la minorité Gross Jost ainsi que la proposition Antille.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Hier, vous avez adopté, à l'article 13 alinéa 2 lettre f, la proposition de la majorité qui oblige les compagnies d'assurance à offrir «une ou plusieurs formes particulières d'assurance au sens des articles 41 alinéa 4 et 62 alinéa 2, dans laquelle les fournisseurs de prestations impliquées assument conjointement la responsabilité financière convenue avec les assureurs».
Lors de ce débat, plusieurs orateurs ont relevé les difficultés qu'il y aurait à introduire rapidement ce système sur l'ensemble du territoire. Nous partageons le point de vue que c'est un pas positif que d'exiger cela des assureurs, mais nous sommes aussi conscients du fait que ce ne sera pas facile de développer cette offre sur l'ensemble du territoire très rapidement et quelles que soient les régions – on a parlé de vallées latérales relativement éloignées dans lesquelles on ne verra pas apparaître ces réseaux de soins coordonnés. C'est la raison pour laquelle, à l'article 13, on a prévu la possibilité pour le Conseil fédéral de définir des exceptions. J'ai rappelé par ailleurs qu'il y aura une période transitoire pendant laquelle cette obligation sera suspendue, de telle sorte que les assureurs puissent se préparer à offrir sur l'ensemble du territoire ces formes particulières d'assurance.
Maintenant, on veut aller un pas plus loin: on veut obliger ceux qui ne participeront pas comme clients à ces réseaux à prendre à leur charge une part supplémentaire des coûts. Je crois que ça devient un peu délicat. C'est la raison pour laquelle, tout bien considéré et aussi pour créer la divergence avec le Conseil des Etats, nous sommes d'avis que la proposition Antille devrait être soutenue et qu'on devrait reprendre la réflexion sur ce point. En effet, on voit qu'aujourd'hui, le modèle avec choix limité du fournisseur de prestations, dans lequel les fournisseurs de prestations supportent une responsabilité budgétaire, est un modèle relativement peu répandu. La statistique, qui date de 1999, est un peu ancienne, mais je crois qu'elle reste valable: il y avait moins de 100 000 assurés dans les HMO à cette époque, et probablement que ce chiffre est encore valable aujourd'hui.
Ensuite, le Conseil fédéral, quelqu'un l'a relevé il y a un instant, c'est-à-dire le Département fédéral de l'intérieur, peut déjà prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations, il peut réduire la participation, voire même totalement la supprimer pour d'autres. Cela permet une certaine souplesse et aussi, si les circonstances le rendent nécessaire, de fixer des participations aux coûts différentes en fonction du type d'assurance qui a été choisi. Il n'y a donc pas de risque à créer la divergence et à soutenir la proposition Antille.
La proposition Robbiani va en gros aussi dans ce sens; c'est pratiquement le statu quo et elle crée aussi une divergence, si bien qu'il ne nous paraît pas extrêmement important de nous battre sur ce sujet. Ce serait un moindre mal, mais il faudrait créer la divergence.
En ce qui concerne la proposition de minorité Gross Jost, c'est évidemment quelque chose de très différent. M. Cavalli a entonné son refrain habituel sur le changement de système: ce pays est, semble-t-il, l'enfer des assurés et tout le reste de l'Europe a un système qui est paradisiaque, notamment l'Angleterre et l'Allemagne, et la Suisse seule, semble-t-il, n'a pas encore fait le pas décisif qui la conduira vers le paradis de la santé que rêve de construire ce théoricien de la politique de la santé publique et praticien éminent qu'est M. Cavalli.
Je crois que ça ne marche pas! A un moment donné, j'ai été tenté de soutenir la proposition de franchise en fonction du revenu et j'ai demandé à mes spécialistes de me dire comment ça pouvait fonctionner. Imaginez une chose simple: beaucoup de gens sont soumis à une taxation provisoire et on doit fournir les éléments de leur taxation à l'assureur pour définir quelle franchise leur est applicable. Une année ou deux ans plus tard, leur taxation change. On doit refaire un

décompte en fonction de l'évolution de leur revenu et leur restituer de l'argent ou au contraire leur en demander en fonction du résultat de la procédure de taxation définitive. Vous ne pouvez résoudre ce problème qu'en ayant des catégories extrêmement grandes de contribuables, deux ou trois catégories, et à ce moment-là, vous retombez dans un système qui n'est pas assez fin pour avoir l'effet d'incitation que vous souhaitez obtenir.
En conséquence, le Conseil fédéral vous recommande d'adopter la proposition Antille, essentiellement pour créer la divergence et pour pouvoir reprendre la discussion sur ce problème. Il vous suggère de ne suivre la proposition de minorité Gross Jost qu'aux alinéas 2 et 3bis, ce qui rejoint la proposition Antille, et de rejeter la proposition de minorité Gross Jost à l'alinéa 3 pour la part qui concerne l'introduction de la franchise en fonction du revenu.

**Cavalli** Franco (S, TI): Monsieur le Président de la Confédération, je constate qu'une fois on nous a invités à aller à Moscou et que maintenant on nous invite à aller seulement en Allemagne, c'est plus près!
Ma question est la suivante: est-ce que vous savez qu'en 1998, ce Conseil a accepté à une grande majorité un postulat (96.3632, Assurance-maladie. Franchise dépendante du revenu) qui demandait l'introduction de franchises proportionnelles au revenu, avec l'accord du Conseil fédéral?

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Vous voyez que le but du postulat 96.3632 a été atteint, puisque le but d'un postulat, c'est d'inviter le Conseil fédéral à réfléchir. Le Conseil fédéral a réfléchi et il a jugé cette proposition condamnable. Donc, le but du postulat est entièrement atteint.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Monsieur le Président de la Confédération, j'ai une autre hypothèse à vous soumettre. On peut effectivement imaginer, c'est la version paradisiaque, que le Conseil fédéral ait réfléchi. On peut aussi imaginer qu'il ait agité l'hypothèse de la franchise en fonction du revenu juste le temps que l'initiative-santé ait été soumise au peuple, et puis qu'après, comme par hasard, il se rende finalement compte que ce n'était pas une bonne idée. Comment appelleriez-vous ce genre de méthode qui consiste à agiter des solutions pendant la campagne précédant la votation pour ensuite considérer qu'elles ne sont plus praticables après? Est-ce que le terme «cynisme» paraîtrait convenir?

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Monsieur Maillard, j'irai beaucoup plus loin, je dirai que c'est une tromperie. Or, le Conseil fédéral, en la personne de votre serviteur, a fait exactement le contraire. Pendant la période qui a précédé la votation, il a lancé la consultation sur l'augmentation des franchises et de la participation aux coûts. Il a donc démontré clairement ce qu'il allait faire après la votation. Et certains partisans du non le lui ont même reproché en disant: «On ne fait pas une chose pareille! vous indiquez qu'immédiatement après la votation, vous allez augmenter de manière très modérée la participation aux coûts.» Donc, non seulement nous n'avons pas trompé le peuple, non seulement nous n'avons pas été cyniques, mais nous avons été extrêmement honnêtes, comme nous essayons de l'être aussi dans les domaines de l'AVS et de l'AI.

*Abs. 2 – Al. 2*

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit/
Antille/Freund .... 134 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 23 Stimmen

*Abs. 3, 3bis – Al. 3, 3bis*

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 97 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 58 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 96 Stimmen
Für den Eventualantrag der Minderheit .... 60 Stimmen

*Dritte Abstimmung – Troisième vote*
Für den Antrag Antille/Freund .... 145 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 6 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition Robbiani est donc caduque.

*Abs. 5 – Al. 5*

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): In Absatz 5 geht es in einem gewissen Sinn um eine Kleinigkeit: Man soll das geltende Recht hier unseres Erachtens beibehalten. Es geht um den Beitrag, den man im Spital zahlen soll, je nachdem, ob man einen Haushalt führt oder nicht. Es betrifft also vor allem allein stehende Personen, die im Spital sind. Der Betrag ist ja hier nicht fixiert, das gehört ebenfalls zur Kompetenz des Bundesrates. Der Beitrag liegt im Moment bei 10 Franken pro Tag.
Die heutige Grundversicherung übernimmt im Spital ja alles, auch in der Hotellerie. Vor allem, wenn Sie allein stehend sind, haben Sie dadurch, dass zu Hause keine Kosten für das Essen anfallen, Nettoeinsparungen, wenn Sie sich hospitalisieren lassen müssen. Wir sind der Meinung, dass es nicht sinnvoll ist, diese Änderung hier vorzunehmen. Denn dieser kleine Beitrag an die Hotellerie von 10 Franken macht doch einen höheren zweistelligen Millionenbetrag aus. Wenn bei diesem Thema jeweils von Ungerechtigkeit die Rede ist, dann müsste man wohl sagen, dass vielleicht die Ungerechtigkeit darin liegt, dass andere Personen aus grösseren Haushalten, die nicht allein stehend sind, diesen Betrag nicht bezahlen müssen. Im Grundsatz könnte man sich durchaus vorstellen, dass 10 Franken an die Verpflegungskosten im Spital pro Tag zumutbar wären.
Die Frage ist also: Wohin gehören diese Kosten? Zu den Prämien, oder sollen es die Leute selbst bezahlen? Wir sind der Meinung, dass das geltende Recht beibehalten werden soll. Wir gehen davon aus, dass hier entsprechend den Haushaltstrukturen weiterhin ein kleiner Beitrag an die Hotellerie geleistet wird.
Ich würde Sie bitten, hier dem Minderheitsantrag zu folgen.

**Hubmann** Vreni (S, ZH): Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, bei Absatz 5 der Kommissionsmehrheit zuzustimmen. Ich bitte Sie auch im Namen aller unverheirateten und allein lebenden Personen. Dieser Absatz und die dazugehörige Verordnung haben eine Absurdität zur Folge. Wenn nämlich eine allein lebende Person im Spital gepflegt wird, muss sie einen Tagesbeitrag von 10 Franken für die Verpflegung zahlen. Verheiratete oder im Konkubinat lebende Personen hingegen zahlen diesen Tagesbeitrag nicht, obwohl auch sie im Spital essen, Herr Gutzwiller. Sie essen auch im Spital und zahlen aber nichts an ihre Verpflegung. Das ist eine Diskriminierung der Unverheirateten und der Alleinlebenden. Diese Ungleichbehandlung belastet die allein stehenden Personen sehr.
Ich verweise Sie auf den Brief der Präsidentin der Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Frauen (AUF), Frau von der Crone. Sie haben diesen Brief vorgestern auf Ihren Tischen vorgefunden. Seit der Einführung des KVG wehrt sich die AUF gegen diese Ungerechtigkeit im KVG. Wieso muss eine unverheiratete Person im Spital einen Beitrag an die Verpflegung zahlen, eine Person, die zuhause einen Freund oder eine Freundin hat, aber nicht? Eine solche Regelung ist absurd und stossend.
Ich bitte Sie deshalb, der Kommissionsmehrheit, d. h. der Aufhebung dieses Absatzes, zuzustimmen.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Vielleicht muss ich kurz die Geschichte dieses 10-Franken-Entscheides darlegen. Wir hatten zuallererst einen dringlichen Bundesbe-

schluss, in welchem 10 Franken Beteiligung am Aufenthalt im Spital festgehalten wurden. Das war im Rahmen eines Sparprogrammes. Dieser dringliche Bundesbeschluss wurde sogar dem Referendum unterstellt. Er wurde am 26. September 1993 zur Volksabstimmung gebracht und mit 80,5 Prozent angenommen. Diese 10 Franken wurden also in einer Volksabstimmung klar angenommen.
Wir haben dann das Krankenversicherungsgesetz verabschiedet. Ins Krankenversicherungsgesetz wurde die jetzt bestehende Bestimmung hineingenommen, die einen Beitrag an den Aufenthalt und einen Beitrag an die generellen Kosten im Spital beinhaltet. Die 10 Franken für den Aufenthalt wurden dann in der Verordnung so spezifiziert. Es sind rund 2,2 Prozent der gesamten Kostenbeteiligung. Sie sehen also, es handelt sich anteilmässig um einen sehr kleinen Betrag. Wir haben in der ersten Lesung in der Kommission eine Motion verabschiedet, um zu überprüfen, ob es ungerecht sei, diesen Beitrag nur zu verlangen, wenn eine allein stehende Person im Spital ist und damit bei der Verpflegung etwas sparen kann. Oder heben wir ihn nur bei Personen auf, die mit Kindern oder mit einer Familie zusammenleben, nicht aber bei ledigen Personen, die zusammenleben? Die Motion muss nun überprüft werden.
Hier hebt die Mehrheit nun – 14 zu 9 Stimmen – den gesamten Absatz auf. Es handelt sich um einen zweistelligen Millionenbetrag, um eine Kostenschätzung von rund 57 Millionen Franken Mehrkosten, die wir hier verursachen, wenn wir der Mehrheit zustimmen. Das zur Information, wenn Sie über diese Bestimmung abstimmen.

**Dormann** Rosmarie (C, LU): Frau Heberlein, finden Sie es gerecht, dass eine allein stehende Person, z. B. eine Witwe, die allein lebt, die 10 Franken bezahlen muss, nicht aber, wenn sie einen Freund hat und im Konkubinat lebt? Das müsste doch korrigiert werden.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Ja, wir haben ja dafür eine Motion eingereicht. Aber wenn wir hier jetzt diesen Gesetzesartikel aufheben, dann heben wir die gesamte Selbstbeteiligung auf und nicht nur diesen Betrag.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je crois que la proposition de minorité Gutzwiller n'est pas décisive, mais elle relève du bon sens. Nous nous y rallions. Nous sommes partisans du maintien du droit en vigueur dans ce domaine.
Nous vous invitons donc à soutenir la proposition de minorité Gutzwiller.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 62 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 59 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*
*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 64bis**
*Antrag der christlichdemokratischen Fraktion*
*Titel*
Beiträge der Kantone an die Versicherer
*Abs. 1*
Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch Beiträge an die Versicherer.
*Abs. 2*
Der Beitrag des Kantons an jeden Versicherer deckt 25 Prozent der bei diesem Versicherer anfallenden Kosten der Leistungen für die Versicherten des Kantons. Die Kosten der Leistungen umfassen die Kosten der Selbstbeteiligung gemäss Artikel 64, die Verwaltungskosten der Versicherer, die Reservebildung, die Rückstellungen und den Risikoausgleich nicht.
*Abs. 3*
Der Bundesrat regelt die Rechnungsstellung des Versicherers an den Kanton.

**Art. 64bis**
*Proposition du groupe démocrate-chrétien*
*Titre*
Contributions versées par les cantons aux assureurs
*Al. 1*
Les cantons participent au financement de l'assurance-maladie obligatoire en versant des contributions aux assureurs.
*Al. 2*
La contribution versée par le canton à chaque assureur couvre 25 pour cent des coûts des prestations auxquelles ont eu recours les assurés du canton. Les coûts des prestations ne comprennent ni les coûts de la participation des assurés au sens de l'article 64, ni les frais administratifs des assureurs, ni la constitution des réserves, ni les provisions, ni la compensation des risques.
*Al. 3*
Le Conseil fédéral fixe les modalités par lesquelles l'assureur présente sa facturation au canton.

**Cina** Jean-Michel (C, VS): Ich werde den Antrag der CVP-Fraktion nicht nochmals in extenso begründen; dazu habe ich bereits Gelegenheit erhalten.
Summarisch kann ich festhalten, was folgt: Wir wollen bereits in dieser Revision den Wechsel zur monistischen Finanzierung vollziehen, allerdings sehen wir für die Umsetzung dieses Systemwechsels eine Übergangsfrist bis 2007 vor. Hingegen soll der Grundsatzentscheid, den Systemwechsel zu vollziehen, bereits in dieser Revision beschlossen werden, und die Eckwerte sollen auch bereits in diese Revision integriert werden.
Zu den Kernpunkten des Finanzierungsschlüssels in Artikel 64bis kann ich festhalten, was folgt: Die Finanzierung betrifft den stationären und den ambulanten Bereich. Die öffentliche Hand beteiligt sich weiterhin im gleichen Umfange an der Finanzierung der KVG-Leistungen. Wir haben diese Beteiligung der Kantone an der Gesamtrechnung, d. h. stationär und ambulant, auf 25 Prozent festgelegt. Unsere Berechnung basiert auf Zahlen aus dem Jahre 1997, die von den Sanitätsdirektoren stammen. Wenn die Verwaltung heute andere Berechnungen angestellt hat, neue Zahlen hat und auf 35 Prozent kommt, so sind wir selbstverständlich bereit, diese Zahl aufzunehmen. Uns geht es um den Systemwechsel, ohne dass dieser zu Prämienerhöhungen führt, sondern im Gegenteil zur Prämienentlastung. Wir müssen heute den Grundsatzentscheid fällen. Die Vorteile des Systemwechsels sind evident und allen bekannt.
Ich bitte Sie, diesen Schritt konsequent schon heute zu tun.

**Rossini** Stéphane (S, VS): La proposition du groupe démocrate-chrétien, cette fois-ci, c'est la cerise sur le gâteau, mais au moins, les loups ont le mérite d'être sortis du bois! Effectivement, on le sentait de manière sous-jacente, et on m'a reproché de dire en commission: «Mais cessez d'activer la 3e révision!» Cette fois-ci, les choses sont très claires et sur la table: le changement de système qui nous est proposé est une vraie révolution. Actuellement, cela figure partiellement dans les dispositions transitoires, mais cela ne signifie pas encore que le principe soit définitivement arrêté et qu'il soit globalement admis. La proposition qui nous est faite, c'est tout simplement le transfert du pouvoir aux assureurs. On n'a pas osé le faire pour la levée de l'obligation de contracter, où un consensus a pu être trouvé au sein de la commission. On le fait cette fois-ci pour le domaine hospitalier.
Sur la forme, la chose est particulièrement choquante: on change un système fondamentalement, et la commission n'a strictement jamais discuté de ces éléments. Nous disposons d'un seul élément, je dirai, écrit, un seul rapport: c'est un rapport de 2001 de l'OFAS qui nous dit: «Une chose essentielle: le financement moniste est anticonstitutionnel.» Alors ceux qui brandissent l'arme de l'anticonstitutionnalité contre toutes nos propositions devront se rappeler quand même cela aujourd'hui avant de discuter: il y a des éléments qui méritent d'être approfondis. Donc, quant au timing et à la forme, on peut être relativement choqué, et je pense qu'il est

inacceptable et irresponsable d'arriver de cette manière au plénum, avec un changement fondamental tel que celui-ci.
Concrètement, ça veut dire quoi? Concrètement, ça veut dire que, pour la diminution des coûts, on ne changera strictement rien: il faudra bien que quelqu'un paie les assureurs, et ce sont les pouvoirs publics qui vont le faire. Par contre, sur la régulation du système, on change tout. Cela veut dire que c'est la fin des planifications hospitalières. On nous a très clairement fait savoir en commission, soit de la part des assureurs, soit de la part de nos collègues bourgeois qui ont défendu à un moment donné cette possibilité-là, que ça veut tout simplement dire une privatisation pour ce qui reste du domaine social de l'assurance-maladie en Suisse. Et cette situation est pour nous bien évidemment inacceptable. C'est non seulement une rupture historique, c'est aussi un changement cavalier de principes et cela ne nous paraît absolument pas crédible de la manière dont cela est amené.
D'autre part, il y a toute une série de questions techniques qui ne sont pas abordées, qui n'ont pas pu être approfondies. Alors on nous dit 25 pour cent, 30 pour cent. La question ne concerne pas simplement des pourcentages. Cette question amène à aller beaucoup plus loin dans l'analyse sur la manière dont on gère les flux financiers et la pratique tarifaire, sur la manière dont on va régler la question de la qualité, choisir les établissements, les services ou les divisions d'établissement avec lesquels les assureurs vont contracter. On n'a ici strictement aucune réponse et ce ne sont pas des choses qu'on peut, comme ça, à la légère, régler dans le cadre d'une révision et au plénum.
Je crois, d'autre part, que de dire: «2007, ça nous laisse un délai transitoire», c'est faux! La planification hospitalière, ça se fait sur des années, et 2007, c'est demain! Que vont faire les cantons auxquels on dit: «L'année prochaine, vous faites une planification qui intègre les établissements publics, subventionnés, privés»? Cela va déjà générer le chaos. Et si en même temps vous leur dites: «En 2007, ce sont les assureurs qui planifient ou qui choisissent les divisions d'établissement», on paralyse totalement le système. Cela est pour nous inacceptable.
En conclusion, avec cette proposition du groupe démocrate-chrétien, on transfère l'entier du pouvoir des autorités publiques vers les assureurs. C'est une privatisation inacceptable. Avec la seule référence dont nous disposions, cette formulation est anticonstitutionnelle et il est clair que si cette proposition devait passer la rampe, ce serait le référendum garanti contre cette révision.

**Guisan** Yves (R, VD): Je m'exprimerai très brièvement, parce que le préopinant a exposé une bonne partie des arguments qui plaident contre la proposition du groupe démocrate-chrétien.
Le problème est donc complexe, plusieurs modèles sont possibles avec des applications diverses. Là, on ne nous présente que l'un d'entre eux, avec le transfert de l'entier des compétences de gestion aux assureurs et une participation des cantons de 25 pour cent. Tout ça reste à évaluer. Il y a d'autres modèles qui pourraient être partenariaux. Tout cela demande des simulations, de telle manière qu'on puisse en déterminer très clairement les tenants et les aboutissants avant de nous prononcer.
Il appartient donc à la commission d'en débattre et de voir quel est le modèle qui serait le plus adapté à ce changement fondamental de fonctionnement de la loi sur l'assurance-maladie.
Le groupe radical-démocratique est en principe pour un passage au système moniste, reste à savoir lequel. Nous avons donné un délai au Conseil fédéral pour étudier cela. Cela doit faire partie de la 3e révision. Je crois qu'il est prématuré de l'inscrire dans la loi maintenant.
Je vous prie donc de rejeter la proposition du groupe démocrate-chrétien.

**Ruey** Claude (L, VD): Effectivement, nous sommes un petit peu dans l'incertitude quant à la portée de l'article 64bis. En réalité, ce n'est pas vraiment le système moniste qui est proposé – c'est dans les dispositions transitoires qu'il se trouve –, et ce n'est pas cela, semble-t-il, qui nous est soumis à l'instant même. M. Rossini a évidemment lié les deux choses, ce que je peux parfaitement comprendre.
En l'occurrence, je dois dire que je ne comprends pas très bien comment le financement peut se faire avec des cantons qui participent au financement de l'assurance-maladie obligatoire, alors qu'en créant la LAMal, c'est précisément ce que nous avons voulu éviter, c'est-à-dire la subvention arrosoir pour tous. Ce qui nous est proposé va précisément en sens inverse de ce que nous voulions au départ.
A l'alinéa 2, on parle de couvrir les coûts des prestations, ce qui est alors totalement antiéconomique et engendrera plus de dépenses, parce que si on payait en fonction des cas, on pourrait en discuter sur la base d'un cas standardisé; mais en fonction des coûts, cela signifie qu'on va vers des hausses de coûts et non pas dans le sens de la réduction des dépenses. C'est un système qui incite à la dépense sans aucune garantie, ce qui me paraît être quelque chose qui ne peut pas être accepté tel quel. Ce système est présenté sans étude préalable, sans aucun doute de façon prématurée et sans que nous ayons eu le temps de l'étudier plus longuement; je crois donc qu'il est faux.
Je vous invite à rejeter la proposition du groupe démocrate-chrétien.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Comme MM. Rossini, Ruey et Guisan, je crois que, si le but final du long voyage qu'on a entrepris et dont nous réalisons une étape aujourd'hui est le système moniste, il ne faut pas précipiter les événements et risquer de ne pas résoudre les problèmes et d'en créer beaucoup d'autres.
Dans le cadre des délibérations parlementaires, il a été décidé à la quasi-unanimité de ne pas faire figurer le problème du financement moniste dans cette révision, mais dans la prochaine. Parce que ce n'est pas si simple! Le problème de la répartition des coûts de formation et de recherche est quelque chose qui nécessite une étude beaucoup plus approfondie que de simples études de deux lignes qui précèdent un petit article de loi.
Nous avons mis sur pied des groupes de travail. Si la proposition du groupe démocrate-chrétien permettait d'éviter des groupes de travail inutiles, je l'applaudirais, mais dans le cas précis, je suis convaincu qu'il est nécessaire que des groupes de travail disent quelles sont les conséquences, comment on peut organiser le système moniste, et ça prendra un certain temps.
Je crois qu'il est inutile de faire de plus longs discours. C'est précipité et je crains que, même en donnant un délai transitoire, vous ameniez un chaos en voulant aller plus vite que la réflexion qui est en cours sur ce sujet.
Il n'est même pas sûr qu'en adoptant la proposition du groupe démocrate-chrétien, vous alliez plus vite que si vous la rejetez, car les groupes de travail sont en train d'étudier la question. Ils doivent rendre leurs résultats à la fin de cette année. Si la révision dont nous discutons est sous toit en septembre, avec le délai de référendum, on peut mettre en marche une nouvelle réforme déjà dans le courant 2004. Et on peut imaginer qu'en 2007 ou 2008, on ait le système moniste, mais dans le cadre de la prochaine révision de la LAMal, et non pas de manière précipitée dans le cadre de la révision en cours.
C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à rejeter la proposition du groupe démocrate-chrétien.

*Abstimmung – Vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/4116)
Für den Antrag der CVP-Fraktion .... 28 Stimmen
Dagegen .... 114 Stimmen

*Art. 41*
*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

Ref. 4116

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 64bis

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.06.2003 17:40:33

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | = | C | SO |
| Banga | * | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | + | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | + | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | * | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | * | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brun | = | C | LU |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | * | G | LU |
| Bührer | o | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | = | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | = | C | VS |
| Cuche | * | G | NE |
| De Dardel | + | S | GE |
| Decurtins | = | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | = | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | = | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Fasel | + | G | FR |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | + | V | ZH |
| Fehr Mario | + | S | ZH |
| Fetz | + | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | + | R | NE |
| Fässler | + | S | SG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | = | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | * | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | * | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | o | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Günter | + | S | BE |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | = | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | = | C | ZG |
| Hess Walter | = | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | + | S | ZH |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Imfeld | = | C | OW |
| Imhof | * | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | + | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | + | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | = | C | JU |
| Lalive d'Epinay | + | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | = | C | FR |
| Leu | = | C | LU |
| Leuenberger Genève | + | G | GE |
| Leutenegger Hajo | o | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | * | C | AG |
| Loepfe | = | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | = | C | GE |
| Mariétan | * | C | VS |
| Marti Werner | + | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | + | S | GE |
| Meier-Schatz | = | C | SG |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | = | C | FR |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Müller Erich | * | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | + | R | ZH |
| Neirynck | = | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | * | R | TI |
| Pfister Theophil | * | V | SG |
| Polla | + | L | GE |
| Raggenbass | = | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | = | C | ZH |
| Robbiani | o | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | + | S | VD |
| Sandoz Marcel | * | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | * | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | = | C | VS |
| Schmied Walter | * | V | BE |
| Schneider | * | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | * | C | TI |
| Sommaruga | * | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | + | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | = | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | * | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | * | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | * | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | = | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | * | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Weigelt | * | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | * | S | LU |
| Widrig | = | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | * | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | = | C | ZH |
| Zisyadis | * | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |
| Zäch | * | C | AG |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 114 |
| nein / non / no | 28 |
| enth. / abst. / ast. | 4 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 53 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 0 | 7 | 4 | 23 | 44 | 2 | 34 | 0 |
| nein / non / no | 26 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 8 | 3 | 2 | 13 | 8 | 3 | 11 | 5 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la commission
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition du groupe PDC

*Art. 49*
*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*
*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Art. 65**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1, 1bis, 1ter, 1quater, 1quinquies, 1sexies, 2*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*
(Heberlein, Antille, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Fattebert, Fischer, Guisan, Gutzwiller, Hassler)
*Abs. 1bis*
.... steuerbaren Vermögens. (Rest des Absatzes streichen)
*Abs. 1quater*
.... oberste Einkommenskategorie. (Rest des Absatzes streichen)
*Abs. 2*
Die Prämienverbilligungen sind so zu gestalten, dass die jährlichen Beiträge ....

*Antrag der Minderheit*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
*Abs. 1quater*
....
c. der Bundesrat legt die für einen Beitragsanspruch massgebenden Schwellen fest.

*Antrag der Minderheit*
(Gross Jost, Bühlmann, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Abs. 7*
Die Kantone können die Prämienverbilligung zwischen Versicherten in integrierten Versorgungsnetzen und Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abstufen. Sie können vorsehen, Prämienverbilligungen nur für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen auszurichten.

*Antrag Guisan*
*Abs. 1quater*
.... mindestens vier Einkommenskategorien ein. Sie legen ein Höchsteinkommen fest, bis zu dem Anspruch auf eine Prämienverbilligung besteht.
....
b. .... höchstens 10 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie. (Rest streichen)
c. Auf Antrag wird für das zweite Kind die Prämie zu 50 Prozent verbilligt und werden für die weiteren Kinder die Prämien erlassen, falls das massgebende Familieneinkommen über der vom Kanton festgelegten obersten Einkommenskategorie liegt, die Prämien insgesamt aber nicht weniger als 9,5 Prozent des Einkommens ausmachen. Die Kantone geben eine entsprechende Information heraus.
d. In Fällen, wo die tatsächlichen Verhältnisse offensichtlich vom massgebenden Einkommen gemäss Buchstaben a und b abweichen, kann sich der Kanton aus Billigkeitsgründen auf diese Verhältnisse beziehen und das massgebende Einkommen aufgrund einer Erklärung des Gesuchstellers festlegen.
e. Die für die Berechnung der Prämienverbilligung massgebende Prämie ist diejenige, die dem Gesuchsteller in Rechnung gestellt wird; allerdings darf die massgebende Prämie nicht höher sein als die gemäss Absatz 1ter festgelegte kantonale Durchschnittsprämie je Versichertenkategorie.
f. Die Kantone gestalten die Prämienverbilligungsordnung im Rahmen der ihnen gemäss Artikel 106 zustehenden Gesamtbeiträge aus.

**Art. 65**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1, 1bis, 1ter, 1quater, 1quinquies, 1sexies, 2*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*
(Heberlein, Antille, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Fattebert, Fischer, Guisan, Gutzwiller, Hassler)
*Al. 1bis*
.... selon le droit cantonal. (Biffer le reste de l'alinéa)
*Al. 1quater*
.... la catégorie de revenu la plus élevée. (Biffer le reste de l'alinéa)
*Al. 2*
Les réductions de primes sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération ....

*Proposition de la minorité*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
*Al. 1quater*
....
c. le Conseil fédéral définit les seuils déterminant l'ouverture du droit aux subventions.

*Proposition de la minorité*
(Gross Jost, Bühlmann, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rossini)
*Al. 7*
Les cantons peuvent fixer la réduction de primes en fonction de la forme d'assurance retenue: assurance affiliant à un réseau de soins coordonné ou assurance obligatoire des soins. Ils peuvent prévoir de n'accorder des réductions de primes qu'aux seuls assurés affiliés à un réseau de soins coordonné.

*Proposition Guisan*
*Al. 1quater*
.... en au moins quatre catégories de revenus. Ils fixent un revenu maximal donnant droit à une réduction des primes.
....
b. .... et à 10 pour cent maximum pour la catégorie de revenu la plus élevée. (Biffer le reste)
c. Sur demande, le deuxième enfant bénéficie d'un allègement de 50 pour cent de la prime et les suivants de la gratuité pour autant que la famille ait un revenu déterminant supérieur à la catégorie la plus élevée déterminée par le canton, mais que le total des primes ne soit pas inférieur à 9,5 pour cent de ce dernier. Les cantons mettent à disposition une information à ce sujet.
d. Lorsqu'il se trouve en présence d'une situation réelle qui s'écarte manifestement du revenu déterminant au sens des lettres a et b, le canton peut, pour des motifs d'équité, se fonder sur cette situation en calculant le revenu déterminant sur la base d'une déclaration fournie par le requérant.
e. La prime déterminante pour le calcul de la réduction est la prime facturée au requérant; toutefois la prime déterminante ne peut pas dépasser le montant de la prime moyenne cantonale par catégorie d'assuré fixée selon l'alinéa 1ter.
f. Les cantons organisent le système de la réduction des primes dans le cadre de l'enveloppe financière qui leur est attribuée en application de l'article 106.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Wir kommen bei diesem Gesetz nun natürlich langsam in die entscheidende Schlussphase – mit dem wichtigen Thema der Prämienverbilligung und den entsprechenden Subventionierungen. Der Antrag der Minderheit Heberlein beschäftigt sich mit diesem Thema.
Ich darf kurz daran erinnern, wie die Geschichte dieses Artikels aussieht: Wir hatten ursprünglich eine Version des Ständerates, die in die Richtung ging, dass die Haushalteinkommen zu nicht mehr als 8 Prozent durch Prämien belastet sein dürften. Wir fanden diese Lösung ungenügend. Es hat dann eine Arbeitsgruppe mit Vertretern des BSV und der Sanitäts- und Finanzdirektoren ein Modell entwickelt, das differenzierter war und das wir im Nationalrat in der ersten Lesung genehmigten. Im Ständerat wurde dieses von uns ursprünglich genehmigte Modell schliesslich um die Befreiung von den Kinderprämien «angereichert», könnte man sagen.

Das ist nun das Problem – zumindest so, wie es dieser Antrag versteht, wenn wir die Texte richtig interpretieren; durch diese «Anreicherung», durch die Befreiung von den Kinderprämien, haben sich nämlich die verschiedenen Prämienverbilligungsmodelle innerhalb dieses Gesetzes vermischt. Die Verwaltung hat uns im Rahmen der Kommission auch klar die Konsequenzen dieser Vermischung aufgezeigt. Auch die Finanzdirektoren wehren sich klar gegen diese Vermischung. Das ist auch das Ziel des Antrages der Minderheit Heberlein: Die Konzentration auf ein Modell. Entweder bleiben wir beim Doppeltarif, beim Selbstbehaltmodell, oder aber wir verwenden die ganze oder teilweise Prämienverbilligung für Kinder.

Nun, Sie wissen das, und die Debatte ist hier schon länger hin- und hergegangen. Man kann diese Prämienvergünstigungen für Kinder aus familienpolitischen Gründen wollen. Wir sind aber der Meinung, dass dann konsequenterweise der Doppeltarif beim tieferen Selbstbehaltanspruch von 2 bis 10 Prozent weichen oder ganz gestrichen werden müsste. Oder es müsste ein Selbstbehalttarif von nur 4 bis 12 Prozent festgelegt werden, der dann die Kinder einschliessen würde.

Der Bericht der Verwaltung hat auch klar gemacht, dass die Streichung der Kinderprämie bzw. die zusätzliche Verbilligung beim zweiten Kind und bei weiteren Kindern sehr teuer zu stehen käme. Man rechnet mit ungefähr 400 Millionen Franken an zusätzlichen Kosten.

Was uns besonders störend erscheint, ist die Tatsache, dass diese Verbilligung bei der gewählten Formulierung, jedenfalls nach unserer Interpretation, sämtlichen Einkommenskategorien zugute käme. Das kann nicht Sinn und Zweck dieses Artikels sein. Nach den Tönen, die man in der Debatte um den 18. Mai gehört hat, hat es uns auch etwas erstaunt, dass die Linke dieser Formulierung in der Kommission zugestimmt hat, obwohl hier unseres Erachtens eine Umverteilung zugunsten der höheren Einkommen stattfinden würde.

Aufgrund der Finanzierungsprobleme, die wir noch diskutieren werden – Sie wissen ja, dass wir über 150, über 200 Millionen Franken und andere Varianten diskutieren werden –, ist klar: Wenn wir hier ausweiten, also der Mehrheit folgen, laufen wir Gefahr, dass diese zusätzlichen Gelder ineffizient eingesetzt werden und nicht wirklich vollumfänglich dorthin gelangen, wo die Probleme sind, nämlich bei den wirtschaftlich Schwächeren, deren Prämien verbilligt werden sollen.

Ziel des Antrages der Minderheit Heberlein ist es also, einen klaren Entscheid zu erlangen. Mit diesem Antrag können wir auf das Modell zurückgehen, das im Nationalrat beschlossen wurde, das wir hier in der ersten Lesung befürwortet haben. Dieses Modell geniesst auch eine breite Zustimmung. Die Sanitätsdirektoren, die Finanzdirektoren und auch das BSV haben sich für dieses Modell ausgesprochen. Es ist zudem beizufügen, dass die Kassen selber die Prämien für Kinder bis auf einen Franken reduzieren können. Da gibt es einen gewissen wettbewerblichen Spielraum, den wir ihnen lassen sollen. Schliesslich muss ich hier die Problematik der Durchführung dieses vorgeschlagenen Mischsystems nicht erwähnen. Es gibt heute verschiedenste Familienformen. Nicht alle Familienmitglieder sind bei der gleichen Kasse. Es gäbe hier neben vielen konzeptionellen und finanziellen Fragen also auch logistische Probleme.

Ich möchte Sie also bitten, dem Antrag der Minderheit Heberlein zum Durchbruch zu verhelfen. Er konzentriert das System klar auf eine Form der Prämienverbilligung. Er sorgt dafür, dass das Geld dorthin gelangt, wohin es gelangen sollte, nämlich zu den wirtschaftlich Schwächeren, und vermischt nicht unterschiedliche Systeme mit sekundären familienpolitischen Zielsetzungen, die zudem auch den Bessergestellten zugute kämen.

Ich bitte Sie, den Antrag der Minderheit Heberlein zu unterstützen.

**Rossini** Stéphane (S, VS): La proposition de minorité que je défends à l'article 65 alinéa 1quater lettre c demande que la définition des seuils d'accès aux subventions fédérales pour les assurés économiquement faibles soient définis par le Conseil fédéral. Pourquoi cette formulation? Il ne s'agit nullement ici d'une question de méfiance ou d'approches inégalitaires des traitements par les cantons, mais plutôt d'une problématique par rapport aux modalités mêmes de définition d'enveloppes.

On sait que les enveloppes qui sont attribuées aux cantons le sont en fonction, d'une part, de la population et, d'autre part, de l'indice de capacité financière des cantons. Et ces deux critères n'ont strictement aucune relation avec le système de santé. Par conséquent, on a ici des critères qui pénalisent certains cantons ou favorisent d'autres. Vous avez des cantons qui, avec un bon mélange population et mauvaise capacité financière, peuvent recevoir des enveloppes totalement disproportionnées.

Si on met en regard cet élément et les objectifs sociaux que l'on détermine ensuite à l'intérieur d'un canton, on se rend compte que dans le concret, les cantons définissent les seuils en fonction de cette enveloppe. Ce n'est pas, comme pour d'autres régimes – que ce soit les prestations complémentaires ou d'autres prestations d'aide sociale cantonale –, un seuil social qui ouvre un accès aux prestations. C'est au contraire l'enveloppe fédérale qui détermine la manière dont on va répartir cet argent. En regard des décisions importantes que nous allons prendre après, s'agissant de la définition de l'enveloppe, des montants financiers à disposition, il nous faut remarquer que nous sommes dans une situation relativement floue quant à savoir finalement quels seront les moyens qui nous permettront d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés avec la nouvelle décision du Conseil des Etats qui différencie les seuils de 2 à 12 pour cent selon que l'on soit une famille ou une personne seule.

Par conséquent, notre crainte est relativement simple: c'est que les cantons soient contraints, en fonction de l'enveloppe budgétaire, de tirer ces seuils vers le haut et de se rapprocher – avec ces catégories qu'on leur impose, quand même – des pourcentages maximum et que, par conséquent, l'on voie la situation d'aujourd'hui dégradée pour toute une série de bénéficiaires actuels de subventions au titre des assurés économiquement modestes.

Donc, ce qui nous paraît important ici, c'est qu'il y ait une certaine clarté, qu'il y ait une certaine égalité de traitement pour éviter des biais dans l'application de ces objectifs sociaux, dans le cas où nous aurions une enveloppe financière insuffisante à disposition de l'ensemble des cantons.

C'est la raison pour laquelle je demande que, pour éviter un accroissement des inégalités, le Conseil fédéral définisse, lui, les seuils déterminant l'ouverture du droit aux subventions.

**Guisan** Yves (R, VD): Je dois rappeler ici les engagements pris par les opposants à l'initiative socialiste (initiative-santé). Non seulement la 2e révision de la LAMal doit comporter des mesures plus structurées pour alléger les primes des personnes à revenu modeste, comme cela a été envisagé d'emblée par le Conseil des Etats, mais encore, des solutions doivent être développées en faveur des familles et des enfants. C'est dans cet esprit que la proposition Meyer Thérèse – prime réduite de 50 pour cent pour le deuxième enfant, gratuité pour le troisième et les suivants – a été adoptée. Il est donc hors de question de renoncer à cet engagement de principe.

Toutefois, force est de constater que faute de mesures d'encadrement plus précises, le modèle du Conseil des Etats a des répercussions absolument considérables sur les cantons, et certainement insupportables pour un certain nombre d'entre eux: 231 millions de francs pour le canton de Vaud, 113 millions de francs pour le canton de Neuchâtel, 48 millions de francs pour le canton du Jura et enfin 112 millions de francs pour le canton du Tessin, enfants non compris. Au niveau suisse, les subsides pour les enfants représentent à eux seuls un surcoût de 300 millions de francs. Dans ce contexte, il semble inapproprié de subsidier des milieux très

aisés. Il est donc indispensable de cadrer davantage le projet.
C'est pourquoi je vous propose de restructurer quelque peu l'alinéa 1quater, en introduisant tout d'abord une limite maximale de droit aux subsides dans l'énoncé. La lettre a reste inchangée. Par contre, la lettre b se limite à la définition des fourchettes de participation pour les familles avec enfant ou sans enfant.
Sous la lettre c, l'allègement de la prime des enfants n'est appliqué qu'à la classe moyenne qui n'émarge plus aux subsides, parce que son revenu est en dessus du maximum fixé par les cantons. Il est entendu que les personnes qui sont couvertes par les fourchettes donnant droit aux subsides bénéficient déjà de cet allègement par le biais de ces pourcentages et qu'il est par conséquent normal qu'elles ne soient pas couvertes par le libellé qui reprend l'ancienne proposition Meyer Thérèse.
Comme la compétence de la gestion de ce dispositif appartient aux cantons, il est impossible de mentionner une limite maximale de revenu chiffrée en francs et en centimes dans la loi. En fixant cette limite à un pourcentage maximum que représente la prime par rapport au revenu déterminant, j'ai appliqué la même logique que celle qui s'applique à la définition des fourchettes. Cela ne représente donc pas une complication insurmontable. Avec 9,5 pour cent, la limite supérieure fixée se trouve aux environs de 110 000 francs. De la sorte, les objectifs de la loi sont équilibrés.
Les formulations relatives aux lettres d, e et f contribuent à assurer des modalités d'application en accord avec la pratique actuelle.
La lettre d est indispensable pour prendre en compte les situations financières qui s'aggravent en cours d'exercice fiscal: chômage, divorce, décès, etc. La prise en compte de la situation réelle permet également d'éviter de subsidier des personnes à revenu élevé qui sont parvenues à une situation fiscale favorable par le biais de défalcations importantes et dont le revenu déterminant, selon le barème de l'impôt fédéral direct, n'est plus le reflet.
La lettre e a pour but d'éviter les inégalités de traitement et d'aboutir, dans les cantons qui ont développé depuis longtemps un système de réduction des primes en fonction du revenu, à des réductions plus élevées que la charge de prime réelle d'une personne ou d'une famille.
Enfin, la lettre f est indispensable pour permettre aux cantons de ne pas subir totalement une nouvelle charge supplémentaire d'un montant considérable. Ceci entre dans la logique de l'article 106, qui postule que la part du canton ne dépasse pas 50 pour cent du subside fédéral.
Ma proposition se situe donc dans la perspective d'une harmonisation équilibrée des objectifs sociaux de la loi d'une part, des relations financières entre cantons et Confédération d'autre part. J'espère qu'elle trouvera grâce à vos yeux.
A défaut d'une solution acceptable, il n'est pas exclu que les cantons tentent de torpiller la péréquation financière; nous en avons déjà les premiers échos dans la presse.

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité Gross Jost a été retirée.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien soutient la majorité pour la totalité de l'article 65. Il soutient ainsi la version décidée par le Conseil des Etats.
Cette version introduit un but social avec une réduction des primes échelonnée suivant le revenu net. M. Guisan a parlé de revenu selon le barème de l'impôt fédéral direct: c'est le revenu net dont il s'agit, cela change donc déjà les paramètres. La charge des primes pour les familles ne devra pas dépasser de 2 à 10 pour cent le revenu net, et celle pour les autres de 4 à 12 pour cent.
Le Conseil des Etats a complété ce modèle pour soutenir les familles de la classe moyenne avec plusieurs enfants qui ne pourront pas profiter dans la plupart des cas de ce but social. Selon le rapport demandé par l'OFAS à M. Andreas Balthasar, intitulé «Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons» et qu'il a rendu en 2001, on voit clairement que la charge des primes d'assurance-maladie est spécialement lourde pour la famille type de la classe moyenne ayant trois enfants et plus. Suivant les cantons, jusqu'à 57 pour cent du revenu sont utilisés pour les impôts, les assurances sociales, les loyers et les primes d'assurance-maladie. Il faut ensuite avoir encore les moyens de nourrir, habiller et former tout ce petit monde; ça fait beaucoup de bouches à nourrir, souvent cinq, six. Donc, une famille de ce genre est la moins bien lotie au point de vue du pouvoir d'achat, et c'est cela qui nous a touchés. «Les familles de ce type sont une majorité silencieuse qui font face seules à leurs obligations et qui ont souvent l'impression de n'être soutenues par personne»: c'est une déclaration qui a été faite par un auditeur qui parlait à Mme Micheline Calmy-Rey, conseillère fédérale, dans une émission de radio.
En Suisse, je l'ai déjà dit, sur 534 000 familles avec enfants, 254 000 ont deux enfants et 90 000 seulement trois enfants et plus, dont 23 000 ont quatre enfants. Vous voyez que les grandes familles sont presque en voie de disparition et nous devons les soutenir. Nous en avons besoin pour l'avenir de notre pays. D'autre part, les jeunes familles sont très solidaires dans l'assurance-maladie. En l'an 2000, une famille avec trois enfants dont un adolescent, payait en moyenne 8500 francs de prime et coûtait 5500 francs à l'assurance-maladie. Vous voyez donc que la solidarité s'exerce de toute façon.
Le Conseil des Etats a bien compris cette situation et a adopté ce projet qui peut s'appliquer simplement. Notre Conseil a déjà donné deux fois son feu vert pour des allègements pour les familles, la dernière fois avec 30 voix d'écart, je vous le rappelle.
La version proposée a servi pratiquement de contre-projet indirect à l'initiative-santé, et beaucoup d'opposants à l'initiative se sont appuyés sur le projet du Conseil des Etats pour la combattre avec succès. Par loyauté, j'engage le Conseil national à maintenir la ligne déjà exprimée à deux reprises et à soutenir le projet destiné à alléger de 50 pour cent les primes du deuxième enfant et à introduire la gratuité dès le troisième enfant, sans considération de revenu. Mais, après avoir pris des renseignements, on constate qu'il y a peu de familles très aisées qui en profiteraient et, de toute façon, ça se passerait sur demande, comme dans pratiquement tous les cantons – sauf Zurich –, comme d'ailleurs pour le reste de la demande de la réduction des primes.
Si cette disposition est adoptée, je demande une modification rédactionnelle, négociée en commission avec l'administration, pour que la volonté du législateur soit clairement établie, c'est-à-dire de mettre une lettre c à l'article 65 alinéa 1quater.
S'il vous plaît, restons fidèles à nos engagements antérieurs et suivons ici le Conseil des Etats pour établir un but social qui permette de maintenir un système de prime par tête équitable pour les personnes à revenu modeste et pour les familles qui ont plusieurs enfants.

**Hassler** Hansjörg (V, GR): Die SVP-Fraktion hat sich immer für das Kopfprämiensystem, verbunden mit der Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, ausgesprochen. Dieses System ist gerecht und auch sozial. Eine zusätzliche Prämienverbilligung für Kinder lehnen wir aber ab. Auf den ersten Blick erscheint eine zusätzliche Entlastung von Familien mit Kindern vertretbar, aber es kommt einer Vermischung von zwei Systemen gleich. Auch das Sozialziel, Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu entlasten, erreichen wir damit nicht.
Eine Entlastung aller Familien mit Kindern über die Prämienverbilligung entspricht dem Giesskannenprinzip. Auch wohlhabende Familien, welche die Krankenkassenprämien ohne weiteres bezahlen können, würden in den Genuss der Prämienverbilligungen kommen. Das ist nicht nötig und muss daher abgelehnt werden. Dazu kommt, dass die Krankenkassen für Kinder bereits heute tiefere Prämien festzulegen

haben. Viele Versicherer verbilligen die Prämien ab dem dritten Kind bereits heute sehr stark. Bei einzelnen Kassen muss für das dritte Kind lediglich ein symbolischer Betrag von einem Franken Prämie bezahlt werden. Der Antrag der Minderheit Heberlein entspricht dem Sozialziel der Prämienverbilligung. Die SVP-Fraktion unterstützt daher den Antrag der Minderheit Heberlein.
Das in Artikel 65 vorgeschlagene Prämienverbilligungssystem ist sozial und ausgewogen. Mit der beantragten Lösung werden vor allem Familien entlastet. Die Prämienbelastung darf einen im Verhältnis zum Reineinkommen stehenden Eigenanteil nicht übersteigen. Die Kantone sind verpflichtet, vier Einkommenskategorien mit den dazugehörenden möglichen Prämienbelastungen festzulegen. Dabei ist es aus unserer Sicht richtig, dass die Kantone – und nicht der Bund – diese Einkommensschwellen festlegen können. Die Einkommensverhältnisse und die Höhe der Prämien sind in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich. Die Kantone müssen daher auf ihre Verhältnisse zugeschnittene Lösungen vorsehen können. Durch den Bund festgelegte einheitliche Schwellen für das ganze Land, wie sie die Minderheit Rossini möchte, sind daher abzulehnen. Diese Lösung würde unseren Verhältnissen in keiner Art und Weise gerecht.
Den Antrag der Minderheit Rossini lehnen wir daher ab, und wir stimmen der Mehrheit zu. Ebenfalls lehnt die SVP-Fraktion den Einzelantrag Guisan ab.

**Goll** Christine (S, ZH): Zunächst möchte ich festhalten, dass die Gesundheits-Initiative nicht wirkungslos geblieben ist. Immerhin hat sich auch in den eidgenössischen Räten die Erkenntnis durchgesetzt, dass es absolut notwendig ist, ein Sozialziel gesetzlich im KVG zu verankern. Hier haben wir Konsens.
Ursprünglich wollte der Ständerat eine starre Quote von 8 Prozent einführen. Jetzt steht ein neues Modell zur Diskussion. Nur geht es bei diesem neuen Modell nicht nur um die Frage, ob es für die unteren und mittleren Einkommen und für Familien mit Kindern tatsächlich eine Entlastung bedeuten wird, sondern es herrscht auch sehr grosse Verwirrung über dieses Modell, das wir hier diskutieren.
Grundsätzlich werden zwei Kategorien von Versicherten geschaffen: Versicherte mit Kindern und Versicherte ohne Kinder. Klar festgehalten ist aber in Absatz 1 von Artikel 65, dass Prämienverbilligungen nur an Versicherte mit Kindern oder ohne Kinder ausbezahlt werden, die stark belastet sind – «stark belastet sind», das ist im Gesetzestext festgehalten. Das heisst also konkret, dass von diesen zwei Kategorien nicht alle Versicherten erfasst werden. Das heisst auch: Wenn wir jetzt die Maximalbegrenzung in Bezug auf das Einkommen – die Referenz ist da die direkte Bundessteuer – nehmen, dann würde das bedeuten, dass Familien mit Kindern maximal 2 bis 10 Prozent bezahlen müssten, Versicherte ohne Kinder maximal 4 bis 12 Prozent. Nur diejenigen erhalten aber Prämienverbilligungen, die eben stark belastet sind. Das heisst also, es kann durchaus sein, dass Versicherte ohne Kinder weiterhin mehr als 12 Prozent bezahlen werden und Familien mit Kindern weiterhin mehr als 10 Prozent.
Wie soll die Durchführung funktionieren? Der Bund legt eine Referenzprämie fest, das ist ebenfalls im Gesetzestext so formuliert, und das heisst: Wenn er diese Referenzprämie festlegt, dann kann er letztlich auch die Einkommensgrenzen festlegen und nicht nur einfach bestimmen, dass die Kantone selber über diese Einkommensgrenzen entscheiden. Was passiert nämlich, wenn die Kantone selber die Einkommensgrenzen festlegen? Dann haben wir dieselbe Misere, die wir heute bereits beim individuellen Prämienverbilligungssystem haben, d. h., je nach Schwelle gibt es mehr oder weniger Begünstigte und mehr oder weniger Entlastung für die einzelnen Versicherten, die eben stark belastet oder in wirtschaftlich schwierigen Situationen sind. Das ist dann natürlich auch wieder von der Höhe der zur Verfügung stehenden Prämiengelder abhängig, über die wir ja erst nachher entscheiden müssen.
Zum Mythos, der hier aufgebaut wird – und Herr Hassler hat das jetzt auch nochmals getan –: Es ist überhaupt nicht so, dass alle Familien mit Kindern entlastet werden, sondern eben nur diejenigen, die «stark belastet sind», wie es im Gesetzestext steht. Das heisst also konkret: Nur diejenigen, die Prämienverbilligungsgelder erhalten, werden künftig aufgrund dieses Zusatzes der Kinderentlastung – 50 Prozent für das zweite Kind, ab dem dritten Kind keine Prämie mehr – eben überhaupt begünstigt. Es ist also ein Mythos, davon zu sprechen, dass mit diesem Modell alle Familien mit Kindern entlastet werden.
Zum Schluss möchte ich einfach nur sagen: Die Umsetzung dieses Modells stiftet nicht nur Verwirrung, sondern sie ist auch sehr fraglich. Ich muss Ihnen hier klar sagen: Die Gefahr ist sehr gross, dass künftig alle Versicherten in wirtschaftlich schwierigen Situationen weniger erhalten werden. Konkret heisst das auch: Wenn wir dieses Modell in der Praxis umsetzen müssen, heisst das, dass sich die Situation derjenigen verschlechtert, die heute bereits Prämienverbilligungsgelder erhalten. Sie werden künftig nämlich noch weniger erhalten.
Ich bitte Sie, den Antrag der Minderheit Heberlein abzulehnen und den Antrag der Minderheit Rossini zu unterstützen.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Die FDP-Fraktion unterstützt die Minderheit Heberlein. Es ist nicht so, wie Frau Goll sagt, dass wir uns erst jetzt, seit der Diskussion um die Gesundheits-Initiative, mit Prämienverbilligungen befassen; das haben wir schon seit Einführung dieser neuen Krankenversicherung getan. Wir haben uns auch immer darum gesorgt, dass diese Verbilligung wirksam ist. Wir haben die Kantone zur Rechenschaft gezogen; wir sind jetzt dabei, diese Prämienverbilligungen auf mehr Personen auszudehnen. Wir weigern uns, das im «Giesskannenstil» zu tun und alle genau gleich zu behandeln, aber wir wollen ganz gezielt denjenigen, die es nötig haben, eine Verbilligung zukommen lassen. Diejenigen, die es nötig haben, das sind Familien mit kleinen Einkommen, es sind auch Familien mit Kindern, und diesen wollen wir diese Gelder zugute kommen lassen.
Jetzt kommt die grosse Frage: Wer ist denn mit diesem Gesetz gemeint? Wenn man nur den Gesetzestext anschaut, dann kann man sich fragen: Sind das nur die Kinder von Eltern in schwierigen Verhältnissen, oder sind das alle Kinder? Wenn man nicht einig ist, wenn man Fragen hat, wie ein Gesetzestext umzusetzen ist, dann geht man in die Materialien und schaut, was dort eigentlich gemeint war. Sie können das im Amtlichen Bulletin nachlesen, Frau Goll, z. B. ein Zitat von Ständerat Philipp Stähelin aus dem Thurgau: Er hat gesagt, es sei ihm genau bewusst, dass es Kinder treffe, die solche Zahlungen nicht nötig hätten, aber er nehme das in Kauf. Gemeint sei hier eine familienpolitische Wirkung, und alle Kinder sollten in den Genuss dieser Vergünstigungen kommen.
Da haben wir eine Diskrepanz. Die Materialien sind hier eindeutig. Deshalb muss hier der Bundespräsident Klarheit schaffen, wer hier gemeint ist. Wenn das wirklich alle Kinder aus allen Einkommensschichten sein sollen, dann sind wir anderer Meinung, denn wir wollen nicht allen ein wenig von diesen Verbilligungen zukommen lassen, sondern ganz gezielt denjenigen, die es nötig haben, wirkliche Verbilligungen gewährleisten. Wir werden ja im Rahmen dieser Prämienverbilligungsdebatte auch die notwendigen Gelder dazu beschliessen. Wenn man sie einfach verteilt, kommt denjenigen, die sie nötig haben, weniger zugute, als wenn man das gezielt macht.
Wir stehen auch dahinter, dass sich diese Prämienverbilligungen der Kostenentwicklung anpassen, um eine wirksame Verbilligung zu erzielen. Wir sind auch nach wie vor bemüht, dass die Kantone ihr Ziel erreichen.
Ich bitte Sie im Namen der FDP-Fraktion, hier dieses Kernstück, die Prämienverbilligung, auf die viele warten, gutzuheissen, aber der Minderheit Heberlein zu folgen und sonst die Mehrheiten zu unterstützen und die Minderheit Rossini abzulehnen.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Tout le monde peut comprendre que le système actuel coûte cher aux familles. L'idée de décréter que le deuxième enfant paie une prime réduite de 50 pour cent et les suivants n'en paieraient plus est une volonté claire de la majorité de la commission. Elle a été exprimée aussi par notre Conseil au mois de décembre dernier.
La solution adoptée par notre Conseil en décembre 2002 faisait que c'étaient les assurés de la même caisse qui auraient payé. La solution du Conseil des Etats met cet effort à la charge des subventions. Cela signifie, comme cela a été dit tout à l'heure, qu'on dilue davantage. Ma lecture de cette disposition en tout cas me dit que c'est ciblé sur les subventionnés.
Mme Meyer, tout à l'heure, a proposé que la dernière phrase de l'alinéa 1quater lettre b soit séparée du reste du texte et que cela donne une lettre c. Elle a montré par là la volonté de ne plus cibler les subventions, mais de les accorder à toutes les familles.
La minorité veut garder la capacité de subventionnement disponible pour les familles modestes et les charges d'enfants qui sont prises en compte – dans ce calcul des revenus modestes, on considère que les charges d'enfants sont également prises en compte.
Chargé, comme ma collègue, Mme Heberlein, de vous recommander d'adopter la proposition de la majorité, je vous laisse constater quand même que nous faisons, tous les deux, partie de la minorité et qu'adopter la proposition de minorité maintiendrait une divergence. Mais il y a incontestablement un flou qui pourrait être dissipé, le temps d'une navette entre le Conseil des Etats et le nôtre.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir haben hier eine nicht ganz einfache Situation. Sie haben es bereits von den verschiedenen Antragstellern gehört; Sie haben es aber auch anlässlich der verschiedenen Begründungen der Fraktionen gehört, insbesondere beim Wunsch von Frau Meyer, wonach man einen separaten Buchstaben c in Absatz 1quater einfügen möge, damit klar da stehe, dass allen Familien mit Kindern eben diese Prämienvergünstigungen bzw. die Streichung der Prämie beim dritten Kind zugute kommen.
Der Ständerat hat ja bekanntlich zuerst von einer generellen 8-prozentigen Prämienverbilligung gesprochen. Wir sind dann bei der ersten Lesung von diesem Vorschlag abgekommen, aufgrund auch des grossen Druckes, der von den Kantonen kam; denn die Kantone sind klar der Meinung, dass eine derartige generelle Lösung nicht ihren Bedürfnissen entspreche. Wir haben eine der heutigen Lösung ähnliche Vorschrift verabschiedet. Der Ständerat hat dann mit einer Vermischung von zwei verschiedenen Prämienverbilligungssystemen zusätzliche Prämienverbilligungen für Kinder eingeführt und das Paket «angereichert». Dabei soll das dritte Kind von den Prämien befreit werden und das zweite Kind nur 50 Prozent der Prämie bezahlen müssen. Dies in der Meinung, dass aus familienpolitischen Gründen an der ganzen und teilweisen Prämienverbilligung festgehalten werden müsse.
Wir haben vehemente Stellungnahmen gegen diese ständerätliche Lösung von der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und von der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren erhalten. Sie sind der Meinung, dass beim Einbezug der Kinder nur ein Doppeltarif angewendet werden darf. Der tiefere Tarif von 2 bis 10 Prozent für Familien mit Kindern müsse dann nämlich gestrichen und nur der Tarif von 4 bis 12 Prozent dürfe angewendet werden.
Nun haben wir aber zunächst die Formulierung in Artikel 65, so, wie sie im Gesetz steht. Daraus könnte abgeleitet werden – aber es ist auch eine Interpretationsfrage –, dass nur Familien mit Kindern, die eine Prämienverbilligung erhalten, noch in den Genuss der zusätzlichen Streichung beziehungsweise Halbierung der Kinderprämien kommen. Die Voten im Ständerat waren nun ganz anders, auf der einen Seite – wir haben es gehört – von Philipp Stähelin, der klar sagte, er wolle vom thurgauischen System ausgehen, in dem auf das Vermögen abgestellt werde. Auf der anderen Seite sagte Kommissionspräsident Frick auch klar: Natürlich würden auch reiche Familien entlastet, aber das würde in Kauf genommen. Selbst wenn sehr reiche Familien diese Prämienverbilligungen beantragen, werden sie ausgerichtet; Kinder unter 18 Jahren erhalten das.
Deshalb hat sich Frau Beerli im Ständerat klar gegen dieses System gewandt. Man ging auch in unserer Kommission, wenn ich den Antrag Meyer Thérèse richtig verstanden habe, immer davon aus, dass diese Entlastung von Familien mit Kindern auf alle Familien zutreffen soll. Nun möchte ich Sie fragen: In Zeiten, wo wir knappe finanzielle Mittel haben, wollen wir diese Prämienreduktionen bzw. die gesamte Streichung allen zugute kommen lassen, oder wollen wir sie nur den finanziell wirklich Bedürftigen zugute kommen lassen und ihnen dafür mehr geben? Wir haben es gehört, es kann eben eine Reduktion für alle anderen geben.
Zu den Finanzen: Bei der Stufung ergeben sich für den Bund Mehrkosten von rund 100 bis 300 Millionen Franken. Werden die Kinderprämien gemäss Kommissionsmehrheit zusätzlich mit einbezogen, dann sind es nochmals 100 bis 190 Millionen Franken mehr. Daher wehren sich die Kantone auch klar – wir kommen bei der Finanzierung darauf zu sprechen –; sie sagen, dann müsse klar an den höheren Beiträgen festgehalten werden.
Ich möchte noch kurz auf den Antrag Guisan eingehen, obwohl er der Kommission nicht vorlag. Ich bin der Meinung, nur wenn wir eine Differenz zum Ständerat schaffen, haben wir Klarheit darüber, was wirklich gemeint ist und wie wir diesen Artikel wirklich anwenden wollen. Denn ich habe grosse Bedenken, auch wenn eine grosse Tageszeitung von einem virtuellen Krieg um Kinderprämien gesprochen hat. Dem ist leider nicht so, denn dieser Gesetzesartikel wurde vom Ständerat, auch wenn er vielleicht vom Text her klar ist, völlig anders interpretiert und auch von der Kommissionsmehrheit her so ausgelegt, dass für alle Familien die Prämien für das zweite und das dritte Kind verbilligt bzw. erlassen werden.
Wir müssen hier eine Differenz schaffen. Das könnte zum Beispiel der Fall sein, wenn wir dem Antrag Guisan zu Absatz 1quater Litera c zustimmen. Dort wird dann festgehalten, dass die Einkommenskategorien mit berücksichtigt werden. Aber was wir nicht wollen, ist Litera e so, wie es Herr Guisan beantragt: dass wir von einer kantonalen Durchschnittsprämie ausgehen. Dies wäre völlig kontraproduktiv. Wir müssen von den effektiven Prämien ausgehen und nicht von den höchsten Prämien, wie sie im Kanton Waadt und im Kanton Genf verlangt werden.
In diesem Sinne kann ich Ihnen also nur – zwar nicht im Namen der Kommissionsmehrheit – empfehlen: Sie schaffen nur Klarheit, wenn Sie eine Differenz beschliessen. Die Differenz wäre beispielsweise auch gegeben, wenn Sie meinem Minderheitsantrag folgen würden.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe libéral communique qu'il soutient la proposition Guisan.

**Simoneschi** Chiara (C, TI): Ich habe Ihnen zugehört. Ich glaube, Sie sind Berichterstatterin der Mehrheit. Ist das so? Ich bin nicht in der Kommission. Ich habe auf der Fahne nachgeschaut und gesehen, dass diese Prämienverbilligung von der Mehrheit vertreten wird. Sie haben mehr dagegen gesprochen als dafür. Das ist nicht korrekt; das macht man nicht so. Wenn die Prämienverbilligung auf der Fahne bei der Mehrheit ist, muss man sagen: Die Mehrheit hat dieses Modell beschlossen. Wir haben in der Kampagne gegen die Gesundheits-Initiative immer gesagt, man habe mit dem Modell der Mehrheit eine Lösung für Familien mit Kindern und kleinem Einkommen gefunden. Meine Frage ist: Sind Sie vielleicht nicht am richtigen Ort?

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Frau Simoneschi, ich bin am richtigen Ort, denn ich habe erläutert, dass die Mehrheit eben nicht eine klare Regelung beschlossen

hat. Die Mehrheit hat beschlossen, laut exaktem Gesetzestext, dass die Prämien für die Kinder, für das zweite und das dritte Kind, nur erlassen bzw. reduziert würden, wenn die Familien Prämienverbilligung erhielten. Frau Meyer aus Ihrer Fraktion möchte aber, dass in sämtlichen Familien das zweite und dritte Kind Prämienerlass oder eine Prämienverbilligung von 50 Prozent haben. Dies war auch die Meinung im Ständerat. Aber der Gesetzestext sagt, wenn man ihn ganz streng auslegt, etwas anderes.
Ich wollte, dass hier mit einer Differenz Klarheit geschaffen werden muss. Wir sind nicht mehr im Erstrat, und daher ist es nachher im Interesse einer Auslegung – also dessen, was wir wirklich gemeint haben – notwendig, dass eine Differenz da ist, damit der Ständerat nochmals entscheiden kann, was er will. Will er in sämtlichen Familien das zweite und dritte Kind entlasten? Dann müsste eine separate Bestimmung geschaffen werden, wie das Frau Meyer vorgeschlagen hat. Wir haben aber keinen derartigen Antrag. Wenn nur die Familien entlastet werden sollen – wie das jetzt Frau Goll gesagt hat –, welche Prämienverbilligung erhalten, dann müsste man eben diesem Gesetzestext zustimmen. Das war aber nicht die Meinung der CVP-Fraktion.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: L'article 65 alinéa 1er, selon la version du Conseil des Etats, stipule: «Les cantons accordent des réductions de primes aux personnes suivantes:
a. les assurés pour lesquels les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge;
b. les familles qui peuvent faire valoir le droit à une déduction sociale ....»
Si l'on reprend la première condition, les primes doivent être accordées aux assurés pour lesquels les primes de l'assurance obligatoire des soins représentent une lourde charge. Il y a donc une limite de revenu au-delà de laquelle il n'y a plus de subvention qui est donnée, et nous pensons qu'en fonction des dispositions de la loi que vous vous apprêtez à voter, les cantons peuvent déjà fixer une limite supérieure de revenu donnant droit à la réduction de primes.
Au-delà de cette limite, il n'y a plus de subventionnement, quel que soit le pourcentage du revenu que représente la charge des primes, parce que la situation de ces personnes est telle que c'est le «hasard fiscal» qui fait que les primes représentent moins de 10 pour cent de leur revenu. Mais fondamentalement elles ont une situation saine, et il est injustifié de leur donner une réduction de prime.
La lettre b prévoit que les familles avec enfants peuvent faire valoir le droit à une déduction sociale. Là, on aborde le problème soulevé par Mme Heberlein, c'est que si on ne fixe pas une limite de revenu, on attribue des subventions à toutes les familles.
En fonction de ces arguments, nous constatons que le Conseil des Etats a fait se superposer deux systèmes d'allègement des primes des familles avec enfants: un basé sur le revenu, où le revenu déterminant est fixé en fonction du nombre d'enfants, et l'autre, en plus, basé sur le nombre d'enfants et qui ne tient pas compte de la situation financière réelle.
Il y a là une certaine confusion qui justifie qu'on reprenne le problème afin d'éviter le système de l'arrosoir, et que soient subventionnées des familles qui ont plusieurs enfants, mais qui ont des revenus nettement suffisants pour payer leurs primes. Il n'y a pas de justification à leur attribuer une aide étatique.
En fonction de ces arguments, nous soutenons la proposition de minorité Heberlein. Encore une fois, nous voulons soutenir les familles avec enfants, mais nous le faisons à travers le système général de pourcentage. Il n'est pas nécessaire de superposer à ce système, qui prend déjà en compte l'élément du nombre d'enfants, un deuxième système d'allègement des primes basé seulement sur le nombre d'enfants.
Dans la proposition Guisan, il y a des choses que nous acceptons et d'autres que nous n'acceptons pas. Reprenons les éléments.
Tout d'abord, la faculté pour les cantons de prévoir une limite supérieure de revenu pour le droit à la réduction de primes: je viens de m'exprimer sur ce sujet, je crois que les cantons doivent avoir cette possibilité de fixer une limite supérieure de revenu pour le droit à la réduction des primes; c'est à eux de le faire, c'est à eux de fixer cette limite.
Ensuite, la possibilité pour les cantons de se fonder sur la situation économique actuelle pour déterminer le droit à la réduction de primes: l'objectif est louable, le Conseil fédéral est d'accord avec l'objectif. Mais je tiens à relever que l'article 65 alinéa 3 LAMal prescrit déjà que les cantons doivent veiller, «lors de l'examen des conditions d'octroi» du droit à une réduction de primes, «à ce que les circonstances économiques et familiales les plus récentes soient prises en considération, notamment à la demande de l'assuré».
En conséquence, la lettre d de la proposition Guisan est superflue, elle peut être rejetée. Non pas que nous condamnions l'idée, mais l'idée est déjà réalisée ailleurs.
Ensuite encore, l'octroi d'une réduction de prime à compter du deuxième enfant, seulement sur demande et avec une limite supérieure de revenu de 9,5 pour cent – ce sont les lettres b et c: nous sommes contre une réduction supplémentaire des primes des enfants comme M. Guisan le préconise, parce que ça va à l'encontre du but social; cette mesure favoriserait les familles qui ne sont pas couvertes par les objectifs sociaux de la réforme.
Autre élément, le fait que la prime déterminante ne puisse pas dépasser le montant de la prime moyenne cantonale par catégorie d'assurés: c'est la lettre e de la proposition Guisan. Pour ce qui est de la question de la prime déterminante permettant de fixer le droit à la réduction de prime, le Conseil fédéral rappelle qu'il a la compétence de fixer la prime de référence. Il fixe celle-ci, comme cela est prévu à l'alinéa 1ter, «par rapport à la prime moyenne pondérée pour chacun des cantons». Ensuite, les cantons ont toujours la compétence, dans la réglementation proposée, d'aménager leur système. Le Conseil des Etats souhaiterait prévoir ici une incitation pour les assurés à choisir une prime meilleur marché. Le Conseil fédéral partage cet objectif.
En conséquence, nous pensons que la lettre e de la proposition Guisan doit être rejetée.
Enfin, le fait que les cantons organisent le système de la réduction des primes dans le cadre de l'enveloppe budgétaire qui leur est attribuée: nous considérons que cette proposition est superflue, car la réglementation proposée par la commission prévoit que les cantons ont toujours la compétence d'aménager leur système.
Par conséquent, la lettre f de la proposition Guisan est inutile et peut être repoussée.
Je vous l'ai dit, nous soutenons la proposition de minorité Heberlein à la lettre b parce qu'elle s'oppose à la superposition de deux systèmes d'allègement des primes des enfants.
Finalement, la proposition de minorité Rossini à la lettre c: cette proposition doit aussi être repoussée, car elle conduirait à l'introduction d'une notion nouvelle dans la LAMal servant de base pour calculer le montant des subventions aux assurés de condition économique modeste. La proposition ne prend pas en compte la fortune dans le calcul du revenu déterminant ouvrant le droit aux réductions de primes.
En vue d'une harmonisation au plan suisse du droit à une réduction de primes, le projet de loi prévoit désormais une compétence fédérale pour fixer la prime de référence cantonale déterminante pour la réduction. La réforme est compatible avec la quote-part modulée par canton telle qu'elle est proposée dans la péréquation financière. Toutes les familles avec enfants ayant droit à une réduction bénéficient d'un allègement jusqu'à une limite de revenu selon des principes uniformes. Les différences cantonales de niveaux de primes sont prises en compte. Les dépenses s'allègent pour les cantons qui ont versé jusque-là l'intégralité des réductions de primes. L'application de la réduction de primes continue d'être de la compétence des cantons. Il n'y a pas lieu de changer cet état de fait.
Voilà les raisons pour lesquelles nous vous suggérons de repousser la proposition de minorité Rossini, de soutenir la

proposition de minorité Heberlein et de n'adopter que l'une ou l'autre des lettres de la proposition Guisan.

**Le président** (Christen Yves, président): Le premier vote est aussi valable pour l'alinéa 1quater lettre b selon la minorité Heberlein et également pour la lettre c de la proposition Guisan.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 84 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit Heberlein .... 65 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): Nous votons sur la proposition Guisan concernant la phrase introductive de l'alinéa 1quater: «Ils fixent un revenu maximal donnant droit à une réduction des primes.»

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag Guisan .... 108 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 33 Stimmen

*Dritte Abstimmung – Troisième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 96 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit Rossini .... 54 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): Nous votons sur la proposition Guisan concernant toutes les lettres de l'alinéa 1quater sauf la lettre c.

*Vierte Abstimmung – Quatrième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 108 Stimmen
Für den Antrag Guisan .... 38 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition de la minorité Gross Jost à l'alinéa 7 a été retirée.
Je vous ai bien dit que la procédure était compliquée à l'article 65. Je suis obligé de revenir à l'alinéa 1quater. Dans la proposition Guisan relative à la lettre c, il nous a été dit que cette proposition, pour ce qui concerne les enfants, correspondait à celle de la majorité. Cela n'est pas le cas. Je demande à M. Guisan de venir expliquer sa proposition pour ce qui concerne les enfants, afin que nous sachions sur quoi nous votons.

**Guisan** Yves (R, VD): La lettre c que je préconise permet aux familles qui n'émargent pas aux fourchettes de pourcentage déterminées précédemment, de bénéficier d'un allègement pour les enfants jusqu'à une certaine limite de revenu, pour autant que le total des primes ne soit pas inférieur à 9,5 pour cent du revenu. Cela donne 0,5 pour cent de marge et ça correspond en gros à un revenu de 110 000 francs. Cela signifie que les familles qui ont un revenu situé entre le maximum fixé par les cantons et environ 110 000 francs bénéficieraient d'un allègement pour les enfants, et pas les autres.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 68 Stimmen
Für den Antrag Guisan .... 61 Stimmen

**Art. 66 Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone werden ab dem Jahr 2005 der jährlichen Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angepasst.

**Art. 66 al. 2**
*Proposition de la commission*
A partir de l'année 2005, les subsides annuels de la Confédération aux cantons seront adaptés à l'évolution annuelle des coûts de l'assurance-maladie obligatoire.

*Angenommen – Adopté*

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*
Für Annahme der Ausgabe .... 144 Stimmen
Dagegen .... 3 Stimmen

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht*
*La majorité qualifiée est acquise*

**Art. 79a**
*Antrag der Kommission*
Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach den Artikeln 41 Absatz 3 und 49 Absatz 3 geleistet hat.

**Art. 79a**
*Proposition de la commission*
Le droit de recours, selon l'article 72 LPGA, est applicable par analogie au canton de résidence pour les contributions qu'il a versées en vertu des articles 41 alinéa 3 et 49 alinéa 3.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 104a Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Art. 104a al. 2**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. II**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1–11*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 12*
Mit Inkrafttreten dieser Gesetzesrevision wird der geltende Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung aufgehoben. Die Bundesbeiträge werden für das erste Jahr nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision um 200 Millionen Franken erhöht.

*Antrag der Minderheit*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani)
*Abs. 4*
.... den Leistungserbringern als Kostenträger nur die Kantone gegenüberstehen. (Rest des Absatzes streichen)

*Antrag der Minderheit*
(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Guisan, Hassler, Meyer Thérèse)
*Abs. 8*
.... ambulanten Bereich festsetzen müssen. (Rest des Absatzes streichen)

*Antrag der Minderheit I*
(Borer, Antille, Egerszegi, Fattebert, Fischer, Gutzwiller, Heberlein)
*Abs. 12*
.... um 150 Millionen Franken erhöht.

*Antrag der Minderheit II*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
*Abs. 12*
.... um 500 Millionen Franken erhöht.

*Antrag der christlichdemokratischen Fraktion*
*Abs. 2*
Die Neuregelung der Finanzierung der stationären Behandlung gemäss den Artikeln 49 und 64bis wird auf den

1. Januar 2007 in Kraft gesetzt. Der Bundesrat kann den Zeitpunkt, in dem die Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 auf einheitlichen Strukturen zu beruhen haben, bestimmen. Die Einführung kann zeitlich gestaffelt erfolgen.
*Abs. 4*
Streichen

*Antrag Guisan*
*Abs. 12*
.... um 300 Millionen Franken erhöht.

**Ch. II**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1–11*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 12*
L'entrée en vigueur de la présente révision de la loi rend caduque l'arrêté fédéral existant sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie. Ces subsides sont augmentés de 200 millions de francs l'année qui suit l'entrée en vigueur de la présente révision de la loi.

*Proposition de la minorité*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Robbiani)
*Al. 4*
.... un seul agent payeur, à savoir les cantons. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Proposition de la minorité*
(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Guisan, Hassler, Meyer Thérèse)
*Al. 8*
.... le secteur ambulatoire. (Biffer le reste de l'alinéa)

*Proposition de la minorité I*
(Borer, Antille, Egerszegi, Fattebert, Fischer, Gutzwiller, Heberlein)
*Al. 12*
.... 150 millions de francs ....

*Proposition de la minorité II*
(Rossini, Bruderer, Bühlmann, Cavalli, Gross Jost, Marty Kälin, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel)
*Al. 12*
.... 500 millions de francs ....

*Proposition du groupe démocrate-chrétien*
*Al. 2*
La nouvelle réglementation du financement des traitements hospitaliers selon les articles 49 et 64bis entrera en vigueur le 1er janvier 2007. Le Conseil fédéral peut fixer la date à compter de laquelle les forfaits prévus à l'article 49 alinéa 1er doivent se fonder sur des structures uniformes. L'introduction peut se faire par étapes.
*Al. 4*
Biffer

*Proposition Guisan*
*Al. 12*
.... 300 millions de francs ....

**Rossini** Stéphane (S, VS): Je serai bref concernant ma proposition de minorité. Nous avons parlé tout à l'heure du financement moniste, des principes et de leurs conséquences. En cohérence avec l'esprit de cette loi, c'est-à-dire que les planifications sont cantonales, et surtout en cohérence avec le principe d'avoir des planifications mises sur pied par les pouvoirs publics, je demande ici que, s'il devait n'y avoir qu'un seul agent payeur, ce soit tout simplement ceux qui commandent qui paient, ceux qui organisent et qui assument les responsabilités de la définition de l'offre et de l'accès aux soins qui assument aussi le financement. Donc, si on veut simplifier le système, on peut aussi le faire d'un autre côté, par une autre approche, à savoir que le seul agent payeur soit non pas les assureurs, mais les cantons.
C'est un élément qui a été discuté entre 1988 et 1994, quand il s'est agi de réviser l'ancienne LAMA pour en faire la LAMal actuelle. C'est un élément qui est tout à fait envisageable et, pour nous, il y a une cohérence, comme je l'ai dit tout à l'heure, avec l'ensemble de notre réflexion et de notre vision de la régulation du système de santé.
D'autre part, cela nous permettra aussi, dans le cadre de la réflexion sur la 3e révision de la LAMal, d'examiner, également pour affiner la réflexion sur le financement moniste, quelles sont les conséquences d'un financement qui pourrait être celui uniquement assumé par les cantons. Je crois qu'on a une possibilité d'être cohérent, d'être rationnel, et de simplifier véritablement le système en ayant un seul acteur qui à la fois planifie, organise le système et le finance.
C'est la raison pour laquelle je vous invite à adopter ma proposition de minorité.

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Wir bitten Sie, hier doch klar bei der Mehrheit zu bleiben. Wir haben jetzt in dieser zweiten Revision einige klare Pflöcke eingeschlagen in Richtung der Anreizreform, die wir uns wünschen. Hier geht es jetzt um die längerfristige Perspektive. Die längerfristige Perspektive besteht darin, dass wir in die Richtung eines monistischen Systems gehen möchten. Längerfristig soll eine Zahlquelle den Leistungserbringern gegenüberstehen. Die Details müssen ausgearbeitet werden, die Zeiträume sind absolut genügend, um nicht zu sagen, vom Ständerat relativ grosszügig bemessen. Wir bitten Sie also, diese zukunftsweisende Übergangsbestimmung beizubehalten. Nach der zweiten Revision sollen die Arbeiten weitergehen, sie sollen in die Richtung eines monistischen Systems weitergehen. Dieses wird hier vorgespurt: Stimmen Sie bei!

**Le président** (Christen Yves, président): Die SVP-Fraktion unterstützt die Mehrheit.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir sind jetzt bei den Übergangsbestimmungen. Noch kurz zu Absatz 3 von Ziffer II: Die Umsetzung erfolgt innerhalb von drei Jahren in Stufen. Wir haben das jetzt so beschlossen, nachdem auch festgelegt wurde, dass den Kantonen eben Zeit gegeben werden muss: Im ersten Jahr wird ihr Anteil um einen Drittel der «Differenz zwischen aktuellem und hälftigem Anteil» erhöht, im zweiten Jahr um einen weiteren Drittel, und im dritten Jahr wird es die hälftige Finanzierung sein. Wir sind uns bewusst, dass bereits diese Dreijahresfrist für die Kantone finanziell ziemlich strapaziös ist. Insbesondere Kantone, welche bereits jetzt einen höheren Anteil an kantonalen Finanzierungen haben, wie das beispielsweise beim Kanton Genf der Fall ist, müssen sich überlegen, wie sich die Prämiengestaltung dann auswirken wird.
Jetzt aber zur Minderheit Rossini: Die Mehrheit ist der Meinung, dass der Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorgenommen werden muss. Sie haben den Übergang auch bereits so beschlossen. Es soll aber nicht bereits heute festgelegt werden, wer der Monist sein soll. Auch dies haben wir vorher schon einmal beschlossen. Vorher war es klar, dass es nicht die Kassen sein sollen. Wir wollen aber auch nicht jetzt vorbestimmen, dass es die Kantone sein müssen.
Ich denke, die monistische Finanzierung sei ein Ziel, das wir anstreben müssen. Wir müssen es aber rasch angehen, denn wir führen jetzt zuerst ein anderes System ein. Das ist auch der Nachteil der Ablehnung des Antrages der CVP-Fraktion. Die Kantone müssen jetzt ein 50/50-Prozent-System einführen. In den nächsten drei Jahren müssen sie sich dann wieder auf eine hundertprozentige Finanzierung vorbereiten. Für sie ist das eine nicht ganz einfache Situation. Aber deswegen dürfen wir heute nicht bereits festschreiben, dass sie dann auch die Monisten sein müssen.
Wir haben dies in der Kommission mit 10 zu 8 Stimmen abgelehnt.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: L'alinéa 3 n'est pas contesté; un tiers serait réalisé la première année, deux tiers la deuxième, pour arriver après trois ans à l'égalité entre les assurances et les cantons. Une première proposition au Conseil des Etats prévoyait d'aller plus lentement; finalement, on va pouvoir s'accommoder de ça. Il y a 420 millions de francs de transfert en jeu.
Ce qui est fondamental dans la décision que nous allons prendre aujourd'hui, c'est que la proposition de minorité définit un seul agent payeur, à savoir les cantons. L'alinéa 4 donne mandat au Conseil fédéral, dans un délai de cinq ans, de prévoir un système moniste. Mais alors, si le mandat prend la forme d'un corridor, sans aucun éventail de visions, je crois que ce n'est presque pas la peine d'en donner un. Il faut quand même prendre en considération le rôle des assurances, leur vocation et leur savoir-faire. On ne peut pas passer là-dessus et donner sans autre des prérogatives pareilles aux cantons. Il faut laisser la possibilité ouverte au Conseil fédéral, qui saura aviser.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral soutient la majorité. Je crois que M. Rossini lui-même perçoit bien que sa proposition de minorité est un petit peu hors de saison et qu'il faut laisser la liberté de choisir l'agent payeur et de ne pas avoir comme agent payeur obligatoire le canton.
Nous vous invitons très ardemment à soutenir la majorité, et à rejeter la proposition de minorité Rossini.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 84 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit Rossini .... 49 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition du groupe démocrate-chrétien aux alinéas 2 et 4 a déjà été rejetée. La proposition de la minorité Zäch a également été rejetée, selon le résultat du vote à l'article 55a.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Ich darf für Herrn Borer die Begründung des Minderheitsantrages I zu Absatz 12 übernehmen; er musste schnell weg. Ich möchte daran erinnern, dass Sie mit Artikel 66 Absatz 2 einen Systemwechsel beschlossen haben, der den Bundesbeitrag für die Prämienverbilligung betrifft. Es geht nämlich darum, dass mit diesem Systemwechsel der Beitrag des Bundes an die Kostenentwicklung in der Grundversicherung angebunden wird. Das ist die Ausgangslage.
Der Ständerat möchte nach wie vor an einem Beschluss festhalten, der diese finanziellen Beiträge im Vierjahresrhythmus festlegt. Wir meinen aber, es sei richtig, dass der Bund in die Pflicht genommen wird, dass wie bei allen anderen grossen Sozialversicherungen der Bund als zuverlässiger Partner diese Finanzierung teilweise sicherstellt. Das ist die Ausgangslage des Minderheitsantrages I, nämlich mit relativ wenig Mitteln als Aufstockung zu beginnen.
Die Entwicklung der Grundversicherung liegt immer im Prozentbereich, von 3 bis 5 Prozent. Das heisst dann für den Bundesbeitrag, dass diese 3 oder 5 Prozent Mehraufwendungen auch für den Bundesbeitrag verbindlich sind. Damit ist es gerechtfertigt, mit einer zuerst einmal tieferen Aufstockung von nur 150 Millionen Franken zu beginnen, weil durch die zu erwartende prozentuale Kostenentwicklung in der Grundversicherung dann diese Kompensation bald wieder einmal hergestellt sein wird. Wenn wir diesen Antrag auf 150 Millionen Franken mit dem ursprünglichen Entwurf des Bundesrates vergleichen – der hat ja beantragt, diese Aufstockung um jeweils etwa 80 Millionen Franken im Jahr vorzunehmen –, dann entspricht das in etwa einer 3-prozentigen Ausdehnung des Beitrages jedes Jahr. Wenn wir aber die vergangenen Jahre in Betracht ziehen, die Entwicklung der Grundversicherungskosten, dann sind das eben mehr als diese 3 Prozent. Darum, glaube ich, können wir auch mit Blick auf den sozialpolitischen Auftrag mit gutem Gewissen sagen: Wir beginnen mit einer relativ bescheidenen Aufstockung, also 150 Millionen Franken, im Wissen darum, dass in den kommenden Jahren aufgrund des neuen Systems höhere Beiträge des Bundes möglich sein werden, wenn die Kostensteigerung nur annähernd so anhält, wie sie in den vergangenen Jahren stattgefunden hat.
In diesem Sinne bitte ich Sie, hier zurückhaltend zu sein und der Minderheit I zuzustimmen, die beantragt, für das erste Jahr nur um 150 Millionen Franken aufzustocken.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Le temps des promesses et des bonnes intentions est désormais terminé. Il faut maintenant que nous passions à l'acte et que toutes les promesses que nous avons faites, soit avant le 18 mai dernier, soit après, pour alléger la charge des primes d'assurance-maladie pour les ménages, soient tenues. Et c'est maintenant qu'il s'agit donc de voter.
S'agissant de ma proposition de minorité II à l'alinéa 12 et de son montant, soit 500 millions de francs, qui, a priori, en regard des autres propositions – 150, 200, 300 millions de francs –, pourrait paraître comme une forme de surenchère, elle n'est rien d'autre que la reprise de la proposition formulée à notre intention par la Conférence des gouvernements cantonaux, qui a essayé d'apprécier les conséquences de nos choix et qui est arrivée à la conclusion qu'il était nécessaire de devoir disposer de 500 millions de francs supplémentaires pour tout simplement maintenir les droits acquis et intégrer les modifications qui ont été apportées par la commission, puis par le Conseil.
Dans le cadre de cette révision, je l'ai dit tout à l'heure, sur le financement hospitalier, nous avons transféré pour 700 à 800 millions de francs de charge aux cantons. Selon les chiffrages des cantons, sur le volet de la réduction des primes, il y a des montants supplémentaires nécessaires qui sont de l'ordre de 500 millions de francs. C'est la raison pour laquelle je les demande au niveau de la Confédération, sans quoi ce seront les cantons sur lesquels on va à nouveau faire pression.
J'aimerais faire remarquer un élément qui pose problème du point de vue du pilotage. Nous avons défendu les cantons à de nombreuses reprises dans cet hémicycle et nous avons refusé toute une série de propositions qui visaient à renforcer les compétences de la Confédération. On a un exemple très concret de notre positionnement extrêmement ambivalent, c'est-à-dire que nous sommes dans l'incapacité de savoir quelles sont exactement les conséquences financières pour les cantons. Des chiffres ont été articulés tout à l'heure, qui font l'objet de marges d'interprétation relativement grandes. Cela est très ambivalent et délicat pour nous.
Maintenant, je crois que, par ma proposition de minorité II, il ne s'agit pas de faire de la surenchère, mais il s'agit tout simplement d'assumer les choix que nous avons faits jusqu'ici et de tenir nos promesses, pour les assurés économiquement modestes, pour les familles et pour les enfants en matière de financement des primes d'assurance-maladie.

**Guisan** Yves (R, VD): Ma proposition, avec le montant de 300 millions de francs, ne sort pas de mon chapeau. C'est celle de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Elle tient compte de l'article 65 tel que nous l'avions développé en commission. Il n'était donc pas possible de venir pendant la discussion en commission avec une proposition de cet ordre, parce que nous ne pouvions pas savoir en cours de débat quel serait le texte définitif que la commission adopterait.
Maintenant que vous avez accepté un plafonnement à l'article 65, on peut dire que les charges qui sont transférées aux cantons sont beaucoup moins importantes et que, par conséquent, les 200 millions de francs retenus par la majorité de la commission sont probablement suffisants.
Je retire donc ma proposition.

**Cavalli** Franco (S, TI): Es ist uns allen klar, dass das so hoch gepriesene Sozialziel an sich entweder ein Sozialziel sein kann, nämlich dann, wenn wir genügend Geld in das

System hineinpumpen, oder aber ein Sozialbetrug, wenn wir zu wenig Geld in das System hineinpumpen, weil die Leute dann, gesamthaft gesehen – das hat man schon vorher gesagt –, weniger bekommen würden als das, was sie jetzt bekommen: und dies in Anbetracht der Tatsache, dass wir, wie ich auch schon gesagt habe, mit dieser Revision schon nur wegen der dual-fixen Spitalfinanzierung mit einem durchschnittlichen Prämienschub von mindestens 5 bis 6 Prozent rechnen müssen. Wenn Sie also jetzt 150 Millionen oder sogar auch 200 Millionen Franken bewilligen, würden diese Gelder gerade noch genügen, um die Kinderprämienverbilligungen vorzunehmen, die wir hier beschlossen haben. Um die Situation der anderen zu verbessern, stände nichts mehr zur Verfügung, und dies – ich sage es noch einmal – in Anbetracht des zu erwartenden Prämienschubes.

Das ist der Grund, warum unsere Fraktion 500 Millionen Franken beantragt – also nicht einfach, damit wir einen weiteren Minderheitsantrag haben! Wollen wir das Sozialziel, das man von Anfang an anvisiert hat – 8 Prozent bleiben als Limite, selbst wenn wir jetzt verschiedene Einkommensschichten vorsehen, damit das leichter auszurechnen ist –, wirklich erreichen, müssen wir deutlich mehr Geld als 150 oder auch 200 Millionen Franken in das System hineinpumpen; nur dann können wir dieses Ziel erreichen. Ansonsten wird das Geld gerade noch ausreichen, um die Verbilligung, die wir für die Kinderprämien beschlossen haben, vorzunehmen, aber für die anderen wird es nichts mehr geben.

**Robbiani** Meinrado (C, TI): Tout d'abord, le groupe démocrate-chrétien confirme son opposition à l'entrée en matière sur l'arrêté fédéral concernant les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie. Il estime que cet aspect décisif doit être réglé dans la loi même, qui doit donc prévoir tant le montant des subsides que la méthode d'adaptation de ce montant dans le temps.

Concernant ensuite le montant des subsides, le groupe démocrate-chrétien soutient la majorité qui propose une augmentation des subsides de 200 millions de francs, cela dans le but de permettre la mise en place d'un système dépassant les limites actuelles, et donc de répondre à la nécessité de mettre à disposition des ressources bien plus élevées qu'aujourd'hui.

N'oublions pas, d'ailleurs, qu'il y a quelques années, on a conduit des études qui ont montré clairement que les familles types se situant dans les couches moyennes doivent réserver désormais une partie trop élevée de leurs ressources pour l'assurance-maladie, dépassant en cela la limite que le Conseil fédéral s'était représentée lors de l'adoption de la loi sur l'assurance-maladie.

Mais au moment de combler cette lacune du système, on ne peut que regretter le manque visible d'estimations suffisamment précises sur les moyens financiers nécessaires pour garantir la réalisation des objectifs sociaux poursuivis. D'un côté, un modèle articulé de soutien aux assurés et surtout aux familles avec des revenus modestes a été élaboré, mais, de l'autre, il nous manque toujours une évaluation fiable quant aux ressources nécessaires pour l'application de ce même modèle.

Si on se réfère aux besoins supplémentaires estimés par le Conseil fédéral en relation avec le modèle prévoyant un rapport prime/revenu entre 2 et 12 pour cent, qui se chiffrent à 100 millions de francs; si on considère par ailleurs que le modèle qui, d'après le Conseil fédéral, devrait coûter 100 millions de francs de plus, a ensuite été renforcé par le soutien supplémentaire aux familles – bien que, il y a quelques minutes, on ait malheureusement introduit la possibilité pour les cantons de fixer un seuil maximal, ce qui pénalise ce même modèle –, on arrive à estimer que le fait de prévoir un supplément de 200 millions de francs puisse, au moins au début, suffire à accomplir et atteindre le but social.

Il ne faut pas oublier que nous avons accepté un système d'adaptation de ce montant au cours des années qui est beaucoup plus généreux par rapport au système en vigueur et au système préconisé.

Le groupe démocrate-chrétien estime possible par là de pouvoir atteindre le but social auquel il tient, et d'arriver à un compromis acceptable entre les deux Chambres, afin de garantir la mise en oeuvre de ce modèle.

C'est pourquoi le groupe démocrate-chrétien votera la proposition de la majorité.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): J'ai deux questions à soumettre au porte-parole du groupe démocrate-chrétien parce qu'on est là vraiment au coeur des choses sérieuses.

Premièrement, vous aurez compris, Monsieur Robbiani, que la position, notamment de la gauche, sur le déplafonnement de l'aide pour les familles, est liée au fait qu'avec une enveloppe fixe, si on ne l'augmente pas sensiblement, on ne fait alors que transférer des moyens des gens les plus modestes vers les gens qui ont des revenus plus importants. Donc, pour débloquer la situation, pour aider la gauche à adhérer à l'option d'un déplafonnement, il faudrait introduire des moyens supplémentaires dans le système. Il faudrait donc aller plutôt dans le sens d'un soutien à la proposition de la minorité II (Rossini) qui permettrait d'avoir suffisamment de moyens pour ensuite entrer dans les vues du groupe démocrate-chrétien, pour aller plus haut dans les limites de revenu.

Deuxièmement, vous dites manquer de chiffres, mais il y a un calcul assez simple qu'on peut faire. Avec 200 millions de francs par année pour en gros un tiers de la population, c'est-à-dire environ 1,5 à 2 millions de personnes qui sont subsidiées, cela fait à peine 100 francs par année et par personne, c'est-à-dire moins de 10 francs par mois. Comment est-ce qu'avec ça, on peut rendre sensiblement plus social le système des primes, ce qui était la volonté affichée par le PDC dans la campagne contre l'initiative du PS?

Sur ces deux points, est-ce que, au fond, le groupe démocrate-chrétien, dans un sens stratégique, ne devrait pas voter la proposition de minorité II de 500 millions de francs?

**Robbiani** Meinrado (C, TI): D'abord, si vous étiez cohérents, vous auriez rejeté la phrase de la proposition Guisan (art. 65 al. 1quater) qui prévoit qu'il faut laisser aux cantons la possibilité d'établir des seuils maximaux qui pourraient même être fixés très bas, ce qui pourrait donc mettre sérieusement en difficulté les familles et les assurés, et surtout priver de sa substance le modèle qu'on a élaboré. Donc, il y a des incohérences que j'aimerais tout de même rappeler.

Ensuite, même les cantons estiment qu'un montant de l'ordre de 300 millions de francs devrait permettre d'atteindre le but social. D'accord? Nous, nous sommes partis des estimations du Conseil fédéral qui évaluait ce montant à 100 millions de francs. Nous avons tenu compte du montant de 150 millions de francs décidé par le Conseil des Etats, nous avons encore augmenté, nous avons même doublé le montant proposé par le Conseil fédéral, estimant que ce montant-là pourrait suffire. Evidemment, s'il ne devait pas correspondre aux besoins effectifs, il y aurait justement un transfert de charges sur les cantons. Mais n'oublions d'ailleurs pas que nous venons tout de même d'inclure dans la loi un système d'adaptation annuelle de ce montant qui est beaucoup plus généreux qu'initialement prévu. Donc, peut-être, même si on part avec un montant un peu inférieur au début, il y aura une augmentation qui accroîtra ce montant beaucoup plus que ce qu'on préconisait initialement.

Concernant les chiffres, je dois réaffirmer que malheureusement, ni de la part des cantons dans leur ensemble, ni de la part de la Confédération, on n'est arrivé à avoir à disposition des chiffres suffisamment fiables pour faire un choix en toute connaissance de cause. Donc, on doit continuer à se baser sur des estimations qui laissent évidemment une marge d'erreur. L'expérience de l'application de la loi nous montrera si les estimations auxquelles nous nous référons aujourd'hui seront avérées ou non dans un sens ou dans l'autre. J'espère que le Parlement sera disposé aussi à adapter les décisions que nous prendrons aujourd'hui pour garantir tout de même le but social auquel il tient dans son ensemble.

J'espère avoir plus ou moins répondu à vos questions.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Wir sind beinahe bei der letzten Bestimmung angelangt, wo es – wie Herr Cavalli gesagt hat – darum geht, zu entscheiden, wie viel Geld wir «in das System hineinpumpen» wollen. Bei dieser Aussage kommt mir in den Sinn, dass ein Ballon, ein Ball oder ein Pneu auch zerplatzen kann, wenn man zu viel Luft hineinpumpt.
Es geht um zwei verschiedene Entscheide:
1. Um wie viel soll der Sockelbeitrag erhöht werden, um die im Gesetz vorgenommenen Änderungen zu bezahlen?
2. Um wie viel soll der Betrag jährlich ansteigen, damit die Prämienverbilligungen bezahlt werden können?
Wir haben bereits einen ersten Entscheid gefällt, indem wir im Gegensatz zum Ständerat im Gesetz einen Automatismus festgehalten haben, indem bei Artikel 66a beschlossen wurde, dass der Betrag jährlich der Teuerung der Kosten im Gesundheitswesen angepasst wird. Damit haben wir einen ersten Pflock eingeschlagen.
Es geht jetzt darum, in Absatz 12 der Übergangsbestimmungen festzulegen, um wie viel dieser Betrag angehoben werden soll. Wir haben verschiedene Anträge. Wenn wir davon ausgehen, wie hoch der Betrag heute ist, so sind es gemäss aktuellem Bundesbeschluss pro Jahr 2,314 Milliarden Franken. Wenn wir aufstocken, entsprechend den Anträgen bei Artikel 66 KVG, so werden es im Jahre 2005 bei 150 Millionen Franken zusätzlich 2,534 Milliarden Franken sein, bei 200 Millionen 2,584 Milliarden, bei 300 Millionen Franken 2,684 Milliarden; bei 500 Millionen können Sie es sich zusätzlich selber ausrechnen.
Die Mehrheit hat beschlossen, dass 200 Millionen Franken richtig seien, um diesen Betrag aufzustocken. Wir gingen davon aus, dass es bis jetzt jährlich rund 3 Prozent waren, die beschlossen worden sind. In der Botschaft wird in der Weiterführung mit 1,5 Prozent gerechnet. Der Ständerat hat unter Berücksichtigung der Finanzlage von Kantonen und Bund eine andere Regelung eingeführt. Die Kostenentwicklung wurde mit rund 5 Prozent jährlich prognostiziert. Der Bundesrat hatte ursprünglich 100 Millionen Franken vorgesehen, und 50 Millionen Franken waren für die Kantone vorgesehen. Wir haben jetzt mit dem Entscheid bezüglich des Einbezugs der Kinder rund 100 bis 150 Millionen Franken mehr gesprochen. Daher hat sich die Kommission auch in der Ausgangslage für die rund 200 Millionen Franken entschieden. Diese müssten für die Ausgangslage genügen, die dann jährlich eben neu dazukommt.
Ich möchte Ihnen beantragen, hier der Mehrheit zuzustimmen und bei den 200 Millionen Franken zu bleiben, auch in Berücksichtigung der Entscheide, die wir im Laufe der Kommissionsberatungen gefällt haben.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je crois que, cet après-midi, vous avez fait du très bon travail et qu'à la suite de vos décisions, nous pouvons considérer que le montant de 150 millions de francs qui avait été proposé par le Conseil fédéral est approprié. 200 millions de francs, c'est 50 millions de plus, ce n'est pas une somme extraordinaire, mais il faut être strict en matière de finances.
Nous vous invitons à en rester au montant de 150 millions de francs.

**Le président** (Christen Yves, président): La proposition Guisan a été retirée.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/4126)
Für den Antrag der Mehrheit .... 75 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 67 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/4128)
Für den Antrag der Mehrheit .... 90 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II .... 52 Stimmen

**Le président** (Christen Yves, président): Le frein aux dépenses concerne l'alinéa 12.

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*
Für Annahme der Ausgabe .... 125 Stimmen
Dagegen .... 10 Stimmen

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht*
*La majorité qualifiée est acquise*

**Änderung bisherigen Rechts**
*Antrag der Minderheit*
(Maury Pasquier, Baumann Stephanie, Bruderer, Bühlmann, Gross Jost, Marty Kälin, Rossini, Rechsteiner-Basel)
Das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG; SR 830.1) wird wie folgt geändert:
Art. 3 Abs. 1
Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung oder Pflegemassnahmen erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

**Modification du droit en vigueur**
*Proposition de la minorité*
(Maury Pasquier, Baumann Stephanie, Bruderer, Bühlmann, Gross Jost, Marty Kälin, Rossini, Rechsteiner-Basel)
La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est modifiée comme suit:
Art. 3 al. 1
Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou traitement médical ou des soins ou provoque une incapacité de travail.

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): Pour commencer, je trouve assez curieux de relever ce qui s'est passé avec ce qui se trouve maintenant dans ces dispositions en annexe avec la modification du droit en vigueur. En effet, la proposition de minorité qui vous est soumise ici avait fait l'objet, lors du premier examen de la loi par notre Conseil, d'une proposition Baumann Stephanie dans le cadre de la LAMal, et cette proposition avait été adoptée à l'unanimité par la commission et sans opposition par notre Conseil.
Or, au cours du deuxième examen, la même proposition a, dans un premier temps, été adoptée par une très large majorité de la commission mais, sur intervention de l'administration, l'article 2 LAMal ayant été supprimé par l'adoption de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, cette proposition devait être reprise dans cette fameuse LPGA et n'avait donc plus sa place dans la LAMal. On a donc repris les mêmes termes et on les a simplement mis dans la LPGA plutôt que dans la LAMal, encore une fois parce que l'article 2 LAMal n'existe plus.
Or voici que, juste pour une question finalement technique, cette approbation massive de la proposition s'est transformée en commission en un rejet par la majorité de la commission, de manière finalement incompréhensible, et l'on peut se demander où est la cohérence des personnes qui ont d'abord adopté la proposition, puis l'ont rejetée.
Sur le fond, la minorité demande simplement que l'on mentionne les soins dans la définition de ce qu'est une maladie, reconnaissant que la maladie exige un traitement ou un examen ou des soins. Cette mention dans la loi va à la rencontre des revendications et des besoins de reconnaissance du personnel soignant dans son ensemble.
Pour ces raisons, et par souci de cohérence avec la décision prise par notre Conseil lors du premier débat, je vous prie de soutenir ma proposition de minorité.

**Le président** (Christen Yves, président): Le groupe socialiste soutient la proposition de minorité. Le groupe radical-démocratique rejette cette proposition.

Ref. 4126

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Disp. trans. al. 12

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.06.2003 19:17:17

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | = | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | = | R | VS |
| Baader Caspar | = | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | * | S | SO |
| Bangerter | = | R | BE |
| Baumann Alexander | = | V | TG |
| Baumann Ruedi | + | G | BE |
| Baumann Stephanie | + | S | BE |
| Beck | = | L | VD |
| Berberat | + | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | = | R | GR |
| Bigger | = | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | = | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | = | V | SO |
| Bortoluzzi | = | V | ZH |
| Bosshard | * | R | ZH |
| Bruderer | + | S | AG |
| Brun | + | C | LU |
| Brunner Toni | = | V | SG |
| Bugnon | = | V | VD |
| Bühlmann | + | G | LU |
| Bührer | = | R | SH |
| Cavalli | + | S | TI |
| Chappuis | + | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | * | G | NE |
| De Dardel | * | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | + | S | VD |
| Dunant | = | V | BS |
| Dupraz | = | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | = | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | = | R | NW |
| Fasel | + | G | FR |
| Fattebert | = | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | + | S | SH |
| Fehr Jacqueline | + | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | * | V | ZH |
| Fehr Mario | + | S | ZH |
| Fetz | + | S | BS |
| Fischer-Seengen | = | R | AG |
| Freund | = | V | AR |
| Frey Claude | = | R | NE |
| Fässler | + | S | SG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Gadient | = | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | + | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | * | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | + | S | ZH |
| Graf | + | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | + | S | ZH |
| Gross Jost | + | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Gutzwiller | = | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | = | R | BL |
| Gysin Remo | + | S | BS |
| Günter | + | S | BE |
| Haering Binder | + | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hassler | = | V | GR |
| Heberlein | = | R | ZH |
| Hegetschweiler | = | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | = | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | + | S | AG |
| Hollenstein | + | G | SG |
| Hubmann | * | S | ZH |
| Hämmerle | + | S | GR |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | * | C | BL |
| Janiak | + | S | BL |
| Joder | = | V | BE |
| Jossen | + | S | VS |
| Jutzet | + | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | = | V | LU |
| Kurrus | = | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | = | R | SZ |
| Laubacher | = | V | LU |
| Lauper | * | C | FR |
| Leu | = | C | LU |
| Leuenberger Genève | + | G | GE |
| Leutenegger Hajo | = | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | + | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | = | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | + | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | * | S | GL |
| Marty Kälin | + | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | = | V | ZH |
| Maury Pasquier | + | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Messmer | = | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Ménétrey Savary | + | G | VD |
| Mörgeli | = | V | ZH |
| Müller Erich | * | R | ZH |
| Müller-Hemmi | + | S | ZH |
| Nabholz | * | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | = | V | BE |
| Pedrina | + | S | TI |
| Pelli | = | R | TI |
| Pfister Theophil | * | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | + | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | + | S | BS |
| Rennwald | + | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | + | S | VS |
| Ruey | = | L | VD |
| Salvi | + | S | VD |
| Sandoz Marcel | * | R | VD |
| Schenk | = | V | BE |
| Scherer Marcel | = | V | ZG |
| Scheurer Rémy | * | L | NE |
| Schibli | = | V | ZH |
| Schlüer | = | V | ZH |
| Schmid Odilo | * | C | VS |
| Schmied Walter | = | V | BE |
| Schneider | * | R | BE |
| Schwaab | + | S | VD |
| Seiler Hanspeter | = | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | * | S | BE |
| Speck | = | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | = | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | = | R | UR |
| Steiner | = | R | SO |
| Strahm | + | S | BE |
| Studer Heiner | * | E | AG |
| Stump | + | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | * | G | BE |
| Thanei | + | S | ZH |
| Theiler | = | R | LU |
| Tillmanns | + | S | VD |
| Triponez | = | R | BE |
| Tschuppert | = | R | LU |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Vallender | = | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Vermot | + | S | BE |
| Vollmer | + | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | = | C | SG |
| Walter Hansjörg | = | V | TG |
| Wandfluh | * | V | BE |
| Wasserfallen | = | R | BE |
| Weigelt | = | R | SG |
| Weyeneth | = | V | BE |
| Widmer | + | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | = | L | BS |
| Wittenwiler | * | R | SG |
| Wyss Ursula | + | S | BE |
| Zanetti | + | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | * | - | VD |
| Zuppiger | = | V | ZH |
| Zäch | * | C | AG |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 75 |
| nein / non / no | 67 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 57 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 21 | 8 | 0 | 2 | 44 | 0 | 0 | 0 |
| nein / non / no | 4 | 0 | 3 | 28 | 0 | 0 | 32 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 10 | 2 | 3 | 11 | 8 | 5 | 13 | 5 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité I Borer

Ref. 4128

**NATIONALRAT** | Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | **CONSEIL NATIONAL** | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Disp. trans. al. 12

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.06.2003 19:18:12

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | * | S | SO |
| Bangerter | + | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | = | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | * | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brun | + | C | LU |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | * | G | NE |
| De Dardel | * | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | * | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Fasel | = | G | FR |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | * | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | = | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | + | R | NE |
| Fässler | = | S | SG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | * | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | + | R | VD |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | + | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Günter | = | S | BE |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | + | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | * | S | ZH |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | * | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | + | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | * | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leuenberger Genève | = | G | GE |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | * | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Müller Erich | * | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | * | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | * | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | + | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | * | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | * | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | * | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | * | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | + | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | * | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steinegger | + | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | * | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | * | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Vallender | + | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | * | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | * | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | * | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |
| Zäch | * | C | AG |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 90 |
| nein / non / no | 52 |
| enth. / abst. / ast. | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 57 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 25 | 0 | 3 | 30 | 0 | 0 | 32 | 0 |
| nein / non / no | 0 | 8 | 0 | 0 | 44 | 0 | 0 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 10 | 2 | 3 | 11 | 8 | 5 | 13 | 5 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification de non: Proposition de la minorité II Rossini

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Das ist nun definitiv die letzte Bestimmung dieser Beratungen. Warum hat die Kommissionsmehrheit beschlossen, diesen Antrag nicht zu unterstützen? Erstens wurde das ATSG gerade neu in Kraft gesetzt. Dieses bereits wieder zu ändern führte zu grossen Unsicherheiten. Zweitens würden wir hier den Begriff der Gesundheit respektive der Krankheit ausdehnen mit dem Einbezug neuer Begriffe, insbesondere «Behandlung» und «Pflegemassnahmen». Das wäre eine grosse Ausdehnung dieses Begriffes bzw. auch der entsprechenden Kosten, die dieser Minderheitsantrag nach sich ziehen würde.
Deshalb beantrage ich Ihnen hier im Namen der Mehrheit, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral vous invite à rejeter la proposition de la minorité.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 53 Stimmen
Dagegen .... 79 Stimmen

**Cavalli** Franco (S, TI): Es ist sicher noch zu früh, um eine Schlussbilanz zu ziehen. Es werden noch verschiedene Differenzbereinigungen notwendig sein. Aber wir können und möchten von uns aus eine erste Beurteilung dieser zwei Tage abgeben. Es gibt sicher zwei erfreuliche Tatsachen:
Es hat sich erstens gezeigt, dass sogar die Freisinnigen lernfähig sind. Denn noch im Dezember 2002 haben Sie Artikel 66, der genauso lautete wie heute, zum Casus Belli erklärt, um die ganze Revision bachab zu schicken. Sie hatten noch an Ihrer Delegiertenversammlung geschworen, dass Sie bei einem solchen Artikel sogar das Referendum ergreifen würden. Heute haben Sie demselben Text wie ein Mann zugestimmt. Das ist sicher erfreulich.
Es ist zweitens auch erfreulich, dass der damals im Dezember 2002 unterlegene Minderheitsantrag Gross Jost bezüglich Ärztenetzwerke jetzt von der Mehrheit hier angenommen wurde. In diesem Sinne hat sich zumindest auch der Nationalrat lernfähig gezeigt.
Trotzdem: Diese Revision ist für uns inakzeptabel, und wir werden dagegen stimmen! Das aus vier Gründen:
1. Sie öffnet der ganzen Privatisierung des Gesundheitssystems Tür und Tor.
2. Es gibt überhaupt keine Kontrolle des Angebotes. Ja, sogar bezüglich der Grossausrüstungen der Spitzenmedizin usw. wird man in der Schweiz weiterhin wie heute alles tun können – und noch mehr. Wir wissen, dass bei uns in verschiedenen Städten diese Grossausrüstungen häufiger anzutreffen sind als in Beverly Hills oder in Hollywood. Man wird so weitermachen, und das wird sicher zu einem weiteren Kostenschub führen.
3. Einen weiteren Kostenschub wird man durch die Erweiterung der Beiträge an die Privatkliniken und durch die dualfixe Spitalfinanzierung haben – nur schon das wurde von Santésuisse auf einen durchschnittlichen Prämienschub von 5 bis 6 Prozent beziffert. Wir können also, ohne zu übertreiben, mit dem, was wir heute beschlossen haben, einen Prämienschub in der Grössenordnung von 10 Prozent erwarten.
4. Dabei sprechen wir dann noch – und das ist der wichtigste Grund für uns – vom Erreichen eines Sozialzieles, indem wir 200 Milliönchen da hineinpumpen, mit denen wir nicht einmal alle Prämienverbilligungen für die Kinder werden bezahlen können.
Aus allen diesen Gründen, weil – entgegen allen Behauptungen vor dem 18. Mai – keine Kosten dämpfenden Massnahmen beschlossen wurden, weil man einen Kostenschub, einen Prämienschub hat und eher von einem Sozialbetrug als von einem Sozialziel sprechen kann, wird sich unsere Fraktion gegen diese Revision aussprechen.

**Le président** (Christen Yves, président): Monsieur Cavalli, comme nous arrivons au terme de notre débat, j'introduis une nouveauté: une question sur une déclaration personnelle.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Herr Cavalli, ich glaube, ich habe es verpasst: Haben Sie gesagt, wo denn die SP in diesem Gesetz lernfähig ist?

**Cavalli** Franco (S, TI): Sie sind mit mir in der Kommission, Frau Egerszegi, und Sie wissen ganz genau: Die Einzigen, die wirklich konstruktive Vorschläge gebracht haben, sind immer wir gewesen. *(Unruhe)*

**Gutzwiller** Felix (R, ZH): Auch ich gestatte mir eine ganz kurze Bilanz, dann kann man zumindest sicher sein, dass wir das am Freitagmorgen nicht wiederholen müssen. Ich darf zuerst Herrn Cavalli zurufen, dass es freisinnige Männer und Frauen waren, die hier homogen gestimmt haben.
Ich möchte aber allen Ernstes ganz kurz doch sagen, dass wir am 18. Mai eine absolut entscheidende, richtungsweisende Abstimmung gehabt haben. Drei Viertel der schweizerischen Bevölkerung haben einen sehr klaren Modellentscheid gefällt. Sie haben den sozialistischen Vorstellungen von einer zentralstaatlich geplanten Medizin eine klare Niederlage beigebracht. Man kommt hier – wie heute Morgen und gestern Morgen – und sagt nun, die Leute hätten sich geirrt. Man hat dieses Abstimmungsergebnis nicht zur Kenntnis nehmen wollen! Wir haben im Abstimmungskampf gesagt, dass wir diese Vorlage diesen Sommer zu Ende führen wollen. Wir, das waren FDP-Fraktionsmitglieder und die bürgerlichen Mitglieder, haben insistiert, dass wir am Tag nach dem Abstimmungssieg eine weitere Kommissionssitzung hatten, dass es möglich war, die Vorlage diesen Sommer hier fertig zu machen. Dieses Versprechen haben wir eingehalten.
Wir hatten im Dezember gesagt: Wenn wir in einer zweiten Runde in die Richtung unserer Anreizreform, abgespeckt auf der Basis des Ständeratskonzeptes, gehen, dann werden wir zustimmen. Wir werden auch die Indexierung in einem Kompromiss in Kauf nehmen, wenn das Gesamtkonzept stimmt. Das war die Position.
Dieses Gesamtkonzept geht für uns jetzt klar in die richtige Richtung. Wir haben Änderungen, Anreize bei der Spitalfinanzierung, wir haben die Einführung der Vertragsfreiheit, wir haben Impulse für Netzwerke, wir haben ein Sozialziel, das sich mit plus 200 Millionen – insgesamt 2,7 Milliarden Franken – sehr wohl sehen lassen kann. Wir haben damit unsere Versprechen eingehalten, Herr Cavalli. Wir sind überzeugt, dass dieses Gesetz, diese zweite Revision, einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssteigerung und zur Kostendämpfung leisten wird. Wir werden ihm zustimmen und, davon bin ich überzeugt, die bürgerliche Mehrheit dieses Parlamentes ebenso.

**Robbiani** Meinrado (C, TI): Je m'arrête simplement sur le dernier point qui a été touché par M. Cavalli, c'est-à-dire le but social. Or, il me paraît que s'opposer à cette révision risque d'aller justement contre le but social, dans la mesure où on risque de tout faire tomber ou de retarder des mesures que les assurés attendent avec impatience. N'oublions pas qu'à partir de l'année prochaine, tant la franchise que la participation aux coûts directs iront malheureusement en augmentant. Si on n'arrive pas à mettre en vigueur ce modèle qui peut avoir encore des défauts, des faiblesses, mais qui de toute façon fait faire un pas en avant essentiel dans la situation actuelle, il me paraît que cette attitude serait contre-productive et aussi irresponsable.
Je souligne encore le fait que nous manquons de chiffres. J'ai reproché tout à l'heure à l'administration de n'avoir pas pu nous offrir des estimations fiables sur les conséquences du nouveau modèle. Mais ce reproche peut aussi s'adresser à ceux qui ont fait la proposition de 500 millions de francs: d'où sortent ces 500 millions de francs?
Si, demain, on devait avoir la preuve que le coût du nouveau modèle est de 250, 300 ou 450 millions de francs, je pense que ce Parlement, qui tient beaucoup au modèle et au but social, serait certainement prêt à entrer en matière et à en discuter. Mais maintenant, sur la base des estimations qui

nous ont été données – je le répète: 100 millions de francs par le Conseil fédéral, portés à 150 millions de francs par le Conseil des Etats –, nous pensons que le fait de réserver 200 millions de francs permet au moins de mettre en route ce nouveau modèle. Je réaffirme que le fait d'avoir introduit un nouveau système d'adaptation de ces subsides va augmenter les disponibilités dont jouissent les cantons dans ce contexte.
Je souligne encore que pour le groupe démocrate-chrétien, le fait d'avoir encore amélioré ce modèle par l'introduction de réductions des primes pour les enfants a été essentiel.
Je pense que, au-delà des compromis auxquels on arrive toujours dans les discussions sur les révisions de lois, dans son ensemble cette révision est acceptable. Et on en a besoin à brève échéance.

**Le président** (Christen Yves, président): Die SVP-Fraktion teilt mit, dass sie ihre Schlussbemerkungen nach der Differenzbereinigung machen werde.
Nous passons au vote sur l'ensemble. Je vous rappelle qu'à la fin du premier débat, nous avons rejeté le projet au vote sur l'ensemble.

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 00.079/4130)
Für Annahme des Entwurfes .... 86 Stimmen
Dagegen .... 48 Stimmen

03.3236

## Postulat SGK-NR (00.079). Prospektivstudie zur medizinischen Demographie
## Postulat CSSS-CN (00.079). Etude prospective de démographie médicale

Einreichungsdatum 19.05.03
Date de dépôt 19.05.03
Nationalrat/Conseil national 18.06.03

---

**Le président** (Christen Yves, président): Ce postulat fait partie du projet 00.079.

*Überwiesen – Transmis*

03.3237

## Postulat SGK-NR (00.079). Evaluation der Bundesbeiträge an die Krankenversicherung
## Postulat CSSS-CN (00.079). Evaluation des subsides fédéraux destinés à l'assurance-maladie

Einreichungsdatum 19.05.03
Date de dépôt 19.05.03
Nationalrat/Conseil national 18.06.03

---

**Le président** (Christen Yves, président): Ce postulat fait partie du projet 00.079.

*Überwiesen – Transmis*

**Le président** (Christen Yves, président): Certains pensent, comme le président de la Confédération, que nous avons bien travaillé; d'autres pensent que nous avons mal travaillé. Moi, je sais que nous avons beaucoup travaillé. C'est la raison pour laquelle nous nous arrêtons ici pour ce soir.

*Schluss der Sitzung um 19.40 Uhr*
*La séance est levée à 19 h 40*

Ref. 4130

**NATIONALRAT**
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

**CONSEIL NATIONAL**
Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

Vote sur l'ensemble

**Abstimmung vom / Vote du:** 18.06.2003 19:35:29

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | * | R | TI |
| Aeppli Wartmann | * | S | ZH |
| Aeschbacher | * | E | ZH |
| Antille | + | R | VS |
| Baader Caspar | + | V | BL |
| Bader Elvira | * | C | SO |
| Banga | * | S | SO |
| Bangerter | * | R | BE |
| Baumann Alexander | + | V | TG |
| Baumann Ruedi | = | G | BE |
| Baumann Stephanie | = | S | BE |
| Beck | + | L | VD |
| Berberat | = | S | NE |
| Bernasconi | + | R | GE |
| Bezzola | + | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca | * | - | TI |
| Binder | + | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bosshard | * | R | ZH |
| Bruderer | = | S | AG |
| Brun | + | C | LU |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Bugnon | + | V | VD |
| Bühlmann | o | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chappuis | = | S | FR |
| Chevrier | + | C | VS |
| Christen | # | R | VD |
| Cina | + | C | VS |
| Cuche | * | G | NE |
| De Dardel | * | S | GE |
| Decurtins | + | C | GR |
| Donzé | + | E | BE |
| Dormann Rosemarie | + | C | LU |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | + | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Eberhard | + | C | SZ |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | * | L | GE |
| Ehrler | * | C | AG |
| Engelberger | + | R | NW |
| Fasel | + | G | FR |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | * | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Lisbeth | * | V | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fetz | = | S | BS |
| Fischer-Seengen | + | R | AG |
| Freund | + | V | AR |
| Frey Claude | + | R | NE |
| Fässler | = | S | SG |
| Föhn | * | V | SZ |
| Gadient | + | V | GR |
| Galli | + | C | BE |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | + | G | ZH |
| Giezendanner | * | V | AG |
| Glasson | * | R | FR |
| Glur | * | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Grobet | * | S | GE |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | = | S | TG |
| Guisan | o | R | VD |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gysin Hans Rudolf | + | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Günter | = | S | BE |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | * | V | BE |
| Hassler | + | V | GR |
| Heberlein | + | R | ZH |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim | * | C | SO |
| Hess Berhard | * | - | BE |
| Hess Peter | + | C | ZG |
| Hess Walter | * | C | SG |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Hubmann | * | S | ZH |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Imfeld | * | C | OW |
| Imhof | * | C | BL |
| Janiak | = | S | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jossen | = | S | VS |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | + | V | ZH |
| Keller Robert | + | V | ZH |
| Kofmel | * | R | SO |
| Kunz | + | V | LU |
| Kurrus | + | R | BL |
| Lachat | + | C | JU |
| Lalive d'Epinay | + | R | SZ |
| Laubacher | + | V | LU |
| Lauper | * | C | FR |
| Leu | + | C | LU |
| Leuenberger Genève | o | G | GE |
| Leutenegger Hajo | + | R | ZG |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | + | C | AG |
| Loepfe | + | C | AI |
| Lustenberger | * | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | + | C | GE |
| Mariétan | + | C | VS |
| Marti Werner | * | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Maspoli | * | - | TI |
| Mathys | * | V | AG |
| Maurer | + | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | + | C | SG |
| Messmer | + | R | TG |
| Meyer Thérèse | + | C | FR |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Mörgeli | + | V | ZH |
| Müller Erich | * | R | ZH |
| Müller-Hemmi | = | S | ZH |
| Nabholz | * | R | ZH |
| Neirynck | + | C | VD |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Pfister Theophil | * | V | SG |
| Polla | * | L | GE |
| Raggenbass | * | C | TG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | = | S | BS |
| Rennwald | = | S | JU |
| Riklin | + | C | ZH |
| Robbiani | + | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Ruey | + | L | VD |
| Salvi | = | S | VD |
| Sandoz Marcel | * | R | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Scherer Marcel | + | V | ZG |
| Scheurer Rémy | * | L | NE |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmid Odilo | * | C | VS |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | * | R | BE |
| Schwaab | = | S | VD |
| Seiler Hanspeter | * | V | BE |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | + | C | TI |
| Sommaruga | * | S | BE |
| Speck | + | V | AG |
| Spielmann | * | - | GE |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | + | V | AG |
| Steinegger | + | R | UR |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | = | S | BE |
| Studer Heiner | * | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Suter | * | R | BE |
| Teuscher | * | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | * | R | LU |
| Tillmanns | = | S | VD |
| Triponez | + | R | BE |
| Tschuppert | + | R | LU |
| Tschäppät | * | S | BE |
| Vallender | * | R | AR |
| Vaudroz Jean-Claude | * | C | GE |
| Vaudroz René | + | R | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | + | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | * | V | BE |
| Wasserfallen | + | R | BE |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Widrig | + | C | SG |
| Wiederkehr | * | E | ZH |
| Wirz-von Planta | + | L | BS |
| Wittenwiler | * | R | SG |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Zanetti | = | S | SO |
| Zapfl | + | C | ZH |
| Zisyadis | * | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |
| Zäch | * | C | AG |

\+ ja / oui / sì
= nein / non / no
o enth. / abst. / ast.
* entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato
\# Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

**Ergebnisse / Résultats:**

| Gesamt / Complète / Tutto | |
|---|---|
| ja / oui / si | 86 |
| nein / non / no | 48 |
| enth. / abst. / ast. | 3 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 62 |

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | L | R | S | E | V | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / si | 23 | 2 | 3 | 25 | 0 | 1 | 32 | 0 |
| nein / non / no | 0 | 4 | 0 | 0 | 44 | 0 | 0 | 0 |
| enth. / abst. / ast. | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| entschuldigt / excusé / scusato | 12 | 2 | 3 | 15 | 8 | 4 | 13 | 5 |

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

## Zweite Sitzung – Deuxième séance

**Dienstag, 16. September 2003**
**Mardi, 16 septembre 2003**

*08.00 h*

03.9001

## Mitteilungen des Präsidenten
## Communications du président

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Der Nationalratspräsident und ich haben gestern Abend ein Schreiben von Herrn Bundesrat Kaspar Villiger erhalten, in dem er seinen Rücktritt aus dem Bundesrat auf Ende dieses Jahres bekannt gibt. Wir werden Ihnen den Brief in der Vereinigten Bundesversammlung vom 10. Dezember vorlesen und dort dann auch die erfolgreiche Tätigkeit von Bundesrat Villiger ausführlich würdigen können. Für heute möchte ich – sicher auch in Ihrem Namen – Herrn Bundesrat Villiger für seinen grossen Einsatz im Interesse unseres Landes und seiner Bevölkerung herzlich danken.

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 16.09.03 (Differenzen – Divergences)

### 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

**Art. 13 Abs. 2 Bst. f**
*Antrag der Kommission*
f. allein oder in Zusammenarbeit mit anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen im Sinne von Artikel 41 Absatz 4 und von Artikel 62 Absatz 2 anbieten, in denen die beteiligten Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung übernehmen. Der Bundesrat kann Ausnahmen bestimmen.

**Art. 13 al. 2 let. f**
*Proposition de la commission*
f. offrir seuls ou en collaboration avec un ou plusieurs autres assureurs une ou plusieurs formes particulières d'assurance au sens des articles 41 alinéa 4 et 62 alinéa 2 dans laquelle les fournisseurs de prestations impliqués assument la responsabilité financière convenue avec les assureurs. Le Conseil fédéral peut définir les exceptions.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes befinden wir uns in der letzten Runde. Die Fahne ist durch diesen Umstand sehr umfangreich; die Differenzen sind zahlreich. Woher rührt das? Nachdem der Nationalrat in der letzten Wintersession die Revision in der Gesamtabstimmung scheitern liess, ist uns im Frühjahr der Durchbruch gelungen. Der Nationalrat hat sich uns in der Sommersession angeschlossen und hat einige zusätzliche Anregungen eingebracht. Diese haben wir zum grossen Teil aufgenommen und auch verfeinert, mit andern Worten: Es geht nun um die Feinjustierung.
Eine erhebliche Anzahl Differenzen, auch materieller Art, wird aber bis zur Einigungskonferenz Anfang nächster Woche verbleiben. Im Wesentlichen sind es fünf Bereiche, die heute zur Diskussion stehen: Erstens die Frage der Netzwerke, zweitens die Einführung des Vertragsprinzips, drit-

tens die Frage der Pflegekosten, viertens die Abgrenzung der ambulanten von der stationären Behandlung und fünftens das System der Prämienverbilligung, und dort insbesondere die Entlastung der Mehrkinderfamilien. Daneben sind auch noch Einzelfragen wie die Versichertenkarte, die Geburtshäuser und die Subvention von Patienten-Dachorganisationen zu klären.
Wir gehen sie wie üblich in der Reihenfolge des Gesetzes an. Ich komme auf die erste Differenz zu sprechen: Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f ist der Einstieg in die Netzwerke. Die Bestimmungen zu den Netzwerken haben wir in der neuen Fassung nun geklärt und ergänzt. Für uns sind die Netzwerke ein wichtiger Beitrag zur Kostendämmung. Netzwerke sollen alle Leistungen umfassen, von der ersten Diagnose über die Behandlung – auch im Spital – bis zur Rehabilitation, und die Netzwerke sollen eine eigene Budgetverantwortung wahrnehmen. Wenn Sie das Gesetz durchlesen, dann sehen Sie, dass die Frage der Netzwerke nicht sehr übersichtlich geregelt ist. Sie ist in sehr viele Einzelbestimmungen aufgesplittert. Ich möchte daher bei Artikel 13 kurz einen Überblick geben. Die erhebliche Differenz, die bei Artikel 64 bestehen bleibt, werden wir dann dort behandeln.
Die wesentlichen Bestimmungen über die Netzwerke sind folgende: Artikel 13 regelt, dass die Krankenversicherer Netzwerke anbieten müssen. Artikel 35b, der neu eingefügt worden ist, definiert, was ein Netzwerk ist. Er hält fest, dass das Netzwerk eine besondere Versicherungsform darstellt. Normiert wird auch die Budgetverantwortung für alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Schliesslich wird geregelt, dass alle Leistungen der ordentlichen Krankenpflegeversicherungen anzubieten sind, ambulant und stationär. Anders als der Nationalrat sehen wir aber nicht vor, dass ein Arzt ausschliesslich für ein Netzwerk tätig sein muss. Er kann selbstverständlich weiterhin auch Behandlungen an Patienten ausserhalb des Netzwerkes ausführen.
In der Folge regeln wir in Artikel 62 neu, dass spezielle Prämienmodelle auch bei Netzwerken möglich sind, insbesondere – und das ist neu – dass Prämienrückerstattungen bei Netzwerken möglich sind. Eine Differenz schliesslich bleibt beim Selbstbehalt in Artikel 64 bestehen: Es geht um die Kernfrage, ob für an ein Netzwerk angeschlossene Patienten ein tieferer Selbstbehalt gilt, oder ob weiterhin für alle Patienten – ob angeschlossen oder nicht – der gleiche Selbstbehalt gilt. Wir werden bei Artikel 64 separat darüber beraten. Auf die anderen Bestimmungen werde ich im Rahmen der Beratung nicht mehr eingehen. Die Kommission hat bei Artikel 13, 35b und 62 einstimmig entschieden.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: A l'article 13 alinéa 2 lettre f, nous nous rallions à la proposition de la commission. En effet, elle offre plus de liberté et donne une plus grande marge de manoeuvre que la version du Conseil national; elle nous paraît meilleure et n'oblige pas les assureurs à n'offrir qu'une seule forme particulière d'assurance.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 23a**
*Antrag der Kommission*
Streichen

**Art. 23a**
*Proposition de la commission*
Biffer

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Unsere Kommission hat Artikel 23a mit 9 zu 2 Stimmen abgelehnt. Unser Rat hat ihn bereits in der Lesung in der Frühjahrssession abgelehnt. Die Frage ist folgende: Sollen Dachorganisationen, die Aufgaben im Bereich der Information, Beratung und Selbsthilfe der Patienten erfüllen, mit Bundesmitteln unterstützt werden? Die Kommission sagt aus drei Gründen mit deutlicher Mehrheit Nein:
1. Die Zweckumschreibung ist recht diffus, und ein Beitrag an die Kostendämmung ist schwer ersichtlich.
2. Wir fürchten, dass gesamtschweizerische Organisationen eher zentralistisch wirken.
3. Die Kostenfolge ist summenmässig nicht klar; das Einzige, was klar ist, ist der Umstand, dass sie steigend sein wird.
Wir bitten Sie, dem Nationalrat nicht zu folgen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 25 Abs. 2**
*Antrag der Mehrheit*
*Bst. a, e, f*
Festhalten
*Bst. abis*
abis. .... Beitrag an die Massnahmen der Grundpflege, die ....

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane, Cottier)
*Bst. abis*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
*Bst. f*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 25 al. 2**
*Proposition de la majorité*
*Let. a, e, f*
Maintenir
*Let. abis*
abis. en dérogation à la lettre a, une contribution aux soins de base qui sont dispensés ....

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane, Cottier)
*Let. abis*
Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
*Let. f*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 25 wird der Zankapfel dieser Gesetzesrevision sein. Artikel 25 steht in direktem Zusammenhang mit Artikel 50 Absatz 2. Wir werden hier einen Systementscheid treffen, der auch für zwei weitere Bestimmungen gilt. Die Frage ist folgende: Muss die Krankenversicherung die Kosten der Grundpflege vollständig übernehmen, oder soll sie, wie es heute Praxis ist, lediglich einen Beitrag an die Kosten der Grundpflege leisten?
Mit unserem revidierten Artikel möchten wir an der heutigen Lösung, wie sie aktuell gilt, festhalten. Was heisst das? Wir ändern das Gesetz, aber nicht die Leistungen. Heute werden durch die Krankenversicherung Pflegekosten unterstützt. Rund 1,5 Milliarden Franken fliessen in die Pflege, davon etwa 300 Millionen via Spitex. In Artikel 7 der Leistungsverordnung ist heute ein Rahmentarif festgelegt. Er gilt, solange die Pflegekosten nicht buchhalterisch klar ausgeschieden sind. Sobald sie ausgeschieden sind, müssen nach dieser Leistungsverordnung die vollen Pflegekosten von der Krankenversicherung getragen werden. Heute ist der Beitrag an die Pflegekosten in den Heimen ungefähr 10 bis 70 Franken, je nach Pflegestufe. Bei Spitex sind es im Schnitt etwa 45 Franken pro Stunde. Dort, wo ein guter Mix an Patienten vorliegt, decken diese Beiträge die Pflegekosten im Wesentlichen ab.
Wenn Sie der Mehrheit der Kommission folgen, dann behalten Sie die heutige Kostenregelung bei. Es werden auch künftig nicht die vollen Pflegekosten bezahlt, selbst wenn sie

buchhalterisch ausgewiesen sind, sondern es wird ein Beitrag an die Pflegekosten bezahlt. Dieser Beitrag aber ist, wie ich erwähnt habe, erheblich: In der Regel deckt er 70 Prozent und mehr der Pflegekosten ab. Wenn wir das Gesetz nicht ändern, müssen in den nächsten Jahren die vollen Pflegekosten bezahlt werden, sobald sie buchhalterisch ausgewiesen sind. Das wird erhebliche Mehrkosten nach sich ziehen. Die Prognose ist schwierig, es gibt verschiedene Zahlen: Die Krankenversicherer rechnen mit Mehrkosten von über 1 Milliarde Franken. Andere Zahlen für die Zukunft gehen von kostengünstigeren Entwicklungen aus. Wir haben uns davon überzeugen lassen, dass die neue Lösung – ein Beitrag an die Pflegekosten, immer im heutigen Ausmass – für die Pflege keine Änderung bewirkt. Pflegekosten werden im gleichen Ausmass wie heute – zusätzlich Berücksichtigung der Kostenentwicklung – unterstützt. Aber wenn wir das Gesetz nicht ändern, öffnen wir die Türe für erhebliche Mehrausgaben. Unsere Lösung scheint uns praktikabel zu sein.

Eine noch entscheidende Frage gilt es hier zu beantworten: Die Lösung, die wir hier mit Artikel 25 treffen, wird nicht jene sein, die auf alle Ewigkeiten oder für eine längere Zukunft gilt. Die ganze Frage ist in Überarbeitung. Bei der nächsten Revision wird eine neue Regel vorgeschlagen werden müssen.

Ein letztes Wort zur Spitex: In vielen Zuschriften ist die Frage aufgetaucht, ob unsere Regel Nachteile für die Spitex bringen wird. Die Frage ist zu verneinen, weil an der heutigen Praxis mit den Kostenbeiträgen in der Grössenordnung von 300 Millionen Franken nichts geändert wird. Spitex wird unter der heutigen Regel ebenso wenig leiden, wie auch die Heime nicht weniger Beiträge via Krankenversicherer erhalten würden. Der heutige Stand bleibt gewahrt, aber wir verhindern die Explosion. Das ist die Essenz.

**Studer** Jean (S, NE): La lettre abis à l'article 25 alinéa 2 est une nouveauté qui a été introduite pendant les travaux de la commission. Toute cette question du financement des soins n'avait pas été abordée par le Conseil fédéral dans son message. Si cette question n'avait pas été abordée à cette occasion, c'est parce que tout le problème du financement des soins pose de nombreuses questions qui tiennent en particulier à la répartition de la prise en charge de ces soins, à la nécessité ou non de poursuivre dans la voie dans laquelle on s'était engagé au moment d'adopter la LAMal. La réalité nous montre que dans la plus grande partie des cas, les personnes concernées ne sont pas à même d'assurer le financement de ces soins. Ce qui signifie en clair que tout ce qu'on ne fait pas supporter à l'assurance-maladie, on le fera supporter à d'autres assurances, en particulier aux prestations complémentaires et, même si ce n'est pas une assurance, à l'action sociale que doivent assumer les cantons et les communes. C'est toute l'interaction entre ces différents éléments qui doit être appréciée si on entend se reposer des questions sur la portée du financement des soins qu'on doit prévoir dans la LAMal.

Le président de la commission vous a dit: «On n'introduit pas de nouveauté.» Ce n'est pas tout à fait juste parce que si on n'introduisait pas de nouveauté, on n'aurait pas besoin de modifier la loi, on en resterait au système actuel et on reprendrait toute la question au moment de la 3e révision de la LAMal. Il y a quand même une nouveauté, apportée de par la volonté de la majorité, de limiter la prise en charge à une contribution aux soins de base dispensés tant dans les établissements médicosociaux qu'à domicile. Mais cette nouveauté reste relativement peu claire: on ne sait pas ce qu'il faut entendre par «soins de base», par «contribution», on ne sait pas non plus, si on suit la majorité de la commission, en quoi consistera le solde de la charge et qui la payera.

Je trouve que, dans ce domaine, le manque de précision est d'autant plus problématique que, dans le cadre de la nouvelle péréquation financière, on entend mettre les prestations complémentaires allouées aux personnes qui séjournent dans des établissements médicosociaux uniquement à la charge des cantons. Ce qui veut dire que selon la proposition de la majorité, concrètement, les cantons vont voir les frais de la prise en charge des personnes précitées augmenter, alors que leur prise en charge, en fonction de la LAMal, dans les établissements médicosociaux devrait être limitée. Si on s'engage dans cette voie, on risque de provoquer des divergences dans les modalités de la prise en charge selon les cantons.

Il me semble vraiment que cette question est trop importante pour être traitée ici, un peu par la bande, dans le cadre de cette révision. J'ai pris les explications du Conseil fédéral qui ont été envoyées aux citoyennes et aux citoyens avant la votation sur la LAMal à la fin de 1994. Je vous rappelle qu'un des arguments essentiels qui étaient présentés aux électeurs pour leur faire adopter la LAMal était celui-ci – je vous le lis tel qu'il figurait dans la brochure précitée (p. 3): «Les lacunes de l'assurance de base seront comblées: les caisses-maladie couvriront par exemple les soins à domicile (Spitex) ou dans un établissement médicosocial.»

C'est un argument qui a été présenté aux électeurs pour leur vendre la LAMal. Je veux bien admettre qu'on puisse changer d'avis et qu'on se rende compte, vu l'évolution de la situation dans le domaine de l'assurance-maladie, qu'il faut peut-être être moins affirmatif. Mais si on change d'avis, il me semble qu'il faut se donner en tout cas le temps et les moyens de pouvoir clairement annoncer à l'ensemble des partenaires de l'assurance-maladie pourquoi on change d'avis, d'une part, et quelles seraient concrètement les conséquences de la nouvelle solution, d'autre part. On entre maintenant dans un domaine où il y a une certaine incertitude qui inquiète beaucoup à la fois les organisations de soins à domicile et les établissements médicosociaux.

Pour cette raison, je vous invite certes à vous pencher sur cette question, mais dans le cadre de la 3e révision de la LAMal, et non pas ainsi, par la bande, sans savoir exactement où nous allons.

**Beerli** Christine (R, BE): Es ist in der Tat so, dass wir uns hier in einem sehr komplexen Bereich bewegen und dass es schwierig ist, eine definitive Lösung zu finden. Aber ich denke, dass Sie das nicht davon abhalten darf, der Lösung der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen. Wenn wir hier nämlich dem Nationalrat folgen, dann öffnen wir einer Pflegeversicherung im Langzeitbereich Tür und Tor. Denn wenn Sie auch noch Artikel 104a Absatz 2 in Betracht ziehen, den Sie auf Seite 50 Ihrer Fahne finden und der eben auch einen wichtigen Beitrag zu dieser Diskussion leistet, dann sehen Sie Folgendes: Bis anhin war geregelt, es sei einzig ein Beitrag an die Pflege zu leisten, solange Pflegeheime nicht nach einheitlichen Methoden abrechnen, d. h., solange sie keine einheitliche Kostenrechnung haben. Sobald eine solche einheitliche Kostenrechnung vorliegt, werden die gesamten Kosten der Langzeitpflege über die Krankenversicherer abzurechnen sein. Es ist absehbar, dass eine solche einheitliche Kostenrechnung sehr rasch vorliegen wird und dass dann die gesamten Kosten über die Prämien der Krankenversicherer zu bezahlen sein werden.

Genau das ist der Prämienschub, von dem in dieser Angelegenheit immer wieder gesprochen wird und den die Krankenversicherer in diesem Zusammenhang auf etwa 1 Milliarde Franken schätzen. Die Kantone ihrerseits haben uns ganz klar gesagt, sie befürchteten, dass sie über zusätzliche Prämienverbilligungen in diesem Bereich neu ebenfalls mit 100 bis 150 Millionen Franken belastet würden. Es ist demzufolge so, dass uns die Kantone in der Kommission ganz klar gebeten haben, hier tätig zu werden und eine Lösung vorzuschlagen, wie sie Ihnen von der Mehrheit Ihrer Kommission nunmehr unterbreitet wird.

Ihre Kommission unterscheidet in der Lösung, die sie Ihnen vorschlägt, nicht zwischen stationärer und ambulanter Pflege – das ist richtig. Beide Bereiche sollen gleich behandelt werden. Das ist eine der guten Sachen, die wir mit dem neuen KVG erreicht haben. Ihre Kommission unterscheidet aber zwischen Behandlungs- und Grundpflege. Die Behand-

lungspflege soll weiterhin vonseiten der Krankenkassen voll übernommen werden. An die Grundpflege jedoch, die auch tägliche Handlungen wie Waschen, Betten usw. umfasst, soll einzig ein Beitrag geleistet werden, der dann vom Bundesrat noch festzulegen ist.

Die Spitexorganisationen befürchten nunmehr, dass sich im Bereich der Spitex ein Problem ergeben könnte, indem auch bei der Akutpflege zu Hause, z. B. bei einer Rekonvaleszenz nach einer Operation, einzig ein Beitrag an die Grundpflege geleistet wird, und dies könnte die Spitex in eine schwierige Situation bringen. Ihre Kommission hat dieses Problem sehr ernst genommen, denn sie findet auch, dass es bei der Akutpflege, gerade nach Spitalaufenthalten, sehr vernünftig und auch Kosten senkend ist, wenn die weitere Pflege zu Hause erbracht werden kann, wenn eine Betreuung durch die Spitex erfolgt und ein längerer Spitalaufenthalt nicht infrage kommen muss. Deshalb ist Ihre Kommission klar der Meinung, dass bei der Akutpflege die gesamte Grundpflege auch weiterhin zu übernehmen ist, weil wir ja – ich habe es eingangs gesagt – nicht zwischen stationär und ambulant unterscheiden und die Akutpflege auch stationär voll bezahlt würde. Unserer Meinung nach ist also die Akutpflege ambulant wie die Akutpflege stationär auch im Grundbeitrag in der Grundpflege voll zu bezahlen, währenddem bei der Langzeitpflege – und hier sprechen wir vor allem von der Langzeitpflege, das ist unsere Problematik – einzig ein Beitrag an die Grundpflege zu leisten ist.

Ich bitte Sie also sehr, hier der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen.

Ich bitte im Übrigen auch die Arbeitsgruppe Langzeitpflege, die beim BSV schon lange an der Arbeit ist, ihre Arbeit hier weiter fortzusetzen und dann den Räten so rasch als möglich auch die nötigen Revisionen zu unterbreiten, die sich aufdrängen, z. B. im Bereich der Revision des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen. Hier sind noch Diskussionen zu führen, aber die Arbeiten sind schon fortgeschritten, sodass hier in relativ kurzer Zeit die notwendigen Revisionen auch vorgelegt werden können.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Das Votum von Frau Beerli hat aufgezeigt, dass es in diesem Bereich wichtig ist, genau zu umschreiben, wovon wir sprechen. Frau Beerli, Sie haben im Gegensatz zu dem, was ich vom Präsidenten gehört habe, gesagt, dass hier nicht die Grundpflege in der Spitex, in der akuten Pflege gemeint ist, sondern nur die Grundpflege in der Langzeitpflege. Genau deshalb, Sie mögen sich vielleicht daran erinnern, habe ich bereits das letzte Mal in der Debatte ausgeführt: Wenn man einen solchen Antrag macht, dann sollte man bewusst sagen, dass ein Beitrag an die Massnahmen der Langzeitpflege in den Pflegeheimen gemeint ist. Dann müsste man in Artikel 50 – auch das habe ich Ihnen das letzte Mal so beantragt – hinzufügen, dass der Bundesrat im Weiteren festlegt, was als Langzeitpflege zu gelten hat. Hier liegt eben jetzt die Schwierigkeit.

Ich habe diesmal keinen Antrag gestellt, dies im Wissen darum, dass es schwierig ist, hier im Rat über diese Fragen zu debattieren, geht es doch um schwierige Abgrenzungen, die genaue Kenntnisse der Materie voraussetzen. Wenn wir im Gesetz «Grundpflege» festhalten, dann bin ich davon überzeugt, dass die Kassen versucht sein werden, im Bereich der Akutpflege lediglich noch einen Anteil an die Grundpflege auszurichten. Dem würde ich auch als Präsidentin des Spitex-Verbandes des Kantons St. Gallen opponieren. Denn damit müssen Spitalentlassene – das hat Frau Beerli auch betont – zu Hause im Anschluss an einen Spitalaufenthalt wesentlich an die Kosten beitragen. Ich denke, in der Akutpflege macht das keinen Sinn.

Ich habe mich bereits das letzte Mal nicht dagegen gewehrt, dass die Patientinnen und die Patienten einen Anteil an die Langzeitpflege bezahlen. Da ist eine Beitragslösung denkbar. Wenn die Beträge der Versicherer und der Patienten in Prozent der Vollkosten festgelegt werden und gleichzeitig das Gesetz über die Ergänzungsleistungen so angepasst wird, dass für die Spitex-Klienten keine Finanzierungslücken entstehen, dann könnte auch ich mich hinter eine solche Lösung stellen. Dann müsste aber auch in den kantonalen Gesetzen verankert werden, dass die nicht kassenpflichtigen Leistungen, also Hauswirtschaft und Mahlzeitendienst, von den Kantonen und/oder den Gemeinden mitfinanziert werden. Die im Rahmen des neuen Finanzausgleichs wegfallenden Bundesbeiträge müssen unbedingt kompensiert werden, sonst wird Spitex nach meiner Meinung zu einem Luxusgut. Wenn wir jetzt trotzdem auf den Antrag der Mehrheit einschwenken, dann möchte ich vor allem zuhanden des Nationalrates bitten, dass man die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Langzeitpflege einbezieht. Dort wird nämlich vorgeschlagen, dass Änderungen des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung zu berücksichtigen seien. Das müsste gleichzeitig geschehen, sonst bekommen wir grosse Probleme.

Sie sehen also, das Wort Grundpflege ist Stein des Anstosses. Wenn wir der Mehrheit zustimmen, muss der Nationalrat diese Fragen noch einmal klären. Ansonsten müsste ich sagen, dass ich dem nationalrätlichen Beschluss zustimmen würde.

**Brunner** Christiane (S, GE): La discussion sur cette disposition montre exactement les lacunes dans notre manière de légiférer au sujet de la LAMal. Nous avons introduit dans ce projet de loi un certain nombre d'éléments qui n'étaient pas proposés par le Conseil fédéral. Dans une matière extrêmement complexe, on navigue à vue et puis on dit: «Ici, on peut rajouter ça; là, on peut enlever ça.» Bien sûr que c'est notre travail de parlementaires de le faire, mais dans une matière telle que celle-ci, on n'arrive pas à le faire de manière suffisamment soigneuse.

Je ne peux pas comprendre et je n'arriverai pas à faire comprendre qu'il est nécessaire, en ce qui concerne les soins, de modifier la loi alors qu'on nous dit: «On ne veut rien changer à la situation actuelle et on ne veut rien changer aux prestations,» comme l'a dit le président de la commission. Parce que si vraiment c'est une question de définition des prestations qui sont versées, c'est de la compétence du Conseil fédéral. Le Conseil fédéral l'a définie par ordonnance, il peut la modifier. Il peut modifier encore une fois l'ordonnance de manière que la situation reste en l'état, mais nous, nous n'avons pas besoin de changer la loi.

De la même manière, le président de la commission – qui n'écoute pas les débats – a dit tout à l'heure qu'il ne s'agissait en aucun cas de la contribution aux soins de base en ce qui concerne les soins à domicile, mais seulement en ce qui concerne les établissements médicosociaux. Toutefois, je constate quand même que c'est littéralement dans cette disposition que l'on parle d'une contribution aux soins de base pour les soins donnés «sous forme ambulatoire ou au domicile du patient» (art. 25 al. 2 let. abis). Alors, je ne sais plus qui a raison. Et si on doit interpréter ce que l'on est en train de faire maintenant uniquement sur la base de nos travaux parlementaires, je souhaite bonne chance à ceux qui devront ensuite l'interpréter et l'appliquer.

Je vous invite vivement à suivre le Conseil national. Cela me paraît beaucoup plus prudent de ne rien changer maintenant à cette disposition.

**Brändli** Christoffel (V, GR): Eine Vorbemerkung zu diesem Thema: Es ist nicht so, dass die Versicherer gross die Wahl haben. Ihnen werden Kosten verrechnet, und sie müssen die Kosten, die verrechnet werden, in Form von Prämien den Versicherten belasten. Gewinne gibt es in der Grundversicherung keine. Es ist also ein reiner Finanzierungsmechanismus. Das ist die rein technische Seite. Aber wir müssen uns politisch bei dieser Revision überlegen, welche Auswirkungen sie auf die Prämien hat. Das ist eine politische Frage. Wie hohe Prämien können wir den Versicherten zumuten? Das ist die politische Frage.

Nun haben wir auf der einen Seite die Spitalfinanzierung neu geregelt. Da gibt es eine Verlagerung zulasten der Prämien-

zahler. Wir gehen auf 50 Prozent; heute liegt die Belastung der Prämienzahler etwa bei 45 Prozent. Wir belasten dem Prämienzahler auch die Investitionen. Also ergibt das wegen der Spitalfinanzierung eine höhere Prämie. Diese fangen wir mit der Prämienverbilligung auf. Wir diskutieren über rund 2,5 Milliarden Franken. Effektiv ist es so, dass wir heute in etwa 1,8 Milliarden Franken ausgeben, und neu haben wir dann die Möglichkeit, 2,5 Milliarden Franken auszugeben. Also wird der Bund am Schluss insgesamt 700 bis 800 Millionen Franken mehr in die Prämienverbilligung einschiessen. Das führt dazu, dass die Rechnung für die Versicherten aufgeht: höhere Prämien wegen Spitalfinanzierung minus Prämienverbilligung. Aber es gibt eine höhere Prämie, und es gibt eine Verlagerung: Die Gutverdienenden zahlen mehr, und die anderen werden entlastet.

Dann haben wir das zweite Problem, das wir jetzt diskutieren: die Pflegefinanzierung. Das ist ein Problem, das wir bis jetzt nicht gelöst haben, und hier versucht man jetzt mit einer Patentlösung eine Übergangslösung zu finden. Was ist das Problem der Pflegeversicherung von der Prämie her gesehen? Das Problem liegt darin, dass wir in den nächsten Jahren sehr wahrscheinlich ein Wachstum in der Grössenordnung von 1 bis 1,5 Milliarden Franken haben werden. Das schlägt sich auch auf die Prämie nieder. Wir müssen uns jetzt überlegen, ob wir es uns leisten können, wegen der Spitalfinanzierung eine Prämienerhöhung und daneben noch diese ungelöste Pflegefinanzierung zu haben, die auch zu einer Prämienerhöhung führt. Dann haben wir eine Revision, die schlussendlich zu Prämienerhöhungen führt.

Ich habe gehört, dass es sogar renommierte Parteien gibt, die heute schon Parteitage organisieren, um Referenden zu ergreifen. Ich würde hier auch warten, bis die Lösungen auf dem Tisch sind. Es ist nicht gut, wenn man vor Wahlen solche Probleme diskutiert. Eigentlich hätte man das Ganze auf die Dezembersession verschieben sollen, dann wären die Leute vielleicht auch etwas vernünftiger bei der Lösung von Problemen.

Ich persönlich bin der Meinung, dass wir für die Pflegeversicherung eine Übergangslösung treffen müssen, damit jetzt nicht Präjudizien geschaffen werden. Es ist klar: Wenn man im Pflegebereich heute 1,5 Milliarden Franken zahlt und die Kosten in den nächsten Jahren auf 2,5 bis 3 Milliarden Franken steigen, können wir in der 3. KVG-Revision das Rad nicht mehr zurückdrehen, dann müssen wir von diesen 2,5 bis 3 Milliarden Franken ausgehen. Es braucht also eine Übergangsregelung. Man kann natürlich darüber diskutieren, ob diese hier so oder ob sie allenfalls separat, wie es der Bundesrat schon angedeutet hat, gemacht werden soll. Sie müsste aber auch sehr rasch erfolgen. Eine Übergangsregelung, die erst mit der 3. KVG-Revision kommt, nützt nichts, das ist auch klar.

Persönlich meine ich, dass unser Rat jetzt eine Differenz zum Nationalrat schaffen sollte und dass man sich dann in der nationalrätlichen Kommission Zeit nimmt und sich Gedanken darüber macht, ob wir die Pflege so lösen sollen, wie es der Ständerat will, oder ob es vielleicht andere Lösungen, allenfalls auch unabhängig von dieser Vorlage gibt. Von mir aus ist es auch egal, wenn man die Vorlage wegen dieser Frage erst im Dezember verabschiedet, dafür dann aber zu einer vernünftigen Lösung kommt. Jetzt einfach etwas über das Knie zu brechen, das dann zu einem Scherbenhaufen führt, nützt nichts. Aber ohne Übergangsregelung im Pflegebereich sind die Prämienerhöhungen, die sich aus dieser Revision ergeben, zu hoch, um sie gegenüber den Stimmberechtigten zu verantworten.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Sie erleben heute Morgen leider wieder eine kleine Kommissionsdiskussion; ich bedaure das an sich. Wenn ich mich auch noch einmische, geht es um ein Votum, nämlich jenes von Christiane Brunner. Weshalb? Tatsächlich hat sie ja gesagt, die Diskussion zeige etwas: Die Lösung, die wir von der Mehrheit aus präsentieren, sei noch nicht ganz ausgegoren. Das kann man so sehen. Wir wissen aber alle, was wir wollen – wenn ich richtig zugehört habe, will eigentlich auch Frau Kollegin Brunner dasselbe. Wir wollen, dass wir die Finanzierungsbedingungen weiterführen können, welche bis Ende des letzten Jahres geherrscht haben. Wir wollen hier vorderhand keine grossen Änderungen vornehmen, sondern wir wollen weiterfahren, bis wir zu einer anderen gesetzlichen Regelung kommen, welche uns der Bundesrat vorzuschlagen hat. Wir wollen hier nicht eine Öffnung, wir wollen aber auch keine Einschränkung. Ich glaube, in dieser Beziehung sind wir uns einig. Frau Brunner hat jetzt vorgeschlagen, mit dem Antrag der Minderheit könne man das machen. Es sei dann am Bundesrat, hier auf dem Verordnungsweg eine Regelung weiterzuführen, wie wir sie bis Ende letzten Jahres gekannt haben; ich sehe Frau Brunner nicken.

Können wir das aber, wenn wir die bisherige Regelung nicht verändern? Das ist die Frage. Ich bitte Sie hier, einfach noch einmal Artikel 104a Absatz 2 anzusehen. Nach diesem Artikel 104a Absatz 2 kann das Departement durch Verordnung festlegen, in welchem Ausmass die Leistungen übernommen werden dürfen, solange die Kosten der Leistungen von Pflegeheimen nicht nach einheitlicher Methode ermittelt werden. Sobald das der Fall ist, liegt die Handlungsfreiheit nicht mehr beim Departement; dann kann das Departement, der Bundesrat, so meine ich, hier eben nicht eine Lösung weiterführen, wie wir sie bisher gekannt haben. Das wird mindestens heikel nach unserer langen Diskussion jetzt. Ich zweifle sehr daran, ob der Richter, der dann allenfalls angerufen werden könnte, eine solche Weiterführung auf Verordnungsstufe durch das Departement goutieren und ob er das mittragen würde. Das ist das Problem, das wir haben.

Ich meine deshalb, dass wir heute vonseiten des Herrn Bundespräsidenten die klare Absicht hören sollten, dass das Regime, das bis Ende des letzten Jahres galt, weitergeführt wird. Erstens müssen wir das hören heute und zweitens, dass so rasch wie möglich der Bereich der Pflege in eine neue Lösung überführt wird. Wenn wir das hören, dann gibt hiezu, meine ich, der Antrag der Mehrheit die bessere Grundlage.

Ich bitte Sie deshalb, der Mehrheit zuzustimmen.

**Maissen** Theo (C, GR): Es ist tatsächlich so, dass wir uns hier in einem gewissen Dilemma befinden. Auf der einen Seite besteht die Gefahr, wie sie von Kollegin Beerli aufgezeigt worden ist, dass wir eine Regelung gemäss der Minderheit treffen könnten, die unabsehbaren Kostenentwicklungen Tür und Tor öffnet. Auf der anderen Seite wissen wir, dass vor allem auch in ländlichen Regionen der Bereich Spitex eine grosse Bedeutung hat und immer wichtiger wird. Man spricht auch in diesem Bereich von Kosten, und die Diskussionen gehen ja zum Teil dahin, dass man sich nicht ganz schlüssig ist, ob die Spitex nun Kosten sparend ist oder nicht. Ich bin überzeugt, dass die Spitexdienste auf lange Sicht im Gesundheitswesen ein Kosten sparender Faktor sind. Wenn wir nämlich diese Alternative, diese Möglichkeit nicht hätten, dann wären die Pflegefälle in stationären Einrichtungen entsprechend teurer.

Offenbar hat die Kommission hier noch nicht die definitive, optimale Regelung gefunden. Deshalb dürfen wir nach meinem Dafürhalten jetzt nicht mit einem Beschluss, der so gestaltet ist, wie es Frau Forster auch gesagt hat, eine Weichenstellung vornehmen. Frau Forster hat gesagt, es dürfe nicht geschehen, dass Spitexleistungen zu einem Luxusgut für Begüterte werden. Heute gibt es im Spitexbereich gewachsene Strukturen, die sich bewähren. Die Spitexorganisationen versuchen das Ganze auch zu optimieren. Man ist sich auch dessen bewusst, dass es eine Neuordnung in der Finanzierung braucht. Es gibt, wie wir gehört haben, auch eine Arbeitsgruppe, die daran arbeitet, hier eine Neuordnung zu finden. Ich kann der Lösung der Mehrheit zustimmen, wenn tatsächlich auch vonseiten des Bundespräsidenten bestätigt wird, dass der Finanzierungsrahmen auch in der vorgesehenen, so genannten Übergangsregelung wie bis anhin bleibt. Vor allem sollte es auch weiterhin möglich sein, dass die Spitexorganisationen Tarifverhand-

lungen mit den Krankenversicherern führen können, damit die Spielräume optimal ausgeschöpft und von den Versicherern in den einzelnen Regionen den Verhältnissen angepasste Leistungen gewährt werden können.
Unter der Voraussetzung, dass die Übergangsregelung nicht eine Weichenstellung dahin gehend ist, dass es für die Spitex nachher Finanzierungslücken gibt, sondern dass man eine Lösung sucht, die es auch in Zukunft ermöglicht, die Spitexleistungen zu erbringen, kann ich der Mehrheit zustimmen.

**Bürgi** Hermann (V, TG): Ich habe dieser «Kommissionsberatung», die von den Kommissionsmitgliedern geführt wurde, mit Interesse zugehört. Ich muss Ihnen sagen: Mich befriedigt das Ganze nicht. Ich muss meinen sehr geschätzten Kollegen Philipp Stähelin zitieren, der gesagt hat: Wir müssen wissen, was wir wollen. Ich stelle fest, dass man in diesem Punkt nicht genau weiss, was man will – man weiss das nicht.
Es wird jetzt erklärt, dass man zwischen der Langzeitpflege und der ambulanten Grundpflege zu differenzieren habe. Das ist doch das Problem. Warum geht man jetzt als Gesetzgeber nicht hin und sagt das, was man meint? Das ist meine Frage an die Kommission. Man geht jetzt hin und sagt: Ja, der Nationalrat soll das dann nachbessern. Ich gebe diesen Wunsch selbstverständlich gerne weiter, weil ich persönlich vollends überzeugt bin, dass wir zwischen der Langzeitpflege in den Pflegeheimen und der ambulanten Grundpflege der Spitex zu differenzieren haben. Es wäre ja volkswirtschaftlich ein Unsinn, wenn wir die Spitex schwächen würden – die nachgewiesenermassen Pflegeleistungen kostengünstiger erbringt –, indem wir dort mehr Beiträge seitens der zu Pflegenden verlangen. Das kann doch nicht so sein.
Das ist hier von der Kommission auch bestätigt worden. Aber ich muss diese Kritik jetzt einfach anbringen: Warum hat man das nicht im Klartext gesagt? Ich meine, dass hier die erforderliche Klarheit durch den Gesetzgeber nicht geschaffen wurde. Es stellt sich jetzt die Frage, wie wir weiter vorgehen wollen. Ich bin dann auch daran interessiert, was Herr Bundespräsident Couchepin sagt. Aber ich bin der Meinung, dass es natürlich im Rahmen einer derart heiklen Gesetzgebung nicht genügt, einfach den Willen des Gesetzgebers zu deklamieren, sondern man sollte ihn eigentlich festschreiben.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Diskussion hat deutlich gemacht, dass wir uns in einem heiklen Bereich befinden. Ich möchte einen Beitrag zur Klärung einiger Fragen leisten.
Wenn wir die heutige Regelung bestehen lassen, dann müssen in Zukunft die vollen Pflegekosten von der Krankenkasse übernommen werden. Das führt zu einem sehr grossen Kostenschub. Dessen Höhe kann nicht vorausgesagt werden, aber ein Kostenschub in der Grössenordnung von gegen 1 Milliarde Franken dürfte realistisch sein. Das führt in der Tat zu Prämienerhöhungen, denn die Mehrkosten wollen gedeckt sein. Mit der Änderung von Buchstabe abis regeln wir, dass künftig nicht die vollen Kosten zu bezahlen sind, sondern ein Beitrag an die Pflegekosten zu leisten ist. Dieser Beitrag an die Pflegekosten soll gemäss Artikel 50 Absatz 2 künftig vom Bundesrat festgelegt werden. Die Höhe des Beitrages liegt also in der Kompetenz des Bundesrates.
Was wir hier aber klar deklarieren und worüber wir uns auch in der Kommission einig sind, ist Folgendes: Die so genannte Behandlungspflege, die Akutpflege, wie es Frau Beerli expliziert hat, wird weiterhin voll bezahlt. Die Grundpflege wird mit einem Beitrag unterstützt, der ein erheblicher ist. Es ist klar die Absicht der Kommission, und ich bitte Herrn Bundespräsident Couchepin, das zu bestätigen, dass die heutigen Kostenbeiträge – im Total 1,5 Milliarden Franken, wovon für Spitex rund 300 Millionen Franken – ungefähr zu den heutigen Ansätzen erhalten bleiben. Diese politische Erklärung, Herr Bundespräsident, ist wichtig.
Nun aber macht Frau Forster eine Unterscheidung, die bisher nicht Praxis war, nämlich die Unterscheidung zwischen Kurz- und Langzeitpflege. Bevor Sie etwas ändern, braucht es gründliche Abklärungen. Wir wollen mit dieser Revision hier keine Änderung herbeiführen. Wir verbauen uns eine solche Unterscheidung nicht. Sie ist möglich, aber sie ist nicht ausgereift und muss zuerst erarbeitet werden.
Das ist die Zusammenfassung dieser gesetzlichen Änderung. Wir möchten die Revision in dieser Session abschliessen. Deshalb können wir dem Nationalrat keinen allgemeinen Auftrag zu einer vertieften Studie erteilen. Doch mit der jetzigen Bestimmung regeln wir es klar: Die heutige Kostenpraxis soll beibehalten werden, und der Bundesrat soll die Details festlegen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Un des orateurs a relevé que le Conseil fédéral n'avait pas prévu de modifier la législation sur ce point et vous avez décidé d'aborder ce sujet brûlant. Pourquoi est-ce que le Conseil fédéral ne souhaitait pas se prononcer sur ce point?
Tout d'abord parce que nous sommes dans une jungle où les représentants des multiples intérêts sont prêts à mordre. Parfois, lorsque l'on voit une liane qui paraît tout à fait paisible, elle peut se transformer en serpent redoutable. Toutes les bêtes féroces sont là pour essayer de mordre le modeste législateur qui se promène au milieu de la jungle. Il suffit d'entendre les échos des différents partis, qui sont maintenant dans la «chasse» préélectorale, d'entendre les différentes organisations pour savoir que toutes les bêtes féroces qui ont des intérêts, et même celles qui ne sont pas féroces, sont prêtes à mordre et à détruire l'ouvrage que l'on est en train de faire.
Alors, à trop charger le bateau, a pensé le Conseil fédéral, on va le faire couler. Et il a pensé que ce problème était trop complexe pour pouvoir être réglé simplement par un article ou même une lettre d'un article. Le problème est complexe, et là je partage l'avis de M. Studer, parce qu'il ne concerne pas seulement l'assurance-maladie. Il concerne tous les autres acteurs qui participent au paiement de ces frais. Il s'agit de montants importants, on l'a dit: les soins dispensés en EMS, les soins à domicile y compris les «Langzeitpflege» pris en charge dans le cadre de ce que vous appelez Spitex, soit les soins à domicile, représentent un total d'environ 6,5 milliards de francs dont aujourd'hui 1,5 milliard est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Quelle est l'évolution? Les milieux des assureurs disent que si on n'agit pas très rapidement, des augmentations des dépenses de l'ordre de 1,2 milliard de francs sont probables. Nous pensons qu'il y aura des augmentations, mais pas aussi rapides que le prétendent les assureurs. Ce qui est vrai, c'est que cela augmentera dans les années qui viennent et qu'il y a un problème.
Comment le résoudre? Il y a trois solutions: le statu quo, c'est ce que propose le Conseil national; le statu quo plus, ce que nous préconisons, la solution du Conseil national plus une révision immédiate partielle de la loi sur ce point particulier; une troisième solution que vous proposez. Une troisième solution dont M. Frick vient de dire qu'elle était au fond le statu quo: si c'est vraiment le statu quo, pourquoi modifier la loi?
Je crois que l'on arrivera difficilement à faire admettre à l'une des bêtes féroces qui nous menacent dans la jungle que l'on change quelque chose pour ne rien changer. Et dans le cadre d'une campagne référendaire qui ne manquera pas de venir, on aura un peu de peine à expliquer que l'on a changé pour ne rien changer. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral dit: «Finalement, ne changeons rien, rejoignons les conservateurs, M. Studer et Mme Brunner, et maintenons la solution du Conseil national qui consiste à ne rien changer, mais avec un plus, et ce plus, c'est que le Conseil fédéral très rapidement, avant même la 3e révision de la LAMal, propose des modifications dans ce domaine, mais après avoir pris en compte les différents autres payeurs: le client, les aides sociales, les prestations complémentaires, les

communes, les cantons. Tout un monde est concerné par cette affaire et doit être intégré dans la discussion.»
Alors, le Conseil des Etats, et c'est l'argument de M. Brändli, dit: «Au fond, prenez notre solution comme une solution transitoire.» Oui, si cette solution transitoire provoquait un apaisement; non, si cette solution transitoire provoque au contraire de la part de milieux tels que ceux que défend Mme Forster aujourd'hui une réaction négative. Certains milieux disent: «Si vous changez quelque chose, c'est pour aggraver la situation. Donc, nous soutenons ceux qui rejettent la loi et qui soutiendraient le référendum, parce que nous ne sommes pas sûrs d'avoir une solution satisfaisante dans le projet de modification de la loi que proposerait ensuite le Conseil fédéral.»
Si la solution du Conseil des Etats, encore une fois, ne sert qu'à bétonner le statu quo, ce n'est pas très crédible; et si elle n'est que transitoire, à mon avis, elle apporte des arguments à ceux qui mèneront le combat contre cette loi en disant: «Le Conseil des Etats a changé quelque chose qu'il faut refuser parce que l'on ne sait pas ce que le Conseil fédéral fera plus tard.»
Tout bien considéré, nous soutenons la proposition de minorité Studer Jean, c'est-à-dire la solution du Conseil national, en disant que le statu quo doit être accompagné par une déclaration solennelle du Conseil fédéral d'entreprendre, dès cette loi adoptée, après une votation populaire éventuelle, devant le Parlement la révision de la loi pour régler ce problème, en accord avec tous les autres partenaires. Nous pensons que l'alternative que vous préconisez est plutôt dangereuse et qu'elle risque de provoquer, même si elle est bien intentionnée, beaucoup plus de problèmes, et notamment dans une campagne référendaire, qu'elle n'en résout.
Nous vous invitons donc à accepter la proposition de la minorité Studer Jean, la solution conservatrice. *(Hilarité)*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Herr Bundespräsident, Sie lassen uns perplex zurück in diesem Saal. Bisher haben Sie und das Departement die Lösung des Ständerates unterstützt. Es ist nicht richtig, wenn Sie sagen, es sei schwer zu erklären, warum man etwas ändern müsse, um nichts zu ändern. Die Frage muss anders lauten. Wenn wir die Kosten nicht explodieren lassen wollen, also das Kostenniveau halten wollen, dann müssen wir das Gesetz ändern. Das ist die Frage. Mit guten Argumenten wurde bisher immer, auch seitens Ihres Departementes, unsere Überzeugung unterstützt und gefördert. Ich glaube, es ist immer noch richtig. Wenn wir uns hier allein aus Furcht vor einem Referendum dem Nationalrat anschliessen, dann öffnen wir die Türe für Mehrausgaben seitens der Krankenversicherer in der Grössenordnung von mindestens gegen 1 Milliarde Franken. Das führt ganz sicher zu einem erheblichen Prämienschub. Das ist die Alternative.
Ich bitte Sie, dass wir bei der Haltung bleiben, die auch das Departement bis gestern Abend vertreten hat.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je crois qu'il faut éviter, chaque fois qu'on n'est pas d'accord avec vous, d'adopter un ton émotionnel. Finalement, il faut faire une analyse objective. Votre argumentation de maintenant montre bien que ce n'est pas le statu quo que vous voulez, mais que vous voulez changer quelque chose. Alors, nous nous disons que si l'on doit changer quelque chose, il faut le faire en accord avec les autres partenaires et, pour cela, il faut faire une révision séparée. Nous voulons changer quelque chose, mais nous ne voulons pas changer de manière rapide, sans prendre en compte l'ensemble des acteurs.
Aujourd'hui vous avez une décision à prendre. Nous croyons que la solution du Conseil national, avec l'engagement de présenter un nouveau projet de révision, comme le demande M. Brändli, est la meilleure.

*Bst. a – Let. a*
*Angenommen – Adopté*

*Bst. abis – Let. abis*

**Slongo** Marianne (C, NW): Ich habe im Zusammenhang mit diesem Geschäft sehr viel Post erhalten. Ich selbst bin nicht Mitglied der Kommission, demzufolge ist es für mich schwierig, da ein Urteil zu fällen. Aber was ich jetzt erlebt habe, ermöglicht es mir nicht mehr, Stellung zu nehmen.
Deshalb denke ich, dass es richtig ist, wenn wir das Geschäft in diesem Punkt an die Kommission zurückweisen. Ich beantrage dies.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Frau Slongo beantragt, die Abstimmung über Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe abis auszusetzen bzw. diese Bestimmung an die Kommission zurückzuweisen.

*Abstimmung – Vote*
Für den Ordnungsantrag Slongo .... 18 Stimmen
Dagegen .... 11 Stimmen

*Bst. e – Let. e*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Bei Buchstabe e geht es um die Frage: Wie soll «Spital» umschrieben werden? Der Ständerat hat sich für den Ausdruck «Basis-Service» entschieden, der Nationalrat für die Umschreibung «Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung». Wir meinen, dass unser Ausdruck besser das darlegt, was wir wünschen.
Die Kommission ist einhellig für Festhalten.

*Angenommen – Adopté*

*Bst. f – Let. f*

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Bei Buchstabe f geht es um die Frage der Geburtshäuser. Leider kann die Kommission hier eine sympathische Einrichtung mehrheitlich nicht unterstützen.
Geburtshäuser sind spezielle Institutionen mit längerem Aufenthalt in Zusammenhang mit der Geburt. Nach der Kommissionsmehrheit sollen Hebammen und ärztliche Leistungen im Geburtshaus weiterhin durch die Krankenversicherung bezahlt werden. Die Frage ist nur: Soll auch der Aufenthalt im Geburtshaus gedeckt werden? Wenn das Geburtshaus als Spital anerkannt ist – es gibt solche Geburtshäuser –, soll auch die Pflege bezahlt werden. Wenn das Geburtshaus nicht als Spital anerkannt ist, geht es – um in der Terminologie zu bleiben – um die blosse Hotellerie. Diese wird nie durch die Krankenversicherung gedeckt. Es geht hier um eine Frage des Prinzips, nämlich ob der Leistungskatalog in Einzelfällen, eben beim Geburtshaus, auch auf die Hotellerie ausgedehnt werden soll.
Es ist für die Kommissionsmehrheit eine wichtige Prinzipienfrage. Darum bitten wir Sie, unserer Fassung zuzustimmen. Der Entscheid ist auch für vier weitere Artikel massgebend, nämlich für Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b, Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe i, Artikel 38 und Artikel 41 Absätze 1 und 2.

**Studer** Jean (S, NE): Actuellement, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les femmes qui souhaitent accoucher ont le choix: ou d'être soignées à la maison, ou d'accoucher en milieu hospitalier. Les maisons de naissance offrent une solution intermédiaire, une troisième possibilité qui est appréciée, si l'on en croit l'augmentation du nombre de ces maisons: il y en avait environ cinq il y a une dizaine d'années, elles sont aujourd'hui quatorze, dont quatre en Suisse romande. Chaque année, un peu plus de 1000 naissances interviennent dans ce cadre.
Si les maisons de naissance ont effectivement un certain attrait, c'est parce qu'elles permettent d'assurer un accouchement dans un environnement médicalisé, dira-t-on, du fait de la présence de sages-femmes, mais sans l'infrastructure

lourde d'un hôpital. C'est donc une prise en charge simple et souple qui induit des avantages financiers, car effectivement, sans l'infrastructure lourde d'un hôpital, les coûts d'intervention dans les maisons de naissance sont susceptibles d'être plus bas qu'en milieu hospitalier.
Dans cette perspective, il semble que ce soit une voie intéressante et à favoriser et qu'il faille préciser dans la LAMal qu'un séjour dans une maison de naissance peut être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Je vous invite dès lors à suivre la minorité à l'article 25 alinéa 2 lettre f.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous soutenons la proposition de la majorité.
Si le séjour en maison de naissance devait être pris en charge par l'assurance de base, il faudrait inclure les maisons de naissance dans la planification hospitalière cantonale, notamment dans le cadre de la planification des besoins. On devrait aussi fixer des règles pour que les maisons de naissance soient admises dans une telle liste, notamment la proximité avec un hôpital. Dès l'instant où on impose à une maison de naissance d'être proche d'un hôpital, celle-ci lui fait concurrence. Et, dans des régions périphériques où le nombre des naissances est déjà relativement faible en hôpital, on risque de diminuer encore l'attrait de l'hôpital et de mettre son existence en péril.
Il faut savoir qu'en principe certaines prestations liées à un accouchement dans une maison de naissance sont déjà prises en charge, mais seulement au titre des prestations pour soins ambulatoires.
Si on allait plus loin, on donnerait une raison d'allouer de nouvelles prestations tout en risquant de diminuer l'intérêt pour les hôpitaux.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 31 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 6 Stimmen

**Art. 29 Abs. 2 Bst. b**
*Antrag der Mehrheit*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 29 al. 2 let. b**
*Proposition de la majorité*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
Adhérer à la décision du Conseil national

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

**Art. 35**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1*
....
b. wenn sie im ambulanten Bereich tätig sind:
1. einen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben; oder
2. ihre Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 35b, das mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag abgeschlossen hat, erbringen.
*Abs. 1bis*
Streichen (siehe Art. 35a Abs. 1)
*Abs. 1ter*
Streichen (siehe Art. 35a Abs. 1 Bst. d)
*Abs. 1quater*
Streichen (siehe Art. 35a Abs. 2)
*Abs. 1quinquies*
Streichen (siehe Art. 35a Abs. 3)
*Abs. 1sexies*
Streichen (siehe Art. 35a Abs. 4)
*Abs. 1septies*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
*Abs. 2 Bst. i*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
*Abs. 2 Bst. i*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 35**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1*
....
b. s'ils sont actifs dans le secteur ambulatoire:
1. ont conclu un contrat d'admission au sens de l'article 35a avec un ou plusieurs assureurs-maladie; ou
2. fournissent leurs prestations dans le cadre d'un réseau de soins coordonnés au sens de l'article 35b qui a conclu un contrat avec un ou plusieurs assureurs-maladie.
*Al. 1bis*
Biffer (cf. art. 35a al. 1er)
*Al. 1ter*
Biffer (cf. art. 35a al. 1er let. d)
*Al. 1quater*
Biffer (cf. art. 35a al. 2)
*Al. 1quinquies*
Biffer (cf. art. 35a al. 3)
*Al. 1sexies*
Biffer (cf. art. 35a al. 4)
*Al. 1septies*
Adhérer à la décision du Conseil national
*Al. 2 let. i*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
*Al. 2 let. i*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Artikel 35 und Artikel 35a betreffen die ganze Einführung des Vertragsprinzips. Der Nationalrat hat unser System gutgeheissen. Es gilt, in aller Klarheit zuhanden der Materialien festzuhalten – ich sage das darum, weil verschiedene Fragen herangetragen worden sind –: Das Vertragsprinzip gilt für alle ambulanten Leistungserbringer, egal ob die Leistungen von Ärzten, Psychotherapeuten oder auch in Spitälern erbracht werden. Der Ort, wo die Leistungen erbracht werden, ist unwesentlich.
Inhaltlich hat der Nationalrat an unserem System wenig geändert, er hat aber den Verlängerungsanspruch aus wirtschaftlichen Gründen um zwei Jahre gestrichen. Ärzte beispielsweise, für welche die Kündigung eine wirtschaftliche Härte schaffen würde, können eine Verlängerung nicht mehr beanspruchen.
Unsere Kommission hat die Normen über das Vertragsprinzip präzisiert und sprachlich leichter verständlich formuliert. Ich verzichte darauf, im Einzelnen darauf einzugehen. Das Gesetz sollte nun in den Artikeln 35 und 35a für sich selber sprechen.

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

**Art. 35a**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Zulassungsvertrag
*Abs. 1*
Die Leistungserbringer und die Versicherer sind in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:

a. die medizinische Versorgung nach Absatz 2 sichergestellt ist;
b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);
c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden;
d. nicht eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufgrund ihrer Langjährigkeit sowie des Alters und des Leidens der versicherten Person aus therapeutischen Gründen aufrechterhalten werden muss (Sonderfall).
*Abs. 2*
Die Kantone bestimmen für den ambulanten Bereich die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten. Das Angebot in den angrenzenden Kantonen und die Zahl der in integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 35b angeschlossenen Leistungserbringer sind zu berücksichtigen. Jeder Versicherer muss in jedem Kanton, in dem er tätig ist, Verträge über die Zulassung mit mindestens der vom Kanton festgelegten Anzahl Leistungserbringer abschliessen.
*Abs. 3*
Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Vertrages verweigert, kann dies bei Verletzung der Bestimmungen der Absätze 1 und 2 einer kantonalen Schiedskommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen der Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer sowie einer Vertretung des Kantons, zum endgültigen Entscheid unterbreitet werden. Der Vertreter oder die Vertreterin des Kantons führt den Vorsitz. Artikel 89 Absätze 2, 5 und 6 sind analog anwendbar.
*Abs. 4*
Die Zulassungsverträge sind für eine Dauer von mindestens vier Jahren abzuschliessen. Versicherer und Leistungserbringer können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 18 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung ist auf Antrag des Leistungserbringers nach den Kriterien dieses Gesetzes zu begründen.
*Abs. 5*
Streichen

**Art. 35a**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Contrat d'admission
*Al. 1*
Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leurs partenaires contractuels, à condition que:
a. la couverture en soins médicaux au sens de l'alinéa 2 soit assurée;
b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient garantis (art. 56 et 58);
c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées;
d. une relation entre un fournisseur de prestations et un assuré, en raison de sa longue durée ainsi que de l'âge et de l'affectation dont souffre ce dernier, ne doive pas être poursuivie par nécessité thérapeutique (cas particulier).
*Al. 2*
Les cantons déterminent dans le domaine ambulatoire le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. L'offre dans les cantons limitrophes et le nombre des fournisseurs de prestations regroupés dans des réseaux de soins coordonnés au sens de l'article 35b doivent être pris en considération. Les assureurs doivent dans tous les cantons où ils exercent leur activité conclure des contrats d'admission avec au moins autant de fournisseurs de prestations que le nombre fixé par le canton.
*Al. 3*
Si un assureur ou un fournisseur de prestations se voit refuser la conclusion d'un contrat, il peut en cas de violation des dispositions des alinéas 1er et 2 soumettre ce refus à une commission arbitrale cantonale composée de deux représentants de la fédération des assureurs, de deux représentants de la fédération des fournisseurs de prestations et d'un représentant du canton concerné qui statue à titre définitif. Le représentant du canton en assume la présidence. L'article 89 alinéas 2, 5 et 6 est applicable par analogie.
*Al. 4*
Les contrats d'admission doivent être conclus pour une durée d'au moins quatre ans. Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent résilier le contrat d'admission moyennant un délai de 18 mois pour la fin d'une année civile. Sur demande du fournisseur de prestations, la résiliation doit être dûment motivée sur la base de critères prévus dans la présente loi.
*Al. 5*
Biffer

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich habe lediglich einen Punkt zu klären. Artikel 35a regelt, wie bei einer Vertragsverweigerung vorzugehen ist. Betreffend Kündigung ist lediglich normiert, dass sie auf Begehren des Leistungserbringers zu begründen ist. Diese Kündigung kann aber genau wie die Verweigerung eines Leistungsvertrages angefochten werden. Das gilt es klarzustellen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: A l'article 35a, je soutiens la proposition de votre commission. Je considère qu'elle est un bon compromis entre la solution initiale du Conseil des Etats et celle du Conseil national.
Il faut quand même dire quelque chose, en vue de la campagne qui ne manquera pas de s'ouvrir, sur notre vision de la planification cantonale. Celle-ci sera un élément important de la mise en oeuvre de cet article. Si les cantons n'ont pas le courage de prendre des décisions, l'article ne servira à rien; si les cantons vont trop loin dans l'autre sens, je pense qu'il y aura aussi un problème. Notre souhait, c'est que, le jour où les cantons devront planifier, ils tiennent compte de la volonté de donner une couverture en soins de qualité et suffisante, mais pas pléthorique et «luxueuse». Si vous me permettez une formule: il s'agit de rationaliser, pas de rationner. On ne veut pas rationner, mais il faut rationaliser. Et l'espoir que l'on a, c'est que les cantons remettent l'ouvrage sur le métier et qu'ils assument cette responsabilité difficile.
Je considère qu'en règle générale, les nombres de fournisseurs de prestations fixés par les cantons à la suite de l'introduction de la clause du besoin doivent servir de base à la planification future. Ceux qui prétendraient que, par cette mesure, on veut rationner ont tort: on veut rationaliser et on veut introduire petit à petit une certaine capacité d'éviter l'explosion des coûts.
Je me rallie à la proposition de votre commission.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35b**
*Antrag der Kommission*
*Titel*
Integrierte Versorgungsnetze
*Abs. 1*
Das integrierte Versorgungsnetz ist ein Zusammenschluss von Leistungserbringern, der auf einem Vertrag zwischen einem oder mehreren Versicherern einerseits und einer Gruppe von Leistungserbringern andererseits beruht.
*Abs. 2*
Das integrierte Versorgungsnetz bildet eine besondere Versicherungsform nach Artikel 41 Absatz 4 und Artikel 62 Absatz 2.
*Abs. 3*
Die in integrierten Versorgungsnetzen zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der im Versorgungsnetz betreuten Versicherten (Budgetverantwortung). Die Budgetverantwortung muss sich auf alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen.

*Abs. 4*
Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten. Die Leistungserbringer koordinieren den Behandlungsprozess der im Versorgungsnetz Versicherten über die ganze Behandlungskette ambulant und stationär.
*Abs. 5*
Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

**Art. 35b**
*Proposition de la commission*
*Titre*
Réseaux de soins coordonnés
*Al. 1*
Le réseau de soins coordonnés est un regroupement de fournisseurs de prestations qui repose sur un contrat conclu entre un ou plusieurs assureurs d'une part et un groupe de fournisseurs de prestations d'autre part.
*Al. 2*
Le réseau de soins coordonnés constitue une forme particulière d'assurance au sens des articles 41 alinéa 4 et 62 alinéa 2.
*Al. 3*
Les fournisseurs de prestations regroupés dans des réseaux de soins coordonnés assument la responsabilité financière pour la couverture en soins médicaux des assurés qui y sont affiliés dans la mesure convenue contractuellement (responsabilité budgétaire). La responsabilité budgétaire doit englober toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.
*Al. 4*
Le réseau de soins coordonnés doit offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Les fournisseurs de prestations coordonnent le processus thérapeutique des assurés des réseaux tout au long de la chaîne thérapeutique, qu'il s'agisse de traitements ambulatoires ou hospitaliers.
*Al. 5*
Le Conseil fédéral règle les détails.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 38**
*Antrag der Mehrheit*
Unverändert

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 38**
*Proposition de la majorité*
Inchangé

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
Adhérer à la décision du Conseil national

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

**Art. 39**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1 Bst. f*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
*Abs. 3bis*
Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden.

**Art. 39**
*Proposition de la commission*
*Al. 1 let. f*
Adhérer à la décision du Conseil national
*Al. 3bis*
Les cantons peuvent poser des conditions à l'octroi de mandats de prestations.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: In Absatz 1 hat der Nationalrat unsere gesetzgeberische Absicht sprachlich besser umschrieben. Wir schliessen uns an.
Absatz 3bis ist eine wichtige Bestimmung, wie wir noch im Zusammenhang mit dem Antrag Spoerry sehen werden. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen an die Spitäler machen. Allerdings hat der Nationalrat eine nach unserer Auffassung pleonastische Fassung eingefügt, die wir in unserem Antrag nur straffen. Es geht ja immer nur um Leistungen, welche von den Sozialversicherungen vergütet werden; das zu wiederholen ist überflüssig. Inhaltlich haben wir keine Differenz zum Nationalrat. Diese Bestimmung hat einen Zusammenhang mit dem Antrag Spoerry bei den Übergangsbestimmungen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 41 Abs. 1, 2 Bst. b**
*Antrag der Mehrheit*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 41 al. 1, 2 let. b**
*Proposition de la majorité*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane)
Adhérer à la décision du Conseil national

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

**Art. 42a**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Der Nationalrat hat die Versichertenkarten neu ins Gesetz aufgenommen. Was ist eine Versichertenkarte? Sie enthält die wesentlichsten Angaben, die ein Krankenversicherer braucht, um das ganze Gesundheitswesen seiner Versicherten administrieren zu können. Die Karte selber enthält nur Notfalldaten; weitere Daten aufzunehmen bedarf der Einwilligung der Versicherten. In der Bevölkerung bestehen Ängste gegenüber diesen Versichertenkarten, weil viele einen Eingriff in geschützte Daten befürchten. Das ist nicht begründet, weil das schweizerische Modell nur Notfalldaten enthält. Weitere Daten werden im Gegensatz zu ausländischen Vorbildern nur mit Einwilligung der Versicherten aufgenommen. Diese Karten haben alle grösseren Krankenversicherer – mit Ausnahme einer einzigen – eingeführt. Es sind Magnetstreifenkarten, welche heute technisch als ausgereift gelten. Es wird so sein, dass jeder Versicherte eine neue Nummer erhält. Diese neue Nummer wird in Zukunft die bisherige AHV-Nummer ersetzen. Der Bundesrat wird den Zeitpunkt der Einführung bestimmen.
Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass in Absatz 2 die französische Formulierung durch die Redaktionskommission oder den Nationalrat noch zu überprüfen sei.

**Berger** Michèle (R, NE): J'ai quelques problèmes d'interprétation au sujet de la carte d'assuré. Je ne peux rien changer, puisqu'il n'y a pas de modifications. Mais, j'attire l'attention du Conseil fédéral, puisqu'il devra faire des ordonnances d'application, sur cet article.
Il faut tout d'abord définir ce qu'est une carte d'assuré. Nous connaissons déjà le système de la carte d'assuré au niveau des pharmacies, carte qui contient des données administra-

tives. D'après ce que j'ai compris, la carte d'assuré mentionnée à l'article 42a ne devrait pas contenir de données administratives. Ensuite, il y a la carte de santé qui contient des informations médicales. La carte d'assuré dont il est question ici n'est pas une carte de santé telle que prévue dans un avenir assez proche. Là, bien entendu, la protection des données est très importante, ainsi que le respect de la protection de la vie privée de l'assuré lui-même.
Alors, est-ce que c'est une carte d'identification qui servira de clé à l'assuré? Ou est-ce que c'est vraiment une carte d'assuré? Et à ce moment-là, au lieu d'introduire quelque chose de nouveau, ne peut-on pas utiliser la carte d'assuré déjà existante? Il en existe plus de quatre millions dans notre pays. C'est difficile de demander une réponse au Conseil fédéral aujourd'hui, mais je pense qu'il devra en tenir compte et être très attentif à la définition de cette carte d'assuré. Contient-elle des données administratives ou pas? Contient-elle des données d'urgence seulement? Contient-elle des données médicales? Si oui, il faut garantir la protection de la personnalité.
J'avais attiré l'attention de M. Frick à l'alinéa 2 sur le terme français «interaction du porteur». A mon avis, c'est totalement erroné. On ne peut pas demander au porteur d'intervenir sur sa carte d'assuré. Il pourrait modifier des données lui-même, ce n'est certainement pas ce qui est voulu par le législateur. Je pense que là, il y a peut-être une erreur de traduction. Il faudra vraiment remettre à jour ce point, parce que je ne vois pas pourquoi un assuré aurait le droit d'intervenir sur sa carte d'identification.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Mme Berger a raison de dire qu'il y a un problème de traduction à l'article 42a. L'alinéa 2 parle de «Karte mit Benutzerschnittstelle» et la traduction française ne correspond pas à la volonté du législateur. On est prêt à inviter la Commission de rédaction à modifier la traduction. Pour le reste, la carte pourrait contenir des données administratives subsidiairement. Les données d'urgence, elles, font l'objet de l'alinéa 4 de l'article 42a, où il est dit qu'avec l'autorisation de la personne, on peut introduire dans la carte des données d'urgence, mais seulement avec son autorisation.
Je le répète: la traduction française n'est pas bonne.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Die Redaktionskommission wird Absatz 2 von Artikel 42a noch einmal anschauen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 46 Abs. 5**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 46 al. 5**
*Proposition de la commission*
Maintenir

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Hier geht es nur um die sprachliche Konsequenz zu Artikel 35. Wir haben uns für den Terminus «Zulassungsvertrag» und nicht «Zusammenarbeitsvertrag» entschieden, weil es eben nicht ein Zusammenarbeitsvertrag ist. Wer einen Vertrag hat, ist zur Abrechnung über die Krankenversicherung zugelassen. Es ist eine Konsequenz aus Artikel 35.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 49 Abs. 8**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 49 al. 8**
*Proposition de la commission*
Maintenir

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es geht lediglich um eine sprachliche Frage: Wenn es nötig ist, dann müssen die Kantonsregierungen und der Bundesrat handeln. So haben wir es beschlossen. Der Nationalrat sagt, wenn es nötig sei, könne man handeln: Nein, dann muss man!
Halten Sie an unserer Fassung fest!

*Angenommen – Adopté*

**Art. 49a**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
Festhalten
*Abs. 2*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 49a**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
Maintenir
*Al. 2*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es geht um die Frage der Abgrenzung: Wann ist ein Aufenthalt stationär, und wann ist er ambulant? Wir haben uns primär für die Regelung «24 Stunden» als Hauptkriterium entschieden. Wo der Aufenthalt weniger als 24 Stunden dauert, gilt eine Nacht ebenfalls im stationären Aufenthalt als Hilfskriterium. Sowohl bei unserer Fassung als auch bei der Fassung des Nationalrates ergeben sich Abgrenzungsprobleme. Der Nationalrat knüpft als Hilfskriterium an die Infrastruktur an, die bei einem Aufenthalt nötig ist. In der Praxis würden nach der Fassung des Nationalrates wesentlich mehr Aufenthalte in Spitälern als stationär gelten. Das führt zu einer Kostenverlagerung zulasten der Kantone. Man spricht von total etwa 800 Millionen Franken oder je 400 Millionen Franken.
Im Sinne einer Kosteneindämmung scheint es unserer Kommission als richtig, wenn wir bei unserer Version bleiben. Sie ist für die Kantone weniger Kosten treibend, aber die Versicherer sind weniger entlastet.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 50 Abs. 2**
*Antrag der Mehrheit*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane, Cottier)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 50 al. 2**
*Proposition de la majorité*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane, Cottier)
Adhérer à la décision du Conseil national

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Gemäss dem Ordnungsantrag Slongo zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe abis wird diese Bestimmung an die Kommission zurückgewiesen.

**Art. 52 Abs. 5; 52a**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 52 al. 5; 52a**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich behandle Artikel 52 Absatz 5 und Artikel 52a zusammen, weil der Nationalrat unserem Konzept gefolgt ist, aber die Gliederung nach Artikeln neu gefasst hat. Wir schliessen uns an.
Ich mache wiederum einen sprachlichen Hinweis: Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass der deutsche Terminus des «günstigeren Medikamentes» auf Französisch nicht sehr glücklich übersetzt sei. Man spricht von «génériques meilleur marché», währenddem es «génériques au prix avantageux» heissen sollte. Ich bitte die Redaktionskommission oder allenfalls den Nationalrat, das zu überprüfen.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 62**
*Antrag der Kommission*
*Abs. 1*
.... vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.
*Abs. 2 Bst. c*
c. sich Prämien oder Rückvergütungen nach den Leistungskosten eines integrierten Versorgungsnetzwerkes oder nach der zeitlichen Dauer oder dem Ausmass der eingeschränkten Wahl, bezogen auf ein integriertes Versorgungsnetzwerk, richten.
*Abs. 3*
Unverändert

**Art. 62**
*Proposition de la commission*
*Al. 1*
.... d'après l'article 41 alinéa 4 ou prévoir des ristournes.
*Al. 2 let. c*
c. les primes ou ristournes sont fonction des coûts de fonctionnement d'un réseau de soins coordonné, ou encore de la durée ou de l'ampleur du choix limité, référence faite à un réseau de soins coordonné.
*Al. 3*
Inchangé

**Berger** Michèle (R, NE): Je sais qu'il est très difficile de faire des interventions en plénum, donc je me contenterai de faire simplement un commentaire à l'article 62. Comme il y aura une divergence avec le Conseil national, j'attire donc son attention sur ce point.
J'ai extrêmement peur de l'adjonction qui a été faite à l'alinéa 1er et qui prévoit des ristournes. J'ai peur parce que nous avons introduit un article 64 alinéa 9 par lequel nous avons fait sortir par la grande porte les cadeaux et les ristournes. Maintenant, ces ristournes rentrent par la petite porte et s'installent à l'article 62 alinéa 1er. Je souhaite que les commissaires du Conseil national s'occupent de ce problème et que, si ristourne il devait y avoir, le motif de la ristourne soit précisé dans la loi.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es geht darum, bei den Netzwerken als besonderem Versicherungssystem auch einen Anreiz schaffen zu können. Ein Anreiz kann in tieferen Prämien bestehen, er kann aber auch darin bestehen, dass nach Ende eines Geschäftsjahres, wenn gut gearbeitet worden ist und die Versicherten sich als Patienten am Netzwerk beteiligt haben, Kosten gespart haben, sie auch im Nachhinein belohnt werden können.
Ihre Frage aber ist bedeutend, Frau Berger. Es darf nicht sein, dass eine Versicherung irgendwelche Geschenke an einzelne Versicherte macht, sondern es geht darum, dass nach Ende des Geschäftsjahres aufgrund der Jahresrechnung und nach allgemein gültigen Kriterien die Rückerstattung erfolgt, ähnlich wie wir es bei den Privatversicherungen kennen: Bei Ihrer Haushalt- oder Haftpflichtversicherung können Sie bei ausgebliebenen Schadenfällen eine Prämienrückerstattung erhalten.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 64 Abs. 2, 3**
*Antrag der Mehrheit*
Festhalten

*Antrag der Minderheit*
(Brunner Christiane, David, Studer Jean)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 64 al. 2, 3**
*Proposition de la majorité*
Maintenir

*Proposition de la minorité*
(Brunner Christiane, David, Studer Jean)
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Es geht hier um die Frage, wie Anreize geschaffen werden können, damit Patienten die Netzwerke benutzen. Dabei geht es in erster Linie nicht darum, dass sich gesunde Versicherte am Netzwerk beteiligen, sondern dass sich diejenigen beteiligen, welche krank sind und welche eine Leistung beziehen, auch die älteren Personen.
Die Kommission ist überzeugt, dass die Netzwerke erstklassige medizinische Versorgung gewährleisten, es aber einen Anreiz braucht, damit sie auch benutzt werden. Wie soll dieser Anreiz geschaffen werden? Die Kommissionsmehrheit ist überzeugt, dass der abgestufte Selbstbehalt ein guter Anreiz ist. Wer sich als Versicherter an einem Netzwerk beteiligt und die Leistungen über das Netzwerk bezieht, hat 10 Prozent Selbstbehalt – maximal 600 Franken. Wer sich nicht beteiligt, hat 20 Prozent Selbstbehalt – maximal 1200 Franken. Wer sich also am Netzwerk beteiligt, hat einen Kostenvorteil von maximal 600 Franken, wer sich nicht beteiligt, ein Kostenrisiko von maximal 600 Franken.
Der Nationalrat hat diese Bestimmung mit Mehrheit gestrichen. Er ist der Ansicht, dass dieses System noch zu wenig ausgereift sei, als dass man das direkt mit einem gesetzlich erhöhten Selbstbehalt verbinden könne. Unsere Kommission hat sich eingehend damit befasst, und die Stimmen zugunsten der Lösung des Nationalrates waren stark vertreten. Wir haben uns schliesslich mit 6 zu 4 Stimmen für Festhalten, also für unser System, entschieden. Dies aus folgendem Grund: Wir möchten den Anreiz setzen und ihn nicht von vornherein eliminieren. Aber wir könnten uns bereit erklären, anlässlich der Einigungskonferenz die Kompetenz dem Bundesrat zu übertragen. Dieser Mittellösung könnten wir uns wohl anschliessen. Aber um zu dieser Lösung zu kommen, haben wir uns entschieden, festzuhalten und dem Nationalrat zu signalisieren, dass wir am Schluss in eine Lösung einwilligen könnten, welche vorsieht, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, den Selbstbehalt zu erhöhen. Sie ermöglichte, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei Netzwerken noch Erfahrungen zu sammeln sind.
Ich bitte Sie daher, dieser taktischen Lösung der Kommission zuzustimmen und damit auch die endgültige Lösung einer Bundesratskompetenz im Auge zu behalten.

**Studer** Jean (S, NE): Je crois qu'effectivement, la notion de réseau qu'introduit cette révision est une piste intéressante pour mieux maîtriser l'évolution des coûts et aussi pour assurer une qualité dans la prise en charge du patient. Mais nous devons bien admettre que dans certaines régions du pays, la notion de réseau est totalement inconnue. C'est en particulier le cas en Suisse romande. C'est peut-être plus développé en Suisse allemande et je sais qu'il y en a quelques-uns, un ou deux, à Genève. Mais quand je parle de réseaux dans différents cantons, à Neuchâtel ou autour de Neuchâtel, les médecins n'ont pas du tout d'idée de ce que ça peut signifier concrètement.
Ce dont j'ai peur avec la proposition de la majorité, c'est qu'on associe réseau à augmentation de la quote-part. En fait, alors que le système veut être non seulement économique, mais aussi de qualité et assurer une prise en charge

meilleure du patient pour des soins de qualité plus performants, dans la tête des gens, on ne voit que l'aspect économique. Et je crains qu'on dise: «Maintenant, à Berne, ils veulent introduire les réseaux et ils veulent augmenter la quote-part. Ils ne veulent pas simplement l'augmenter, ils veulent la doubler!» C'est vraiment faire une mauvaise promotion pour un des aspects intéressants de cette révision que de lier immédiatement la mise en place des réseaux avec une augmentation de la quote-part. Cela va aussi donner l'impression que, de cette manière-là, on touche à une chose à laquelle les assurés sont sensibles, à savoir le libre choix du médecin.

Toutes ces mesures ne me semblent finalement pas favorables à la promotion des réseaux. Elles peuvent même être contreproductives, d'autant plus qu'une certaine augmentation de la quote-part a déjà été décidée pour le début de l'année prochaine et que la franchise va aussi augmenter. Si on tient à favoriser les réseaux, je ne crois pas qu'il faille aujourd'hui d'emblée lier les réseaux avec l'augmentation de la quote-part. C'est une fausse piste, une fausse indication.

Je vous invite dès lors à renoncer à cette augmentation de 100 pour cent de la quote-part pour les personnes qui n'adhéreraient pas à un réseau.

**David** Eugen (C, SG): Wir müssen uns schon der Konsequenz unseres Antrages bewusst sein. Ich bin froh, dass der Kommissionspräsident gesagt hat, es sei jetzt einfach noch ein Festhalten im Blick auf die Einigungskonferenz, aber man sehe auch, dass hier mit der Lösung des Ständerates wesentliche Probleme bestehen. Ich möchte sie nochmals aufzeigen:

1. Wenn wir das Gesetz in Kraft treten lassen, existiert kein einziges Netzwerk im Sinne dieses Gesetzes, d. h., die Versicherten zahlen sofort 20 Prozent Kostenbeteiligung. Das muss man sich vor Augen halten: Von einem Tag auf den andern wird hier die Kostenbeteiligung für alle verdoppelt! Nachher werden sich mit der Zeit Netzwerke gemäss Gesetz entwickeln, und dann kann man langsam wieder zur alten Stufe von 10 Prozent zurückgelangen. Mit anderen Worten: Dieser Schritt geht also – wenn wir vorher schon vom Referendum in Sachen Spitex gesprochen haben – viel weiter als das, was vorher diskutiert wurde.

2. Dieser Punkt ist für mich entscheidend. Er ist weniger politisch, aber von der Sache her ist es nicht gerechtfertigt, generell zu sagen, die Netzwerke seien einfach günstiger: Das stimmt nicht, die bisherigen Erfahrungswerte belegen das nicht. Es ist im Gegenteil so, dass Netzwerke unter Umständen sogar teurer sein können! Mit anderen Worten: Wenn man also generell per Gesetz festschreibt, dass es einfach so ist, finde ich das von der Sache her falsch: Vielmehr muss es eine Lösung geben, die es dem Bundesrat ermöglicht, dann zu handeln, wenn die Netzwerke den Tatbeweis geliefert haben, dass sie günstiger sind. Ich denke, dass Netzwerke vor allem für Chronischkranke eine grosse Zukunftschance haben: Nicht Netzwerke für die ganze Welt – daran glaube ich nicht –, aber für bestimmte Bereiche, und dort ist etwas zu erreichen. Um für Chronischkranke einen echten Anreiz zu schaffen, in ein Netzwerk zu gehen, ist es sicher angezeigt, die Kostenbeteiligung entsprechend zu verändern. Daher möchte ich, dass der Bundesrat die Kompetenz hat, diese Kostenbeteiligung zu ändern, wenn der Nachweis erbracht ist, dass die Netzwerke effizienter und ökonomischer sind – und nicht per Gesetz, quasi im Sinne einer gesetzlichen Vermutung, vorwegnehmen, das sei einfach immer so. Daher bin ich froh, dass der Präsident gesagt hat, man wolle dann auch von uns aus in der Differenzbereinigung auf diese Lösung hinsteuern.

**Saudan** Françoise (R, GE): Je dois dire que cette disposition nous a beaucoup occupés en commission. Elle touche dans le fond à ce que je qualifierai d'espèce de philosophie en matière de santé. Il n'est pas tout à fait exact d'affirmer, Monsieur Studer, qu'il n'existe aucun réseau de santé en Romandie. Dans certains cantons, c'est beaucoup moins connu, mais ils existent dans le canton de Vaud, ils existent à Genève, puisque j'en préside un depuis cinq ans. Nous avons une expérience assez longue du côté incitatif que peut avoir un réseau de santé. Nous sommes arrivés, au bout de cinq ans d'expérience, à constater que l'aspect incitatif premier qui avait été mis en place par les caisses-maladie, et qui était une diminution de primes, jouait pendant un certain temps, à la suite de quoi les assurés renonçaient spontanément à être membres du réseau. Pourquoi? Parce que le réseau implique, c'est tout à fait exact, une limitation de leur choix.

Je dois dire à M. David qu'il y a une limite supérieure. On sait que, même avec l'augmentation de la franchise décidée par le Conseil fédéral, le montant maximum qu'un assuré, selon la proposition de la majorité, aurait à prendre en charge est de 1500 francs. Ce n'est donc pas la porte ouverte à un transfert massif de charges sur l'assuré.

Les questions qui m'ont fait énormément réfléchir sont liées directement aux enjeux en matière d'assurance-maladie: quelle est la meilleure manière de maîtriser les coûts? Pouvons-nous faire porter tous les efforts sur les médecins, sur les assureurs que l'on a soumis à certaines cautèles? ou est-ce qu'on doit impliquer dans le système le citoyen contribuable, l'assuré qui paie les primes et qui est ou sera patient? On peut suivre le raisonnement de M. Studer, mais on peut aussi le renverser. On peut dire que notre système, qui est le meilleur système au monde – et je l'affirme – en termes de liberté de choix en matière d'assurance, de choix des prestataires de soins, a aussi un coût. Et la question qu'on doit se poser, c'est de savoir si ce coût, c'est l'ensemble du système qui doit le supporter, ou si c'est l'assuré qui décide: «Moi, je ne veux pas de réseau de santé; je veux avoir une liberté de choix totale, mais j'en paie le prix, et ce prix, c'est au maximum 1500 francs.»

Je vous rappelle simplement des mesures qui sont prises et qui, dans une perspective d'avenir, m'inquiètent énormément. En lisant les journaux, j'ai constaté que la Sécurité sociale française, qui est confrontée à des problèmes pires que les nôtres, a décidé de ne rembourser que le prix du générique pour les médicaments qui ont un générique. On ne donne donc même plus la liberté de choix à l'assuré. Ainsi, pour maîtriser les coûts de la santé, on en arrive à des décisions qui sont purement étatiques.

On sait très bien que si la LAMal ne remplit pas les objectifs qui sont, je le rappelle, non pas de diminuer les coûts de la santé, mais simplement de les maîtriser, de les rendre supportables, on ira vers des mesures beaucoup plus graves en termes d'atteinte au libre choix des assurés. C'est ce que je crains! Après tout, un citoyen peut très bien décider de consacrer une part plus importante de ses revenus à sa santé, c'est son libre choix. Mais on ne veut pas que le fait qu'il puisse aller, comme c'est le cas actuellement, de son propre chef chez un spécialiste, soit supporté par l'ensemble de la population.

C'est pourquoi, après avoir beaucoup réfléchi à cette problématique, je reste partisane du système qui dit: «Maintenant, il faut mettre les citoyens devant leurs responsabilités.»

Je vous invite en conséquence à suivre la majorité de la commission.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: J'espère ne pas provoquer la colère du président de la commission, mais nous soutenons la minorité. Nous soutenons la minorité pour plusieurs raisons, certaines ont déjà été exposées par MM. Studer Jean et David.

Il faut simplement rappeler que, dans la législation actuelle, il y a déjà la possibilité pour les assurances de renoncer en tout ou partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise pour les assurés qui acceptent un choix limité de fournisseurs de prestations.

Il faut laisser aussi une certaine liberté aux assurances de choisir le rabais qu'elles veulent faire. Est-ce qu'elles veulent le faire par abandon de la quote-part, ou bien par une baisse de la prime?

Il y a les deux possibilités et, derrière chacune d'elle, il y a un choix politique. Une des possibilités favorise davantage les assurés plus aisés, en meilleure ou en bonne santé. L'autre favorise davantage les personnes malades ou âgées. C'est un choix de politique d'entreprise; il faut le laisser aux assurances.
Nous sommes tout à fait d'accord que le système doit permettre de favoriser ces nouvelles formes d'assurance et d'offre aux assurés: les réseaux. Mais il faut le faire justement en permettant de s'adapter aux circonstances locales, aux besoins de la clientèle, c'est-à-dire des assurés. Et c'est pour cela que la solution du Conseil national nous paraît supérieure.
Il est vrai que si vous deviez maintenir votre point de vue, nous aurions une proposition intermédiaire pour la conférence de conciliation. Mais la meilleure solution à nos yeux serait quand même la solution de la minorité, c'est-à-dire d'adhérer à la décision du Conseil national. Cela nous permettrait aussi d'éviter un compromis qui n'est pas totalement satisfaisant, en tous les cas moins satisfaisant que la liberté que nous souhaitons laisser aux assurances de fixer le rabais sous la forme la plus adéquate.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 24 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 10 Stimmen

**Art. 65**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1bis*
Die Kantone berücksichtigen bei der Prämienverbilligung die wirtschaftliche Situation aufgrund des Reineinkommens nach Artikel 25 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer, korrigiert um einen Vermögensfaktor in der Höhe von 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens und der Anzahl Kinder nach Absatz 1septies.
*Abs. 1quater*
Die massgebenden Referenzprämien werden verbilligt, soweit sie einen nach Einkommenskategorien abgestuften Eigenanteil der Versicherten übersteigen. Die Kantone teilen die Versicherten in mindestens vier Einkommenskategorien ein. Sie legen ein Höchsteinkommen fest, bis zu dem Anspruch auf Prämienverbilligung besteht. Der Eigenanteil beträgt für:
a. Personen nach Absatz 1 Buchstabe a höchstens 4 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 12 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie;
b. Personen nach Absatz 1 Buchstabe b höchstens 2 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 10 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie.
*Abs. 1septies*
Unabhängig vom Höchsteinkommen nach Absatz 1quater werden die Prämien für das zweite Kind zur Hälfte und für die weiteren Kinder vollständig verbilligt.

*Antrag der Minderheit*
(Beerli, Forster, Jenny, Langenberger, Saudan)
*Abs. 1bis*
.... steuerbaren Vermögens. (Rest des Absatzes streichen)
*Abs. 1septies*
Streichen

**Art. 65**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1bis*
Pour la réduction des primes, les cantons tiennent compte de la situation économique en se basant sur le revenu net au sens de l'article 25 de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct, corrigé d'un facteur de fortune égal à 10 pour cent du revenu imposable selon le droit cantonal et du nombre d'enfants selon l'alinéa 1septies.
*Al. 1quater*
Les primes de référence déterminantes font l'objet d'une réduction quand elles sont supérieures à la participation des assurés, échelonnée en fonction de la catégorie de revenu. Les cantons répartissent les assurés en au moins quatre catégories de revenu. Ils fixent un revenu maximal donnant droit à une réduction des primes. La participation s'élève:
a. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre a, à 4 pour cent maximum du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et à 12 pour cent maximum pour la catégorie de revenu la plus élevée;
b. pour les personnes citées à l'alinéa 1er lettre b, à 2 pour cent maximum du revenu déterminant pour la catégorie de revenu la plus basse et à 10 pour cent maximum pour la catégorie de revenu la plus élevée.
*Al. 1septies*
Indépendamment de la catégorie de revenu la plus élevée selon l'alinéa 1quater, le deuxième enfant doit bénéficier d'une réduction de moitié de la prime, les suivants de la gratuité.

*Proposition de la minorité*
(Beerli, Forster, Jenny, Langenberger, Saudan)
*Al. 1bis*
.... le droit cantonal. (Biffer le reste de l'alinéa)
*Al. 1septies*
Biffer

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Formell bestand nach dem Entscheid des Nationalrates keine Differenz mehr, inhaltlich aber war sie da. Warum? Mit unserem System haben wir die Prämienverbilligung so festgelegt, dass sie für Familien nicht mehr als 2 bis 10 Prozent und für Alleinstehende nicht mehr als 4 bis 12 Prozent des verfügbaren Einkommens betragen soll. Wir haben aber auch geregelt, dass Kinderprämien begünstigt werden, nämlich so, dass die Krankenkassenprämien für das zweite Kind um 50 Prozent und ab dem dritten Kind um 100 Prozent verbilligt werden.
Nun stellte sich die Frage, wie es sich bei Familien mit mittleren und höheren Einkommen verhält. Der Gesetzestext war zweideutig. Er ging eher darauf hin, dass Familien mit mittleren und höheren Einkommen von dieser Verbilligung nicht profitieren können. Wir aber vertraten die Ansicht, dass diese Verbilligung ab dem zweiten Kind auch für Familien mit höheren Einkommen gelten soll. Die Limite ist heute bei ungefähr 90 000 Franken. Es stellt sich die Frage, ob auch Familien mit höheren Einkommen von dieser Prämienverbilligung Gebrauch machen können. Die Kommissionsmehrheit ist dieser Ansicht. Wer ein Einkommen von 7000 Franken hat – 91 geteilt durch 13 gibt 7 –, ist kein Grossverdiener, sondern gehört zu jenen Personen, die ein mittleres Einkommen erzielen und wesentlich unseren Staat mittragen. Auch diese Personen sollen von dieser Verbilligung profitieren können.
Unser Entscheid ist zu einem erheblichen Teil ein familienpolitischer. An diesem möchten wir festhalten und das in der Neufassung von Artikel 65 klar regeln. Es geht also sowohl darum, Eltern mit tieferen Einkommen ab dem zweiten Kind endgültig zu begünstigen – soweit sie es nicht ohnehin bereits durch die Prämienverbilligung sind –, als aber auch, Eltern mit einem Einkommen von über 90 000 Franken zu begünstigen. Wer ein Einkommen von 90 000 bis 150 000 Franken erzielt, gehört nicht zu den reichen Grossverdienern, sondern zu jenen, die sich mit drei Kindern erheblich nach der Decke strecken müssen, um über die Runden zu kommen.
Die Kommissionsmehrheit bittet Sie aus diesen Gründen, diese familienpolitische Massnahme zu unterstützen und die Fassung der Mehrheit zu verabschieden.

**Beerli** Christine (R, BE): Ich bin sehr froh, dass diese Unklarheit im Text die Möglichkeit geschaffen hat, hier noch einmal auf diese Frage zurückzukommen. Ich möchte dem-

zufolge im Namen der Minderheit noch einmal den gleichen Antrag stellen, den ich Ihnen schon das letzte Mal gestellt habe und den ich auch mit Überzeugung vertrete. Heute wissen wir wirklich, was wir beschliessen. Das letzte Mal konnten wir zur Entschuldigung allenfalls noch vorbringen, wir wüssten nicht ganz genau, was wir beschlossen hätten; aber heute haben wir einen Bericht vorliegen, und wir wissen ganz genau, was wir beschliessen.

Ich möchte Ihnen einzig in einigen Punkten aufzeigen, was Sie beschliessen würden, wenn Sie der Mehrheit zustimmten. Sie beschliessen ein Entlastungssystem für Familien, in dem es Überlagerungen gibt. Es dürfen nicht beide Formen angewendet werden. Man kann entweder das eine oder das andere wollen, aber es ist nicht richtig und sachlich falsch, eine Überlagerung der beiden Formen zu beschliessen. Wenn Sie der Mehrheit zustimmen, führen Sie zudem ein Giesskannenprinzip ein, weil dann alle Familien ab dem zweiten Kind eine Prämienverbilligung erhalten, unabhängig davon, welches Einkommen oder Vermögen sie haben. Also erhalten vor allem auch jene Familien eine Prämienverbilligung, die nach diesem Gesetz ordentlicherweise nicht in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen.

Die Kantone haben uns in der Kommission beschworen, hier nicht der Mehrheit zu folgen, weil die Kantone – und das ist vor allem die Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren – ausgerechnet haben, was es sie kosten würde. Ganz kurz: Wir würden hier also von Bundes wegen Kosten zulasten der Kantone beschliessen – gegen deren ausdrücklichen Willen. Die Kantone haben uns gesagt – nach Aussagen des Bundesamtes für Sozialversicherung sind ihre Zahlen wahrscheinlich etwas hoch, aber immerhin sind sie in der Grössenordnung –, sie würden mit diesem Entscheid um 450 Millionen Franken im Jahr mehr belastet, wobei 300 von diesen 450 Millionen Franken Ausgaben für Familien sind, die sonst nicht in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen. Gemäss Bundesamt sind die Zahlen etwas kleiner, es sagt, es handle sich hier um 200 bzw. um 120 Millionen Franken. Aber immerhin spricht auch das Bundesamt noch von ganz erklecklichen Beträgen, die hier nach dem Giesskannenprinzip an diejenigen ausgeschüttet werden, die nach den Kriterien des Gesetzes eben nicht bedürftig sind und nicht in den Genuss dieser Verbilligungen kommen sollen. Das sind einmal die direkten Auslagen.

Dazu kommen natürlich noch die administrativen Unkosten. Sie müssen sich vorstellen, dass die Kantone dann doch eine erheblich grössere Zahl von Familien administrativ erfassen müssen, weil sie diese Prämienverbilligung ja dann allen zukommen lassen müssen und nicht nur denjenigen, die sie schon in ihren Karteien haben, weil sie eben eine Berechtigung für eine Prämienverbilligung haben und hier Auszahlungen erhalten.

Ich bitte Sie also wirklich dringend und auch im Namen der Kantone, die uns das sehr ans Herz gelegt haben, hier der Minderheit zu folgen.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich bitte Sie, bei der Fassung der Mehrheit zu bleiben. Wir haben nun über dieses Thema schon mehrere Male diskutiert, und im Grunde genommen haben wir hier keine materielle Differenz. Die Formulierung wird jetzt zum Anlass genommen, um hier nochmals auf dieses Thema zurückzukommen. Aber tatsächlich haben sowohl der Ständerat als auch der Nationalrat der Fassung zugestimmt, wie wir sie weiterhin vertreten.

Es wird nun gesagt, wir würden hier mit der Giesskanne vorgehen. Kinder sind heute zu einer schweren Belastung auch der mittelständischen Familien geworden. Es geht hier insbesondere um eine Entlastung des Mittelstandes. Wir können nicht immer nur davon sprechen, was für eine wunderbare Familienpolitik wir gestalten wollen; wir müssen das auch tatsächlich einmal durchführen! Hier geht es exakt um jene Bereiche, welche die Familienlasten stark anwachsen lassen; das sind auch die Bereiche der Kinderprämien. Ich bitte Sie, in diesem Bereich wirklich konsequent weiterzufahren.

Die Überlagerung mit dem System der generellen Prämienverbilligung findet teilweise statt. Aber deshalb sind auch die Zahlen der Kantone, die wir genannt erhalten haben, zu hoch angesetzt. All jene Familien, welche schon in den Bereich der normalen Verbilligung fallen, kann man nicht noch ein zweites Mal rechnen. Die Kosten sind – das hat uns das Bundesamt auch gesagt – von den Kantonen übertrieben dargestellt worden.

Noch ein Weiteres zu den Kantonen: Es gibt Kantone wie beispielsweise den Kanton Thurgau, welche die Prämienverbilligung für Kinder bereits kennen. Diese Kantone werden überhaupt nicht mehr belastet, im Gegenteil: Es würde bei diesen Kantonen, wenn wir hier die Entlastung bei den Kinderprämien streichen, gegenüber bisher eine Mehrbelastung bei den Familien mit Kindern ab einer gewissen Einkommensklasse bedeuten. Ich spreche hier wieder vom Mittelstand.

Wenn hier von der Giesskanne gesprochen worden ist, so mag es ja einige wenige Familien mit Kindern geben, die in einem hohen Einkommenssegment liegen. Aber das sind wenige. Weshalb? Die reichen Leute in diesem Land sind nicht jene, welche noch Kinder hochziehen, sondern die reichen Leute in diesem Land sind bekanntlich um einiges älter.

Ich bitte Sie noch einmal, unsere Linie hier gerade durchzuziehen und der Mehrheit zuzustimmen.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Herr Stähelin, ich habe Ihnen sehr gut zugehört, und wenn ich Ihre Worte richtig interpretiere, haben Sie gesagt, dass die Leute, die recht gut verdienen, eigentlich ja ohnehin keine dritten und vierten Kinder hätten. Ich muss Ihnen sagen: Wenn es sie gegeben hätte, wäre ich auch in den Genuss dieser Prämienverbilligung gekommen und hätte sie auch sehr gerne entgegengenommen.

Ich muss Ihnen aber deutlich sagen: Wenn es darum geht, einmal zu sparen, dann können wir es hier tun. Natürlich ist es so, dass Familien im Einkommensbereich von 90 000 bis 100 000 Franken diese Prämienverbilligung sehr gerne in Anspruch nehmen, da gehe ich mit Ihnen einig. Aber weil keine Limitierung vorgesehen ist, kommen auch Leute in den Genuss von Prämienverbilligungen, die es bei weitem nicht nötig haben. Sie nähmen sie sicher gerne entgegen, aber es wäre eben trotzdem ein Giesskannensystem.

Noch etwas: Wir haben in den Räten soeben einem Steuerpaket zugestimmt, das sich gerade auch an Familien richtet, die in den erwähnten Einkommensbereichen liegen. Wir tun also sehr vieles für Familien mit Kindern, und ich denke, es ist nicht notwendig, dass man diese Familien auch noch im KVG begünstigt. Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass dies im Hinblick auf Kinderhaben allzu viel bringt.

Ich möchte Sie deshalb dringend bitten, nicht auch im KVG noch Familien zu begünstigen, die Verbilligungen zwar gerne entgegennehmen, aber in Tat und Wahrheit wirklich nicht brauchen.

Stimmen Sie deshalb der Minderheit zu.

**Jenny** This (V, GL): Ich möchte mich den Worten von Frau Beerli und Frau Forster anschliessen. Es gibt in diesem Land durchaus Leute, die recht gut verdienen, die ebenfalls Kinder haben – zum Glück! Nun, ich nehme an, Herr Stähelin hat es nicht genau so gemeint, wie er es gesagt hat. Aber dass Kinder eine Belastung geworden sind, kann man wirklich nicht in diesem Raum stehen lassen. Natürlich, viele Kinder haben ist auch eine Vermögenssache. Das stimmt. Aber das bringen wir damit nicht weg.

Frau Beerli hat es ausgeführt. Hier mit der Giesskanne Vergünstigungen einzuführen, die auch jene berücksichtigen, die es nicht nötig haben, macht doch keinen Sinn. Stellen Sie sich vor, wie viele Leute in diesem Rat sind, die davon profitiert hätten! Ich bin dafür, dass man Bedürftige bevorteilt, aber wirklich nur jene. Aber dieser Rat will über die Kantone hinweg etwas einführen, das die Mehrheit der Kantone gar nicht will. Wenn das der Kanton Thurgau schon ein-

geführt hat, ist ihm das unbenommen. Es ist auch anderen Kantonen unbenommen, das einzuführen. Aber dieser Rat sollte der Minderheit folgen und dieses System nicht einführen. 300 Millionen Franken wollen wir pro Jahr für Leute sprechen, die das faktisch nicht nötig haben – das dürfen wir in der Zeit der leeren Kasse nicht machen.
Ich möchte Sie dringend bitten, der Minderheit zu folgen.

**Brunner** Christiane (S, GE): Je reçois quand même beaucoup de lettres, de messages de familles qui se retrouvent avec un revenu qu'on peut qualifier de confortable mais qui disent: «Nous ne recevons pas de subventions. Nous devons payer les primes entières et, même avec un revenu de 90 000 à 100 000 francs par an, nous tournons avec beaucoup de peine si nous avons trois ou quatre enfants.» En ce sens-là, je comprends la proposition qui consiste à demander de supprimer les primes des enfants, à partir du deuxième enfant. Cela me paraît être une nécessité non pas peut-être en matière de politique sociale en tant que telle, mais véritablement, comme l'ont dit mes préopinants, en matière de politique familiale.
Ensuite, si on voulait exclure les personnes les plus à l'aise, celles qui n'ont pas besoin de ce processus, si on plafonnait le revenu familial en disant que ce n'est valable que jusqu'à tel montant, on arriverait à un système extrêmement complexe.
Je crois qu'on pourrait le faire relativement simplement. Les cantons ou les assureurs pourraient faire la demande: non pas que les gens doivent faire la demande pour avoir la gratuité des primes à partir du deuxième enfant, mais simplement qu'il leur soit demandé: «Est-ce que vous voulez bénéficier de cette mesure?» Cela permettrait à Mme Forster et à d'autres de dire: «Non, écoutez, je renonce. Je n'en ai pas besoin.» C'est une mesure administrative extrêmement simple et qui permettrait ainsi de renoncer sans problème à des moyens dont, effectivement, les familles les plus riches – mais elles sont rares dans notre pays – n'ont pas besoin.
Ensuite, vous vous appuyez sur les cantons: «Les cantons n'en veulent pas.» Les cantons n'ont pas dit ça! Les cantons ont dit: «Si vous introduisez cette mesure, il vous faut aussi la financer.» J'y reviendrai tout à l'heure dans ma proposition d'augmentation des subventions: même en admettant que ce soit un montant de 150 millions de francs à la charge des cantons, si on introduit cette mesure, eh bien, leur demande reviendrait à dire: «Rajoutez donc les subventions nécessaires au niveau de la Confédération puisque vous, Confédération, vous en décidez.» Les cantons ne s'opposent pas à la mesure mais à supporter le poids financier de cette mesure. A mon avis, si nous, nous en décidons, nous devons aussi admettre que c'est la Confédération qui supporte le coût de cette mesure, que, par ailleurs, bien sûr, j'approuve.
Je vous demande de suivre la majorité de la commission.

**Berger** Michèle (R, NE): Personnellement, je soutiendrai aussi la proposition de la majorité aux alinéas 1bis et 1septies de l'article 65.
Je constate que très souvent, au niveau des coûts à la charge d'une famille, la somme totale à payer pour les primes d'assurance-maladie dépasse le loyer, et cela doit nous interpeller. A la limite, il serait préférable de supprimer les primes des enfants et d'augmenter un peu les primes des parents. En effet, à mon avis, un enfant ne fait pas exprès de tomber malade.
J'en suis là: le fait que le montant des primes d'assurance-maladie dépasse, pour une famille avec enfants, le loyer, m'interpelle.

**Beerli** Christine (R, BE): Als Entgegnung zu Frau Brunner: Die Kantone haben sich ganz klar gegen das System gewandt und nicht einzig gegen den zu bezahlenden Betrag. Sogar wenn wir im Weiteren von dem ausgehen würden, was Frau Brunner sagt, dann muss ich schon sagen: Offensichtlich spricht man beim Bund nicht vom Sparen und nicht vom Entlastungsprogramm – man spricht von überhaupt nichts Derartigem, und wir könnten ohne weiteres noch 150 Millionen Franken aufwenden, um gut situierte Familien zu begünstigen!

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Le Conseil fédéral est aussi d'avis qu'il faut soutenir la proposition de minorité. Je crois que les arguments sont connus. Avec cette mesure, on prélève une partie des moyens qui sont mis à disposition pour réduire le coût des primes pour les assurés les plus faibles. On réduit les moyens mis à disposition au profit d'un certain nombre de gens qui n'en ont pas besoin.
Madame Berger, vous dites que dans certaines familles, le coût des primes de l'assurance-maladie peut dépasser celui du loyer. Il suffit de se référer à des chiffres pour voir que ce n'est pas possible. Le but social que vous avez fixé limite la part du revenu affectée à l'assurance-maladie. Or, si quelqu'un paie plus pour l'assurance-maladie que pour le loyer, c'est qu'alors il a un loyer extraordinairement bas, de l'ordre de 10 pour cent du revenu. Or, on sait que le loyer, en général, représente davantage que le 10 pour cent du revenu. Alors, que le loyer soit élevé ou bas, il n'est pas possible de le mettre en rapport avec le coût des primes de l'assurance-maladie, avec la révision qui est faite maintenant, qui limite la part du revenu affectée à l'assurance-maladie.
J'allais dire que je comprends Mme Brunner dans la perspective qui est la sienne de vous proposer dans quelques minutes une augmentation massive des subsides. Il faut là charger le bateau et essayer de trouver des alliés partout. On trouve des alliés en particulier dans les milieux aisés qui bénéficieront de cette mesure ou dans les milieux qui font profession de protéger et de défendre les intérêts de la famille au sens large, chose que nous soutenons d'une manière générale. Mais ici, je crois qu'il n'est pas justifié de le faire, parce qu'il y a le but social.
En rejetant la proposition de la majorité de la commission, en soutenant la minorité, on n'est pas contre la famille, on soutient le but social. Ce but social permet justement de limiter avec élégance l'attribution de subsides à une catégorie de gens qui en ont réellement besoin. Et plus vous avez d'enfants, plus le montant qui vous donnera droit à l'aide liée au but social sera élevé, parce que les primes augmentant, vous atteindrez le montant qui vous donne droit à ladite aide. La proposition de la majorité revient donc vraiment à prélever de l'argent, qui est absolument nécessaire pour venir au secours de ceux qui en ont besoin et qui sont accablés par les primes d'assurance-maladie, pour le donner à des gens qui me sont sympathiques – je suis nataliste – mais qui, dans le cas précis, ne sont pas les premiers devant bénéficier des maigres ressources à notre disposition.
Si vous soutenez la proposition de la majorité de la commission, vous ouvrez la voie à la formulation de critiques ou à des exagérations, au moment où on parlera des montants à disposition: des critiques si vous rejetez, et des exagérations si vous adoptez la proposition de minorité Brunner Christiane tout à l'heure (ch. II al. 12). Je crois qu'il faut être conséquent et avoir le courage du début à la fin.
C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à adopter la proposition de minorité.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 22 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 19 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*
*Les autres dispositions sont adoptées*

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Wenn wir in diesem Tempo weiterfahren, werden wir nicht nur heute, sondern auch mit dem Entlastungsprogramm 2003 und mit der ganzen Sessionsarbeit nicht fertig. Ich bitte Sie also, die Gedanken so gut wie möglich zu denken und sie dann so kurz wie möglich zu formulieren.

**Art. 66 Abs. 2**
*Antrag der Mehrheit*
Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone werden aufgrund der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes und der Kantone durch den Bundesrat jährlich festgesetzt.

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane, David)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 66 al. 2**
*Proposition de la majorité*
Les subsides annuels de la Confédération aux cantons sont fixés annuellement par le Conseil fédéral sur la base de l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins en tenant compte de l'état des finances de la Confédération et des cantons.

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane, David)
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Vorweg sei gesagt, dass Artikel 66 der Ausgabenbremse unterliegt, so, wie der Nationalrat das auch gehandhabt hat. Bei uns ist dieser Vermerk vergessen gegangen.
Nun zur Sache selber: Es ist klar, dass die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auch höhere Beiträge des Bundes verlangt. Die Frage ist nur: Nach welchen Kriterien soll der Bund die Beiträge erhöhen? Soll er dies nur nach der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung tun – so will es die Minderheit –, oder soll er nicht auch die gesamte finanzielle Situation von Bund und Kantonen berücksichtigen? Wenn wir die Krankenversicherung allein betrachten, dann hat die Minderheit natürlich Recht. Aber wir dürfen den Bereich der Krankenversicherung von der gesamtpolitischen Schau der Kantons- und Bundesfinanzen nicht ausnehmen. Wenn die Bundes- und Kantonsfinanzen es nicht erlauben, kann man nicht einfach isoliert die Kosten der Krankenversicherung betrachten und ausgleichen. Das würde zulasten anderer Bereiche gehen.
Die Mehrheit plädiert für die Gesamtschau und bittet Sie, ihr zuzustimmen.

**Studer** Jean (S, NE): La question qui se pose est de savoir de quelle manière on peut rendre les collectivités publiques, en particulier la Confédération et les cantons, le plus sensibles possible à l'évolution des coûts. Actuellement, l'augmentation des coûts est supportée dans son intégralité par l'assuré, qui n'a pas de moyen de ne payer qu'une partie de sa prime. Mais il n'y a pas que l'assuré qui participe au financement de l'assurance-maladie, il y a aussi les collectivités publiques. Et si on veut essayer d'inciter ces collectivités publiques à être sensibles à l'augmentation des coûts, il faut les faire participer pleinement à cette augmentation des coûts, comme l'assuré.
On ne peut pas, parce qu'on est une collectivité publique, dire: «Les coûts de la santé augmentent, mais comme nous n'avons plus tellement d'argent dans notre porte-monnaie, nous vous en donnons moins.» Il faut vraiment que les collectivités publiques soient associées à l'augmentation des coûts, qu'elles n'aient pas comme porte de sortie l'argument de la situation de leurs finances, pour finalement ne pas participer comme les assurés et être moins sensibles aux mesures qui doivent être prises pour maîtriser cette augmentation des coûts.
Si on veut mettre tout le monde sur un pied d'égalité – l'assuré, les collectivités publiques et les assurances –, il ne faut pas donner à un des partenaires – les collectivités publiques – la possibilité d'échapper à cette augmentation en invoquant simplement l'état de son porte-monnaie.
C'est pour ça que je vous invite à prévoir que l'ensemble des subsides soient effectivement fixés sur la base de l'évolution des coûts, sans que les collectivités publiques puissent se réfugier derrière l'état de leurs finances.
Finalement, si elles ont des difficultés financières, il faut qu'au niveau de la Confédération, mais surtout au niveau des cantons, on prenne les mesures qui s'imposent.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 34 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 4 Stimmen

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*
Für Annahme der Ausgabe .... 38 Stimmen
(Einstimmigkeit)

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht*
*La majorité qualifiée est acquise*

**Art. 79a**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Art. 104a Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 104a al. 2**
*Proposition de la commission*
Maintenir

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Diese Bestimmung wird gemäss dem Ordnungsantrag Slongo zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe abis an die Kommission zurückgewiesen.

**Ziff. II Abs. 4bis**
*Antrag Spoerry*
Die Kantone sind verpflichtet, das Leistungsangebot der privaten Institutionen gemäss ihrer Planung für das Jahr 2002 bis zum Vorliegen des monistischen Finanzierungssystems nach Absatz 4 der Übergangsbestimmungen zu berücksichtigen.

**Ch. II al. 4bis**
*Proposition Spoerry*
Les cantons prennent en considération les prestations des institutions privées telles que planifiées pour l'année 2002, jusqu'au passage à un système de financement moniste selon l'alinéa 4 des dispositions transitoires.

**Spoerry** Vreni (R, ZH): Ich bedaure, dass ich die Debatte durch einen Einzelantrag verlängern muss, aber dieser Antrag ist durch die Entwicklung nötig geworden, die sich in jüngster Vergangenheit abgezeichnet hat. Es liegen handfeste Anzeichen vor, dass die Kantone ihre Spitallisten ändern wollen, mit dem Ziel, die privaten Anbieter aus denselben zu verdrängen oder ihnen jedenfalls gewisse interessante Fachbereiche zu entziehen. Der Grund für diese kantonalen Bestrebungen ist klar: Es sind finanzielle Überlegungen. Mit einer Nichtaufnahme in die Spitalliste entfällt für die Kantone der Sockelbeitrag, den sie neu pro grundversicherten Patienten auch an die Privatspitäler zu bezahlen haben, sofern diese auf einer Spitalliste figurieren.
Die Streichung von der Spitalliste oder die Reduzierung auf einige wenig interessante Fachbereiche ist für die privaten Anbieter aber dramatisch. Durch die Eliminierung von der Spitalliste entfällt nicht nur der Sockelbeitrag der Kantone, sondern auch die von den Krankenversicherern geschuldete Hälfte an die Grundversicherung. Im Klartext bedeutet dies

über kurz oder lang den Tod der privaten Anbieter; kleineren wird etwas schneller der Schnauf ausgehen, aber auch die grösseren werden dies nicht lange durchhalten. Die Patienten, welche restlos alles über eine teure Zusatzversicherung berappen werden, obwohl sie obligatorisch auch die Grundversicherung bezahlen müssen, dürften nicht allzu zahlreich sein.

Die Eliminierung der privaten Anbieter von den Spitallisten steht aber nach meiner Überzeugung quer zur Stossrichtung der vorliegenden Revision. Wir streben im Interesse einer besseren Kontrolle der Gesundheitskosten mehr Wettbewerb in diesem Bereich an. Aus diesem Grund ist unser Ziel die Einführung des monistischen Finanzierungssystems, wie es in Absatz 4 der Übergangsbestimmungen festgehalten ist. Sollten aber zu jenem Zeitpunkt die privaten Anbieter mehr oder weniger von der Bildfläche verschwunden sein, dann stossen unsere Bestrebungen ins Leere.

Deshalb können wir nach meiner Überzeugung eine Entwicklung, wie sie offensichtlich einigen Kantonen vorschwebt, als Gesetzgeber nicht akzeptieren. Aus diesem Grunde drängt es sich auf, die Kantone in einer Übergangszeit zu verpflichten, bis zur Einführung des monistischen Finanzierungssystems die privaten Anbieter gemäss ihrer Planung vom Jahre 2002 auch in Zukunft zu berücksichtigen. Es kann nicht angehen und ist nicht im Sinne des Gesetzgebers, dass die Kantone dank ihrer alleinigen Zuständigkeit zur Spitalplanung über diese Planung die privaten Anbieter – sprich: ihre Konkurrenten – langsam, aber sicher verdrängen. Dass dieses Szenario nicht unrealistisch ist, belegen verschiedene Äusserungen von Gesundheitsdirektoren gegenüber eben diesen privaten Anbietern. Zum Teil sind diese Ankündigungen offenbar lediglich mündlich erfolgt, aber der Gesundheitsdirektor eines bedeutenden Kantons hat dies auch schriftlich festgehalten. Die Kopie dieses Schreibens wurde Ihnen wahrscheinlich auch zugestellt, ich möchte aber trotzdem daraus zitieren. Dieser Gesundheitsdirektor schreibt: «Ein Sockelbeitrag an die Privatspitäler würde den Staatshaushalt mit schätzungsweise zusätzlichen 45 Millionen Franken pro Jahr belasten. Der Kanton kann sich dies nicht leisten. Sie werden deshalb damit rechnen müssen, dass mit einer neuen Spitalliste massive Änderungen auf Sie zukommen werden, welche auf die Finanzierung Ihrer Einrichtung nicht ohne Folge bleiben werden. Es ist in Ihrem Interesse, sich mit der Problematik auseinander zu setzen. Dieses Schreiben ist eine formelle Ankündigung der Veränderung Ihres Status auf der Spitalliste.»

Bei allem Verständnis für die finanziellen Sorgen der Kantone glaube ich, dass es aus der Sicht des Gesetzgebers so nicht laufen kann. Wir haben ja in der vorherigen Debatte versucht – leider zu meinem Bedauern nicht in allen Punkten –, den Wünschen der Kantone und der Gesundheitsdirektoren, wie sie beim Hearing in Schwyz nochmals formuliert worden sind, Rechnung zu tragen. Wir haben Verständnis für diese Sorgen. Aber hier, glaube ich, müssen wir versuchen, die Weichen richtig zu stellen, und ich denke, dass die kantonalen Gesundheitsdirektoren bei dieser Rechnung auch ein bisschen verkennen, dass die Patienten, welche sich in Zukunft nicht mehr in den Privatspitälern behandeln lassen werden, nicht einfach verschwinden, sondern sie werden in die öffentlichen Spitäler abwandern, und dort muss natürlich der Sockelbeitrag auch bezahlt werden. Deshalb scheint es mir, dass die Kantone selbst ein Interesse daran haben müssten, dass jene Anbieter, die die Leistungen am kostengünstigsten in Anbetracht der besten Qualität anbieten, auf dem Markt bleiben. Wenn das geschieht, dann sparen die Kantone letztlich in einer weiteren Zukunft mehr, als wenn sie alleine die öffentlichen Spitäler schützen und versuchen, den Wettbewerb auszuschalten.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie, diesem Antrag in den Übergangsbestimmungen zuzustimmen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Zunächst stellt sich eine formelle Frage: Ist der Antrag Spoerry noch zulässig? Die Frage ist zu bejahen. Artikel 39, welcher die grundsätzlichen Fragen in diesem Bereich regelt, ist noch in Behandlung. So, wie ich den Antrag verstehe, will Frau Spoerry nichts anderes als eine Übergangslösung zur allgemeinen Bestimmung, welche ab Inkrafttreten der Revision bis zum Zeitpunkt dauert, in dem das monistische Finanzierungssystem verwirklicht ist. Der Antrag ist also meines Erachtens zulässig.

Inhaltlich kann ich mich für die Kommission nicht äussern, aber ich gestatte mir in eigenem Namen trotzdem drei Bemerkungen:

1. In der Tat haben wir in den letzten Wochen nach unserer Kommissionssitzung auch zur Kenntnis nehmen müssen, dass aufgrund der Tatsache, dass die Kantone nun auch den Privatspitälern Sockelbeiträge bezahlen müssen, eine Art Verdrängungswettbewerb eingeläutet worden ist. Es spielt sich dergestalt ab, dass private Spitäler von Spitallisten gestrichen werden sollen. Einzelne Kantone sagen das hinter vorgehaltener Hand, andere sagen es offen; ein Kanton hat es sogar schriftlich angekündigt.

Das Ziel unserer Revision war keineswegs, die Privatspitäler zu verdrängen. Im Gegenteil: Um mit gleich langen Spiessen im Wettbewerb kämpfen zu können, sollen sie die gleichen Sockelbeiträge erhalten. Das ist nichts anderes als verwirklichte Rechtsgleichheit. Also kann es nicht sein, dass die privaten Spitäler von den Kantonen aus der ersten Kurve gedrängt werden.

2. Ich verstehe den Antrag Spoerry so, dass damit lediglich die heutigen privaten Spitäler in der künftigen Spitalplanung zu berücksichtigen sind. Frau Spoerry schafft keine Bestandesgarantie und keine Vorzugsstellung für private Spitäler; das scheint mir ausserordentlich wichtig. Aber der Stand des Jahres 2002 soll ein objektives Kriterium sein, das in der künftigen Planung zu berücksichtigen ist.

3. Der Antrag scheint mir im Sinne eines gesunden Wettbewerbs im Gesundheits- und Spitalwesen zu sein.

Aus diesen Gründen kann ich ihn unterstützen – nicht für die Kommission, aber aus persönlichen Gründen, indem ich mich an die Ziele unserer Revision erinnere. Er liegt in der Zielrichtung unserer Revision.

**David** Eugen (C, SG): Ich habe ehrlich gesagt Verständnisprobleme zu diesem Antrag. Wenn er so stehen bleibt, wird er sofort unzählige Rechtsverfahren auslösen, denn jeder Planungsentscheid eines Kantons wird dort enden, dass man sagt: Wir sind nicht berücksichtigt worden. Was heisst das? Ich bitte Frau Spoerry, dies noch anhand eines konkreten Beispiels zu erklären.

Gehen wir von einem Kanton aus, der private und öffentliche Spitäler hat. Die Kantonsregierung kommt zum Schluss, sie wolle in ihrer Planung das Angebot etwas zurücknehmen. Dann muss sie entscheiden, wo und wie das Angebot zurückzunehmen ist, und sie entscheidet sich – nach Kriterien, die sie meines Erachtens im Gesetz sachgerecht berücksichtigen muss –, ein privates oder ein öffentliches Spital zu schliessen. Kann jetzt dieser private Spitalträger dagegen antreten? Der öffentliche Spitalträger kann es nicht, denn in Ihrem Antrag heisst es nur, es seien die privaten zu berücksichtigen, die öffentlichen hätten diesen Anspruch nicht. Ist es ein Einzelanspruch, d. h., kann das einzelne Spital verlangen, dass es bei der Planung berücksichtigt wird? Ist die Meinung, dass der gesamte private Sektor in irgendeiner Form angemessen berücksichtigt wird?

Aber letztlich entscheidet sich das alles an der Kürzung des Angebotes, die eine Kantonsregierung beschliesst, weil sie der Meinung ist, in ihrem Kanton habe es ein Überangebot an Spitalbetten. Wenn wir der Kantonsregierung dieses Instrument aus der Hand schlagen, können wir aufhören mit der Spitalplanung! Ich möchte also nicht, dass dieser Antrag Spoerry praktisch dazu führt, dass der Besitzstand des Jahres 2002 betoniert ist und gar nichts mehr gemacht werden kann. Daher ist es schon wichtig, sich bewusst zu sein, was man eigentlich hier tut und was nachher die Rechtsmittelbehörden, die die Bestimmung anwenden müssen, im Fall eines einzelnen Spitals effektiv zu machen haben.

Bevor ich entscheide, ob man dem zustimmen könne oder nicht, bitte ich Frau Spoerry, das nochmals am konkreten Beispiel einer Bettenreduktion in einem Kanton mit öffentlichen und privaten Spitälern zu erläutern.

**Studer** Jean (S, NE): Cette proposition qui nous est soumise maintenant est la démonstration en plénum de ce qui s'est passé en commission. On a voulu, comme le disait avant le président de la Confédération, charger le bateau avec différentes interventions, et on se trouve maintenant dans la même configuration que dans la commission, à devoir discuter d'une chose sans savoir très bien ce que ça signifie sur le plan financier, ni en particulier ce que ça signifie pour les cantons. Et puis, tout d'un coup, on va prendre des engagements durables, très durables, qui me semblent quand même aller un peu à l'encontre de ce qu'on a souhaité dans le cadre de cette deuxième révision.
On nous dit que les prestations des institutions privées devaient être garanties par l'Etat jusqu'à l'introduction d'un système moniste: notre révision et les dispositions transitoires, en particulier à l'alinéa 4, demandent au Conseil fédéral de présenter un système moniste. On ne dit pas qu'on va adopter un système moniste, mais on doit dans un certain délai nous présenter un système moniste. Cela voudrait dire que tant qu'il n'y a pas un système moniste dans un canton, l'Etat doit assurer les prestations des institutions privées.
Je ne vous cacherai pas que je suis un peu surpris de voir quand même des représentants de milieux qui vantent la concurrence demander qu'à l'égard des institutions privées, l'Etat doive garantir les prestations. Cela me trouble un peu. Je pensais que lorsqu'on est un adepte de la concurrence, on attend autre chose de la part de l'Etat qu'un soutien forcené des institutions privées; forcené parce que, encore une fois, rien ne nous dit qu'il y aura un système moniste. Cela veut dire que les institutions privées continueront à bénéficier de droits acquis envers les prestations de l'Etat aussi longtemps que ce pays n'aura pas un système moniste, et ce même si, dans quatre ou cinq ans, quand le Conseil fédéral présentera son étude, on devait décider que ce ne serait pas la bonne solution. On ne peut pas, dans ce domaine de l'assurance-maladie où des milliards de francs sont en jeu, où les rôles sont vraiment difficiles pour les cantons, tout d'un coup, comme ça, à l'occasion d'une disposition transitoire, demander à l'Etat de subvenir aux institutions privées. C'est peut-être une idée, mais cela ne me semble pas être une bonne idée. En tout cas, on ne peut pas, alors qu'on est dans ce Conseil au troisième tour des délibérations sur la LAMal, présenter une telle proposition.
Je vous invite à rejeter la proposition Spoerry.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich bedaure, dass dieser Antrag erst jetzt in den Rat kommt und nicht auch in der Kommission behandelt werden konnte. Weshalb? Ich teile das Grundanliegen von Frau Spoerry, das ist völlig klar. Wir haben mit dem vorliegenden Entwurf den Privatkliniken schlussendlich wahrscheinlich weitgehend das Grab geschaufelt, dessen muss man sich bewusst sein. Insbesondere werden Kantone kaum ein grosses Interesse haben, ausserkantonale Privatkliniken noch auf ihre Listen zu nehmen. Diese Gefahr ist tatsächlich gross, und ich habe auch schon bei anderer Gelegenheit darauf hingewiesen. Trotzdem habe ich mit dieser Fassung, wie sie uns jetzt mit dem Antrag Spoerry vorliegt, grosse Mühe. Ich kann mir den Antrag höchstens als Grundlage für eine Differenz mit dem Nationalrat vorstellen, damit man hier noch einmal über die Bücher gehen kann. Mit dieser Fassung habe ich aber ganz grosse Mühe. Weshalb?
Wir sind im Übrigen einmal mehr – das vorweg gesagt – in unserer Halblösung gefangen, weil wir auf den direkten Übergang zur monistischen Finanzierung verzichtet haben. Das ist hier die Quelle des Übels. Ich wiederhole mein Ceterum censeo, wenn Sie so wollen. All diese Bastellösungen, die wir nun präsentieren müssen, hängen eben damit zusammen, dass wir den vollen Schritt zur monistischen Finanzierung nicht getan haben.
Hier wird nun gesagt, die Kantone seien verpflichtet, das Leistungsangebot bis zum Vorliegen des monistischen Finanzierungssystems zu berücksichtigen. Das kann aber den Übergang geradezu blockieren! Wo liegt das Interesse der Privatkliniken, welche heute auf den Listen sind, hier noch eine Änderung herbeizuwünschen? Sie sind hier ja geschützt und haben tatsächlich eine privilegierte Stellung, und zwar auf der einen Seite natürlich vor allem gegenüber allen anderen Privatkliniken, auf der anderen Seite aber auch gegenüber den öffentlichen und den öffentlich subventionierten Kliniken. Das ist schon etwas heikel.
Der Gummibegriff «zu berücksichtigen» ist für mich noch nicht ganz klar. Ist es nun möglich, mit neuen Leistungsaufträgen – die Kantone ändern ihren Leistungsauftrag natürlich häufig jährlich – bei Privatkliniken etwas wegzunehmen? Ist es möglich, einen Leistungsauftrag zu ändern und etwas aufzubauen? Das ist mir nicht ganz klar. Damit wiederum wird in diesem Bereich natürlich insbesondere die innerkantonale Zusammenarbeit blockiert. Wir fordern andernorts in der neuen Gesetzesvorlage, dass die Kantone beispielsweise in Bereichen der höheren Medizin zusammenzuarbeiten haben. Das machen viele, gerade auch mit Privatkliniken – Stichwort Hirslanden usw. Ist das nun noch möglich, ja oder nein?
Schliesslich sehe ich Probleme im Zusammenhang mit dem neuen Absatz 4bis und dem bisherigen Absatz 6: In Absatz 6 verpflichten wir die Kantone, innert eines Jahres nach Inkrafttreten der Änderung den Leistungsauftrag usw. und die Spitallisten anzupassen. Ja, können sie nun die Anpassung vornehmen, oder können sie das nicht, sind sie gebunden? Es betrifft ja die gleichen Kliniken, nämlich die nichtsubventionierten Privatspitäler. Dieser Zusammenhang und das Verhältnis der Absätze 4bis und 6 ist unbedingt noch zu klären.
Ich sage es noch einmal: Das Grundanliegen ist berechtigt. Aber ich habe grosse Mühe mit dem Antrag, der uns nun präsentiert worden ist.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Es liegt ein Ordnungsantrag Hofmann Hans vor. Herr Hofmann beantragt, den Antrag Spoerry in die Kommission zurückzugeben. – Sie sind damit einverstanden.

**Ziff. II Abs. 12**
*Antrag der Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*
(Brunner Christiane, Studer Jean)
.... um 500 Millionen Franken erhöht.

**Ch. II al. 12**
*Proposition de la majorité*
Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*
(Brunner Christiane, Studer Jean)
.... de 500 millions ....

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Ich bitte nachdrücklich um kurze, präzise Voten ohne Wiederholungen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: In der Tat kommen wir mit zehn Minuten Verspätung zur letzten Differenz dieses Geschäftes.
Die Frage ist: Sollen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes die Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung erhöht werden? Um wie viel? Die Mehrheit der Kommission möchte zusammen mit dem Nationalrat die Bundesbeiträge um 200 Millionen Franken erhöhen, von jetzt etwa 2,4 – Irrtum vorbehalten – auf 2,6 Milliarden Franken. Die Minderheit möchte die Bundesbeiträge um 500 Millionen Franken erhöhen.
Warum genügen nach Ansicht der Mehrheit 200 Millionen Franken?

1. Bereits heute werden nur etwa drei Viertel der Prämienverbilligungsbeiträge von 2,4 Milliarden, also etwa 1,9 Milliarden Franken, abgeholt. Es besteht gegenüber den bereits heute festgelegten Beträgen noch eine Reserve.
2. Die Kantone werden wohl durch die Prämienverbilligung mehr belastet, aber sie werden auch entlastet, beispielsweise durch das dual-fixe System, welches jetzt je 50 Prozent der Kostenbeiträge an die Spitalpflege festschreibt. Sollte zu einem späteren Zeitpunkt der gesetzlich festgelegte Betrag, der ja um die Teuerung im Gesundheitswesen erhöht wird, tatsächlich nicht ausreichen, weil wir einen gesetzlichen Anspruch auf Prämienverbilligung schaffen, könnten wir uns im Notfall immer noch mit einem Nachtragskredit behelfen. Wir dürfen ruhig sagen: Angesichts der heutigen Finanzlage und im Hinblick darauf, welche Beträge in der Realität abgeholt werden, genügt eine Erhöhung um 200 Millionen Franken.

**Brunner** Christiane (S, GE): A la suite de la discussion que nous avons eue et vu que le Conseil n'a pas accepté la réduction de moitié de la prime pour le deuxième enfant et la gratuité à partir du troisième, j'aimerais que vous me permettiez de modifier oralement ma proposition, qui prévoit une augmentation de 500 millions de francs, en une proposition prévoyant une augmentation de 350 millions de francs – l'estimation du montant pour les enfants n'est de toute façon pas très claire, mais disons qu'on peut admettre que c'est à peu près 150 millions de francs. Ces 150 millions-là, on vient de les biffer puisqu'on n'a pas suivi la majorité de la commission sur ce point (art. 65) et je me permets donc d'argumenter oralement pour une augmentation des subsides de 200 à 350 millions de francs.
En outre, la situation n'est pas très claire, parce que renvoyer la proposition individuelle Spoerry en commission, c'est bien joli, mais ça peut avoir une influence financière déterminante pour les cantons! Dans la mesure où Mme Spoerry demande que les cantons n'aient plus la latitude de gérer leur liste hospitalière comme ils l'entendent, on leur impose quelque chose de supplémentaire, c'est-à-dire une participation de 50 pour cent pour des cliniques privées qu'ils aimeraient enlever de leur liste hospitalière. Alors, ou bien il faut renvoyer le tout en commission, ou alors la discussion que nous avons là n'est pas très objective.
En anticipant sur les discussions que nous pourrons avoir en commission, il ne faudrait en aucun cas suivre la proposition Spoerry. Les cantons nous disent eux-mêmes que la variante que vous avez choisie, consistant à subventionner aussi les cliniques privées à raison de 50 pour cent, va provoquer un transfert des coûts vers les cantons. Par conséquent, nous ne pourrons pas assumer la totalité des obligations qui résultent de la révision de la loi sur l'assurance-maladie telle qu'on l'envisage dans notre majorité.
On dit, et c'est là que j'aimerais en venir, qu'on a réalisé l'objectif social avec les dispositions qu'on a introduites dans la loi. Mais réaliser l'objectif social, cela veut aussi dire qu'on peut financer cet objectif. Or les cantons, en voyant leurs charges augmenter avec le 50 pour cent pour les cliniques privées, avec tout ce qu'on a décidé par ailleurs et avec en plus les objectifs sociaux qu'on leur a fixés, soit n'auront pas les moyens de réaliser l'objectif social parce que la subvention de la Confédération est trop basse, soit vont le faire de manière à ne surtout pas dépenser plus que jusqu'à présent – ils ont en effet toujours la compétence de dire quels sont les revenus minimaux et maximaux qui vont entrer dans cet objectif social. Par conséquent, tout l'objectif social que nous avons introduit dans la révision se résout en une question de sous, de coûts. Nous ne faisons que transférer des obligations vers les cantons en disant que la Confédération, elle, se retire de plus en plus, mais que les cantons, eux, doivent réaliser ce que nous avons décidé. Je pense que pour les cantons, c'est une impossibilité. Nous avons fait ici un travail hypocrite au niveau fédéral en disant garantir un objectif social sans subventionner suffisamment les cantons pour ce faire.
Vient s'ajouter à cela le fait que maintenant, presque tous les cantons ont utilisé à peu près la totalité des subventions qui leur étaient dues. En tout cas, il y a une tendance très large à ce que les cantons utilisent cette subvention fédérale, et chaque année cela augmente. Par conséquent, il n'y a plus non plus la marge que nous avions auparavant parce que les cantons ne faisaient pas appel à la subvention fédérale. Cette marge se réduit et c'est aussi une des raisons pour lesquelles il nous faut augmenter la subvention prévue maintenant dans la loi, au lieu de l'être dans l'arrêté fédéral.
Encore une fois, pour toutes ces raisons, et d'ailleurs en suivant de point en point l'argumentation des cantons qui demandent cette augmentation, en enlevant les 150 millions de francs, puisqu'ils ne veulent pas avoir la gratuité des primes des enfants à leur charge, je vous propose d'augmenter les subsides fédéraux de 200 millions à 350 millions de francs et de bien vouloir ainsi adopter ma proposition de minorité.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Dans l'ensemble, vous vous apprêtez à accorder un montant global de subsides plus élevé que ce que le Conseil fédéral souhaitait initialement, mais la différence n'est pas telle que cela justifie une bataille. Donc, nous soutenons la proposition de la majorité.
Je constate que Mme Brunner, grâce à sa sage décision d'il y a un instant, a réduit une partie du montant supplémentaire qu'elle demandait. La différence n'est pas importante du point de vue de l'assurance-maladie, mais elle est importante lorsqu'on l'ajoute à toutes les autres dépenses supplémentaires que la Confédération doit financer. 150 millions de francs de plus ou de moins, c'est quelque chose d'important quand on voit tous les postes où l'on doit actuellement faire des coupes dans le cadre du programme d'allègement. Du point de vue de l'assurance-maladie, ce n'est pas une somme qui justifie une bataille politique ou le rejet de la loi parce qu'on en serait resté à la décision du Conseil national et qu'on aurait repoussé la proposition de minorité Brunner Christiane, mais c'est un signal. Si on augmente encore la subvention, alors même que, comme l'a dit Mme Brunner, il y a certaines réserves qui existent maintenant du fait que les cantons ne réclament pas tous les montants qui sont disponibles, si on dit que ces montants-là vont être utilisés très rapidement et qu'en plus il faut appliquer la solution du Conseil des Etats avec augmentation, alors on donne le signal très clair qu'on accepte ensemble une rapide évolution des coûts de l'assurance-maladie dans le sens de la hausse.
Votre décision relève d'abord de la politique financière. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral vous recommande de vous en tenir à la proposition de la majorité de la commission. Ensuite, nous prétendons que du point de vue de la politique des caisses-maladie et du financement de la santé publique, ce serait un mauvais signal parce que ce serait le signal qu'on accepte comme une fatalité que les coûts augmentent encore plus rapidement qu'on peut le prévoir à travers les travaux de la révision de la loi.
Je vous invite donc à soutenir la proposition de la majorité de la commission.

**Plattner** Gian-Reto (S, BS): Die Minderheit beantragt eine Erhöhung um 350 Millionen Franken. Es handelt sich also um einen modifizierten Antrag.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 33 Stimmen
Für den modifizierten Antrag der Minderheit .... 6 Stimmen

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*
Für Annahme der Ausgabe .... 39 Stimmen
(Einstimmigkeit)

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht*
*La majorité qualifiée est acquise*

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Herr Kommissionspräsident, wie sieht mit Bezug auf diese Vorlage der Zeitplan aus?

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Eine erste Sichtung hat ergeben, dass das Geschäft in dieser Session wohl nicht bereinigt werden kann, weil der Nationalrat eine lange Sitzung der Kommission für Donnerstagnachmittag anberaumt hat. Diese ist nicht möglich, weil wir nicht vor Donnerstagmittag im Rat beschliessen können. Wir könnten vielmehr erst nächste Woche beschliessen, und dann könnte die nationalrätliche Beratung bis zur Einigungskonferenz am Montag der dritten Woche nicht mehr stattfinden. Zu meinem grossen Bedauern führen die zwei Rückweisungen, welche auch bei uns einige Arbeit verursachen, dazu, dass das Geschäft erst in der nächsten Session abgeschlossen werden kann.

**Präsident** (Plattner Gian-Reto, Präsident): Dies zur Information der Redaktionskommission: ein Geschäft weniger auf der Liste, das in dieser Legislatur noch zu Ende beraten wird.

## 2. Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

kürzen. Dies unter der Bedingung, dass die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist, was – Sie erlauben mir die Bemerkung – einigermassen «gummig» formuliert ist. 2001 haben 15 Kantone die Bundesbeiträge nicht voll ausgenützt. Im Schnitt wurden aber immerhin 79,3 Prozent der Bundesbeiträge bezogen. 2002 waren es bereits 83,3 Prozent. Die Kantonsregierungen gehen für 2003 doch von einem Ausschöpfungsgrad von mindestens 85 Prozent aus.
Der heute gültige Bundesbeschluss datiert vom 31. Mai 1999 und legt eine jährliche Erhöhung des Bundesbeitrages von 1,5 Prozent fest. Er sieht für 2003 den Betrag von 2314 Millionen Franken vor – ein doch ansehnlicher Betrag. Der Bundesbeschluss läuft Ende dieses Jahres aus.
Der Bundesrat beantragt für die kommenden vier Jahre, 2004 bis 2007, eine unveränderte Fortführung der Erhöhung um je 1,5 Prozent. Wie Sie wissen und wie wir eben gesehen haben, sieht die laufende Revision des KVG im Bereich der Prämienverbilligung wesentliche Änderungen vor und entsprechend auch eine gewisse Anhebung des Bundesbeitrages. Diese Revision ist aber noch nicht abgeschlossen – das haben wir gerade wieder festgestellt. Wir haben auch in diesem Bereich der Prämienverbilligung noch inhaltliche Differenzen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass es zu einem Referendum kommt.

shalb einen neuen Bundesbeschluss zu fas-
vie der Nationalrat, der dieses Geschäft auch
ion behandelt. Entsprechend der gesetzlichen
s sich dieser auf weitere volle vier Jahre er-
mt die KVG-Revision allerdings zum Tragen,
die gesetzliche Grundlage und auch die ge-
abe.
ene Anhebungssatz von jährlich 1,5 Prozent
erweise nicht der Kostenentwicklung in der
1 Krankenversicherung und auch nicht der
klung. Auch wenn die Finanzlage des Bun-
itzuberücksichtigen ist, keineswegs rosig ist,
Erhöhung um lediglich 1,5 Prozent, dass sich
welche das Bundesbetreffnis bereits voll aus-
die Situation gestellt sehen, ihre Verbilligun-
usmass der Prämienentwicklung anpassen zu
nimmt die Belastung ihrer minderbemittelten
nd Bürger durch die Prämien zu. Die anderen
en zwar ihren Anteil bis auf 100 Prozent hoch-
n damit aber Finanzprobleme. Die Kantone
ch darauf hingewiesen, dass die Bundesbei-
Kostenentwicklung um mindestens 6 Prozent
eben seien. Diese Position ist auch von einer
erer Kommission übernommen worden. Der
rag hat auch durchaus einiges für sich, da der
teilweise mindestens – die Probleme einfach
e verschiebt, obwohl er Hauptregulator ist.

le dire; et que de toute façon, une loi suisse peut dire autre chose que ce qu'il y a dans la Constitution; et que de toute façon, les conventions internationales sont supérieures au droit constitutionnel, au droit national. Et comment comprendront-ils cette position du Parlement suisse? Ils trouveront peut-être que ça ne sert pas à grand-chose, ou bien ils trouveront que c'est peut-être la manifestation d'une certaine peur, d'une certaine panique à l'égard des négociations en cours. Et tout ça relativisera complètement ce que l'on dit depuis des années, à savoir que le secret bancaire ne serait pas négociable.
J'ai donc le sentiment qu'on essaie de faire une démonstration à l'égard de l'étranger, une démonstration qui est, en tout cas sur le plan des négociations, bien contre-productive par rapport à la position que le Conseil fédéral a défendue dans ce projet.
Encore une chose, on en a déjà parlé dans ce conseil et j'en parlais hier encore avec quelqu'un qui est très bien placé dans le secteur bancaire et qui partageait mon point de vue: il faut admettre qu'à l'égard des Etats-Unis, il n'y a plus de secret bancaire – il faut dire les choses telles qu'elles sont –, notamment en raison des multiples accords qui ont été récemment passés et qui, de fait, permettent l'échange d'informations. Qu'allez-vous dire à l'Américain qui est en Suisse

Ich bitte Sie deshalb, der Mehrheit der Kommission zu folgen und diesen vier Initiativen Folge zu geben.

*Abstimmung – Vote*
Für Folgegeben .... 23 Stimmen
Dagegen .... 12 Stimmen

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01

[illegible] Signalwirkung.
Weshalb kommt eine dieser vier Initiativen gerade aus dem Tessin? Kollege Hofmann hat die Bedeutung des Finanzplatzes Schweiz in Erinnerung gerufen. Für das Tessin ist diese Bedeutung noch grösser. Zwei oder drei Zahlen genügen, um das zu beweisen: 16 Prozent des Bruttoinlandproduktes des Kantons Tessin kommen vom Bankensektor, 35 Prozent der Fiskaleinnahmen der juristischen Personen kommen aus dem Bankensektor, 9000 Arbeitsplätze hängen direkt von ihm ab und doppelt so viele, wenn wir die Nebensektoren mit einbeziehen.
Weshalb ist das Tessin besonders empfindlich und braucht klare politische Signale aus Bundesbern? Ganz klar: weil wir aus unserem Nachbarland Italien ständige Signale in die Gegenrichtung bekommen. Italiens Finanzminister Giulio Tremonti gibt wenigstens einmal pro Monat ein Interview mit der Botschaft, die Schweiz werde das Bankkundengeheimnis so oder so bald aufgeben müssen. Jedes Mal erreicht er so sein Ziel, nämlich unserem Finanzplatz zusätzliche Millionen wegzunehmen. Dasselbe findet wahrscheinlich in anderen Ländern statt, jedoch mit weniger Brisanz.
Nachdem gestern der Nationalrat darüber befunden hat, geht es für uns heute primär darum, auf diese Manöver eine entschlossene Antwort zu geben. Natürlich wird dann die Detailberatung in der Kommission die Möglichkeit geben, die besten Lösungen zu finden.

**Präsident** (Schiesser Fritz, Präsident): Wir haben die Differenzen am 16. September 2003 behandelt, aber einige Artikel ausgesetzt. Jetzt geht es darum, noch diese ausgesetzten Artikel zu behandeln.

### 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

**Art. 25 Abs. 2 Bst. a, abis; 50 Abs. 2; 104a Abs. 2**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 25 al. 2 let. a, abis; 50 al. 2; 104a al. 2**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Unser Rat hat am 16. September zwei Bereiche zur Überarbeitung an die Kommission zurückgewiesen. Der erste Bereich sind die Pflegekosten, beginnend bei Artikel 25, und der zweite Bereich ist die Frage des Weiterbestandes der Privatspitäler gemäss dem Antrag Spoerry.

Die erste Differenz auf der Fahne sehen Sie bei Artikel 25. Es geht um die Pflegekosten. Im Anschluss an unsere Ratssitzung luden wir die Akteure im Pflegebereich ein und führten eingehende Gespräche. Beteiligt waren als Vertreter der Kantone die Sanitätsdirektoren, der Spitex-Verband Schweiz, der Verband der Heime und Institutionen «Cura Viva» und als Viertes der Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger. In diesen Gesprächen sind zwei gemeinsame Erkenntnisse gereift: erstens, dass der gesamte Bereich der Pflegekosten im KVG zu ändern ist; zweitens, dass diese Änderungen nicht kurzfristig von einer Session auf die andere bewerkstelligt werden können.
Wir haben uns mit den Akteuren auf drei Massnahmen geeinigt, und die Kommission hat so beschlossen: Zum Ersten schlagen wir Ihnen vor, die heutige Regelung von Artikel 25 KVG nicht zu ändern. Zum Zweiten schlagen wir Ihnen vor, die Tarife im Pflegebereich auf dem Stand 1. Januar 2003 einzufrieren; dies wird in den Übergangsbestimmungen festgelegt. Frau Forster legt dazu einen Änderungsantrag vor.
Zum Dritten beauftragen wir den Bundesrat mit einer Motion, spätestens nächstes Jahr, 2004, den Räten einen Vorschlag zur Finanzierung der Krankenpflege zu unterbreiten. Dabei ist besonders die Langzeitpflege zu berücksichtigen. In Koordination mit den übrigen Sozialversicherungen und den Ergänzungsleistungen soll der Pflegebereich geregelt werden. Schliesslich verlangen wir, dass das heutige Finanzvolumen – es umfasst 1,6 Milliarden Franken für den Pflegebereich und 0,3 Milliarden Franken für die Spitex – beibehalten werden soll.
Wir entscheiden also im Kern, dass wir zurzeit bei der heutigen Regelung mit den geltenden Tarifen bleiben, aber den Bundesrat zu einer raschen separaten Revision dieser Frage auffordern. Der Bundespräsident hat sich damit einverstanden erklärt.
Nun zu Artikel 25: Wir schlagen Ihnen einstimmig vor, diese Bestimmung nicht zu ändern. Ebenso unverändert bleiben die Artikel 50 und 104a. Formal schliessen wir uns damit bei diesen drei Bestimmungen dem Nationalrat an.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je confirme notre satisfaction quant à la solution qui a été proposée par la commission, c'est-à-dire la voie de la motion, pour régler le problème des coûts des soins de longue durée. Nous sommes satisfaits de cette solution pour deux raisons.
1. Je crois que cette loi a déjà suffisamment de diversité et d'éléments qui provoqueront la discussion sans qu'on ne la charge encore d'une décision qui, de toute façon, sera contestée. Je vois avec une certaine inquiétude la multiplication des oppositions à la loi fondées sur des problèmes particuliers. Donc, il n'est ni nécessaire ni souhaitable de charger encore davantage la révision avec le règlement de ce problème.
2. Une raison de fond, comme l'a dit le rapporteur, c'est que le financement des soins de longue durée est un problème qui touche beaucoup d'acteurs, beaucoup d'institutions et notamment les prestations complémentaires. Nous avons déjà commencé les discussions avec les spécialistes pour trouver une solution, dans le délai court que vous souhaitez. Vous proposez une modification législative. Le problème essentiel est, en particulier pour ce qui touche les prestations complémentaires, de savoir quel est le niveau de la fortune que l'on prend en compte pour obtenir les prestations complémentaires, et notamment le fameux problème du domicile de la personne concernée que l'on oblige parfois à vendre sa maison avant de lui donner droit aux prestations complémentaires. D'une part, c'est quelque chose qui a un effet politique, social et émotionnel extrêmement important, mais d'autre part, il y a aussi une certaine égalité à trouver entre les propriétaires d'immeubles et les autres personnes. Par conséquent, il y a un arbitrage qu'il faudra exercer, et celui-ci ne peut pas se faire en quelques jours.
Nous vous proposons de vous en tenir aux propositions de la commission, même en ce qui concerne les dispositions transitoires. Je prends acte, par exemple, de la proposition Forster. Nous sommes prêts à aborder le problème soulevé par la proposition Forster, qui prévoit l'adaptation au renchérissement, demain devant la commission du Conseil national. Or, dans la loi, on n'a jamais prévu d'adaptation au renchérissement. Pourquoi, tout d'un coup, dans un secteur particulier, fixerait-on l'adaptation au renchérissement? Je crois que c'est quelque chose qui mérite encore un peu plus de discussion.

*Angenommen – Adopté*

**Ziff. II Übergangsbestimmungen Abs. 13**
*Antrag der Kommission*
Solange die Übernahme der Kosten der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim gesetzlich nicht neu geregelt ist, dürfen die auf der Basis von Artikel 104a vom Bundesrat per 1. Januar 2003 festgesetzten Tarife pro Stunde und pro Tag (bezogen auf Pflegebedarfsstufen) nicht überschritten werden.

*Antrag Forster*
Bis zur Neuregelung der Finanzierung der Pflege zu Hause, ambulant oder in Pflegeheimen dürfen die vom Bundesrat auf der Grundlage von Artikel 104a festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden.
Vorbehalten bleiben die vom Bundesrat festzulegenden Anpassungen an die Teuerung, notwendige Anpassungen in der dritten und vierten Pflegestufe sowie die von Leistungserbringern mit Versicherern abgeschlossenen Tarifverträge.

**Ch. II dispositions transitoires al. 13**
*Proposition de la commission*
Tant que la prise en charge des coûts des prestations de soins ambulatoires, de soins à domicile ou de soins dans les établissements médico-sociaux n'est pas réglée à nouveau dans la loi, les tarifs par heure et par jour (en relation avec les niveaux de soins requis) fixés par le Conseil fédéral pour le 1er janvier 2003 sur la base de l'article 104a ne peuvent pas être dépassés.

*Proposition Forster*
Jusqu'à la nouvelle réglementation du financement de soins à domicile, de soins ambulatoires ou de soins dans les établissements médico-sociaux, les tarifs-cadres fixés par le Conseil fédéral sur le base de l'article 104a ne peuvent pas être dépassés.
Sont réservés les adaptations au renchérissement fixées par le Conseil fédéral et les adaptations nécessaires aux troisième et quatrième degré de soins, ainsi que les accords tarifaires conclues par les fournisseurs de prestations avec les assurés.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: In Absatz 13 ist die Übergangsbestimmung zu den Pflegekosten geregelt. Sie besagt, dass die Kosten für die Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim auf dem Stand 1. Januar 2003 eingefroren werden, allerdings nicht auf lange Zeit. Wir rechnen alle fest damit, dass die Revisionsvorlage nächsten Sommer auf unserem Tisch liegt und dass innerhalb eines weiteren Jahres beide Räte darüber beschliessen werden. Wirksam ist die Bestimmung also für höchstens zwei ganze Jahre, wenn wir uns alle zügig an die Arbeit machen.
Die Bestimmung benötigt drei Detailinformationen vorweg:
1. Auf der Fahne ist ein Fehler enthalten, es sollte heissen: «vom Departement» und nicht «vom Bundesrat» werden die Beträge in Übereinstimmung mit Artikel 104a festgelegt. Ich bitte, diesen Fehler zu korrigieren.
2. Wie hoch ist nun die Entschädigung, welche ausgerichtet wird? Ich muss Ihnen einige Zusatzinformationen geben, welche den Entscheid und nachher die Diskussion um den Antrag Forster verständlicher machen. Es bestehen heute vier Pflegebedarfsstufen, welche unterschiedlich abgegolten werden: die erste, leichte Pflegebedarfsstufe mit 10 bis 20 Franken pro Tag, die zweite Pflegebedarfsstufe mit

15 bis 40 Franken, die dritte Pflegebedarfsstufe mit 30 bis 60 Franken und die vierte Pflegebedarfsstufe – das sind die schwersten Pflegefälle – mit 40 bis 70 Franken pro Tag. Diese Beträge vergüten die Krankenversicherer als Beitrag an die Kosten. Die genannten Beträge müssen jeweils in den einzelnen Kantonen ausgehandelt werden. In vielen Kantonen ist die Obergrenze noch nicht erreicht. Im Rahmen dieser obersten Grenze kann also weiterhin die Teuerung ausgeglichen und es können für die nächsten Jahre neue Tarife ausgehandelt werden. Es ist lediglich die Obergrenze einzuhalten.
Warum legen wir diese Obergrenze beim heutigen Stand fest? Wir haben in den Gesprächen mit den Akteuren und den Verbänden festgestellt: Es bestehen Wille und Notwendigkeit, hier Anpassungen vorzunehmen. Insbesondere müssen die Bedarfsstufen 3 und 4 in den nächsten Jahren wohl angepasst werden, aber das soll nach einer gründlichen Abklärung geschehen. Solange diese Regelung nicht in Kraft ist, soll die alte bestehen bleiben. Das zwingt auch die Akteure und nimmt uns alle in die Pflicht, rasch diese Neuregelung zu erarbeiten. Wenn wir diese Lösung nicht treffen und nicht auf dem Stand 1. Januar 2003 die Höchsttarife einfrieren, fehlt für viele Akteure und auch für das Parlament die Motivation, diese nicht einfache Materie überhaupt an die Hand zu nehmen.
Aus diesen Gründen bitten wir Sie, bei unserer Regelung zu bleiben.
3. Zum Rundschreiben, das die Sanitätsdirektorenkonferenz an Sie gerichtet hat: Die kantonalen Sanitätsdirektoren lassen mitteilen, dass nach ihrer Auffassung diese Obergrenzen nicht für jene Fälle gelten würden, in denen die Heime Pflegekosten und übrige Kosten sauber ausgeschieden hätten, so, wie es die entsprechende Verordnung heute verlangt. Die Auffassung der Sanitätsdirektoren ist nicht richtig. Die Obergrenze gilt für alle Pflegefälle. Das regeln die Übergangsbestimmungen eindeutig. Auch aufgrund der Systematik des Gesetzes ist die Sache klar, weil die Übergangsbestimmung gesetzlich auf der genau gleichen Stufe steht wie Artikel 104a und als Spezialnorm für eine beschränkte Zeit vorgeht. In diesem Sinne möchte ich das Missverständnis seitens der Kantone ausräumen.
Ich bitte Sie im Namen der Kommission, unserem Antrag zu folgen.

**Präsident** (Schiesser Fritz, Präsident): Wir nehmen zuhanden des Amtlichen Bulletins von der Änderung des Textes Kenntnis. Der Begriff «Bundesrat» wird durch den Begriff «Departement» ersetzt, wie der Kommissionssprecher das ausgeführt hat.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Vorerst möchte ich mich bei der Kommission und auch bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich in Artikel 25 dem Nationalrat angeschlossen haben. Schon das ist eine wesentliche Erleichterung, vor allem für die Spitex-Verbände. Ich bin auch dankbar, wenn Sie sich hinter die Motion 03.3571 stellen, die Ihnen die Kommission vorschlägt und wonach die Neuordnung der Finanzierung der Krankenpflege sofort an die Hand genommen werden soll.
Ich lege Ihnen hier einen Antrag vor, den ich in der Kommission nicht eingebracht habe, und nehme die diesbezügliche Rüge des Kommissionspräsidenten gerne entgegen. Ich bin erst aufgrund verschiedener Gespräche darauf aufmerksam geworden, vor allem auch im Spitex-Verband St. Gallen, dessen Präsidentin ich bin – damit habe ich auch meine Interessen offen gelegt –, dann aber auch aufgrund von Gesprächen mit dem Spitex-Verband Schweiz und nicht zuletzt wegen des Briefes von «Cura Viva», dem schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer, den Sie alle auch erhalten haben.
Die Terminierung per 1. Januar 2003 bietet Probleme, und diese möchte ich zumindest einmal darlegen können. Auch wenn Sie meinem Antrag nicht zustimmen, hätte der Nationalrat die Möglichkeit, diese Probleme nochmals eingehender zu studieren. Herr Bundespräsident, Sie haben sich bereits geäussert, dass Sie bereit wären, diese Fragen nochmals zu diskutieren, denn ich bin einfach etwas anderer Meinung als der Kommissionspräsident, in dem Sinne, dass da noch Probleme bestehen.
Zum einen geht es um die Teuerung; hier ist eine Anpassung der seit 1998 geltenden Tarife dringend notwendig – diese ist auch schon zugesagt. Die Tarife müssten aufgrund dieser Übergangsbestimmungen zurückgenommen werden.
Zum Zweiten geht es, wie Sie erwähnt haben, Herr Präsident, um die Pflegestufen 1 bis 4; Sie haben dargelegt, dass es vier verschiedene Stufen gibt, die sich auf die einfache Pflege bis zur sehr komplizierten Pflege beziehen. In der ersten und zweiten Stufe sind zwischen den Anbietern und den Versicherern bereits Anpassungen ausgehandelt worden. Auch diese Anpassungen können nicht mehr vorgenommen werden, wenn man jetzt auf den 1. Januar 2003 terminiert.
Zum Dritten wurden von einzelnen Leistungsversicherern – das war mir auch nicht bewusst – mit den Versicherten aufgrund von transparenten Kostenrechnungen, die bis dato noch nicht bestanden haben, Tarife vereinbart, die über die Rahmentarife hinausgehen; auch diese Verträge würden mit dieser Bestimmung ihre Gültigkeit verlieren. Das würde für einzelne Leistungserbringer grosse Probleme verursachen.
Ich war der Meinung, dass ich Ihnen das hier noch einmal darlegen möchte, damit Sie sich im Wissen um die Problematik jetzt meinem Antrag oder dem Antrag der Kommission anschliessen können. So oder so gehe ich davon aus, dass in der nationalrätlichen Kommission diese Frage noch einmal diskutiert werden muss. Ich bin dankbar, wenn Sie sich dem Antrag anschliessen. So oder so wird ja dieser Antrag in der nationalrätlichen Kommission und dann im Nationalrat noch diskutiert werden.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Materie ist komplex, und wir laufen Gefahr, hier Kommissionssitzungen abzuhalten. Ich bedaure sehr, dass Frau Forster dieses Problem nicht in der Kommission vorgebracht hat, sondern erst jetzt einen Antrag vorlegt. Ich möchte kurz sagen, was ihr Antrag beinhaltet und was er bewirkt. Im ersten Abschnitt nimmt sie das Datum 1. Januar 2003 heraus; damit findet kein Einfrieren statt. Im zweiten Abschnitt verlangen Sie zusätzlich für die dritte und vierte Pflegestufe Erhöhungen. Damit liquidieren Sie den gesamten Kompromiss und die Regelung, die wir mit den Verbänden gefunden haben. Sie sagen nämlich: erstens kein Einfrieren und zweitens Erhöhung der Kosten.
Warum liegt die ganze Problematik auf unserem Tisch? Weil mit dem heutigen Artikel 25, sobald die Pflegekosten sauber transparent ausgeschieden werden, für die Krankenversicherer in einigen Jahren Mehrausgaben von rund 1 Milliarde Franken anfallen können. Das ergibt 10 Prämienprozente. Um für den Bereich der Pflegekosten eine Lösung zu finden, frieren wir ein und wollen eine rasche neue Lösung; sie ist möglich, aber sie ist vertieft anzugehen. Das schaffen wir nicht kurzfristig in der Kommission und schon gar nicht im Rat. Mit ihrem Antrag höhlt Frau Forster aber beides aus. Wenn Sie ihm folgen, verzichten wir besser auf die ganze Übergangsbestimmung; mit dem Antrag Forster lassen wir die Kosten zulasten der Krankenversicherer nicht nur weiter steigen, wir steigern sie sogar zusätzlich, weil die dritte und vierte Pflegestufe noch mehr entschädigt werden sollen.
In zwei Punkten habe ich Verständnis für das Anliegen von Frau Forster: Verständnis habe ich zum Ersten dafür, dass nach Möglichkeit an die Teuerung angepasst werden soll. Das ist aber in praktisch allen Fällen möglich, weil die Obergrenze nicht erreicht ist. Die konkreten Tarife werden regional ausgehandelt. Der zweite Punkt betrifft die Diskussion, ob die dritte und vierte Pflegestufe auch vorübergehend eine bessere Abgeltung erhalten sollen. Das ist durchaus auch im Rahmen einer schnellen Lösung möglich. Aber dann muss die Formulierung anders lauten.
Frau Forster, Ihr Anliegen kann ich durchaus entgegennehmen, nicht aber den Text. Ich möchte daher den Vorschlag

zur Güte machen, dass Sie dem Antrag der Kommission folgen, dem Nationalrat aber die Botschaft mitgeben, er solle diese beiden Anliegen genau anschauen. Der Nationalrat wird ja bereits nächste Woche entsprechend tagen. Ich bin informiert, dass auch das Bundesamt diesbezüglich bereits Überlegungen angestellt hat. Wir könnten so im Nationalrat und in der Einigungskonferenz eine Lösung finden und müssten uns nicht hier mit dieser Frage im Detail beschäftigen.

**Forster-Vannini** Erika (R, SG): Ich bin schon sehr dankbar, Herr Kommissionspräsident, dass Sie sehen, dass gemäss Antrag, wie wir ihn formuliert haben, noch gewisse Probleme bestehen und dass man diese Frage noch einmal diskutieren muss. Sie haben jetzt ja auch zuhanden des Amtlichen Bulletins sehr klar formuliert, wo die Probleme liegen. Der Bundespräsident hat auch zugestanden, dass er und das Departement sich noch einmal mit diesen Fragen auseinander setzen werden.
Ich ziehe deshalb meinen Antrag zurück und überlasse es der nationalrätlichen Kommission, sich noch einmal über diese Fragen zu beugen und uns eine Lösung vorzulegen.

**Präsident** (Schiesser Fritz, Präsident): Der Antrag Forster ist zurückgezogen. Der Absatz 13 ist also mit den entsprechenden Vorbehalten, die vom Kommissionssprecher angeführt worden sind, und den weiteren Abklärungen, die noch getroffen werden, genehmigt.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission*
*Adopté selon la proposition de la commission*

**Ziff. II Übergangsbestimmungen Abs. 6bis**
*Antrag der Mehrheit*
Die Kantone berücksichtigen während zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung das Leistungsangebot der öffentlichen und privaten Institutionen, das dem Stand ihrer Spitalplanung vom 1. Januar 2003 entspricht. Die Art der Trägerschaft ist kein hinreichender Grund für eine Ungleichbehandlung der öffentlichen und privaten Institutionen.

*Antrag der Minderheit*
(Studer Jean, Brunner Christiane, Saudan)
Streichen

*Antrag Briner*
Die Kantone berücksichtigen bis zur Einführung eines monistischen Finanzierungssystems in einer wettbewerblichen Ordnung gleichermassen das Leistungsangebot ....

**Ch. II dispositions transitoires al. 6bis**
*Proposition de la majorité*
Pendant les deux années suivant l'entrée en vigueur de la présente modification, les cantons veilleront à prendre en considération l'offre de prestations des hôpitaux publics et privés qui correspond à l'état de leur planification hospitalière au 1er janvier 2003. La nature juridique de l'institution n'est pas une raison suffisante pour procéder une inégalité de traitement entre hôpitaux publics et privés.

*Proposition de la minorité*
(Studer Jean, Brunner Christiane, Saudan)
Biffer

*Proposition Briner*
Les cantons veilleront de la même façon jusqu'à l'introduction d'un système de financement moniste dans un ordre concurrentiel à prendre en considération ....

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Eine Vorbemerkung: Nach Artikel 39 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes müssen die Kantone bei der Spitalplanung die privaten Spitäler angemessen berücksichtigen. Das ist Gesetz. Derzeit stehen aber in vielen Kantonen Schliessungen der Spitäler und Reduktionen der Spitalbetten an. Nun haben in dieser Situation einzelne Kantone Benachteiligungen der Privatspitäler angekündigt. Einzelne haben das unverhohlen mündlich getan, beispielsweise der Kanton Zürich. Der Kanton Aargau hat dies sogar schriftlich mitgeteilt. Im Engpass, wo Spitäler geschlossen werden müssen, sollen in erster Linie die staatlichen Spitäler bevorzugt, die privaten sollen schneller geschlossen werden. Stellen Sie sich das bildlich vor: Wir kommen in eine Kurve, die Strasse verengt sich, und in dieser Kurve wollen die Kantone die Privatspitäler das Bord hinunterdrängen. Diese Vorstellung ist das Bild. Das ist natürlich gegen Artikel 39 Absatz 2. Wir meinen aber, dass hier in dieser brisanten Sache ein mündlicher Hinweis auf das Gesetz allein nicht genügt. Deshalb ist die Kommission davon überzeugt, dass die Übergangsbestimmung Artikel 6bis nötig ist. Sie lautet: Die Kantone berücksichtigen das Leistungsangebot der öffentlichen und privaten Spitäler gemäss Stand Spitalplanung Anfang dieses Jahres. Ausdrücklich wird angefügt, dass die Art der Trägerschaft kein hinreichender Grund für eine Benachteiligung sei. Was wollen wir also mit dieser Bestimmung sagen? Vorweg ist dies keine Bestandesgarantie für Privatspitäler, genau wie es keine Bestandesgarantie für staatliche Spitäler gibt. Aber wir verlangen ausdrücklich, dass in dieser Phase der Schliessungen die privaten Spitäler und ihre privaten Träger gleichwertig zu den öffentlichen Spitälern zu berücksichtigen sind. Wir setzen also ein ausdrückliches Verbot der Benachteiligung der privaten Spitalträger ins Gesetz.
Der Zusatz ist rechtlich nicht absolut nötig, nein, aber er ist die heutige sachgemässe Antwort auf die Situation, wie sie leider in einzelnen Kantonen herrscht. Nun, und da besteht ein Unterschied zum Antrag Briner, ist die Sache gemäss Kommissionsvorschlag auf zwei Jahre befristet, ab Inkrafttreten voraussichtlich 1. Januar 2006 während den Jahren 2006 und 2007. Herr Briner möchte die Befristung streichen. Herr Präsident, wenn ich mich nach dem Antrag von Herrn Briner nochmals kurz äussern dürfte, wäre ich Ihnen zu Dank verpflichtet.

**Präsident** (Schiesser Fritz, Präsident): Der Berichterstatter hat nach dem Geschäftsreglement unseres Rates das Recht, das Wort jederzeit zu verlangen. Sie werden das Wort also erhalten, sobald Sie es verlangen.

**Studer** Jean (S, NE): Au tout début de nos travaux sur la révision de cette loi, nous avons entendu les cantons. Ces derniers ont fait plusieurs demandes, mais ils ont eu une prière: «Faites une loi qu'on puisse appliquer dans les cantons!», une loi en tout cas plus claire que maintenant, en particulier dans le domaine principal de compétence des cantons, à savoir la planification hospitalière. C'est la raison pour laquelle, le rapporteur vient de le rappeler, on a fixé dans la loi elle-même un certain nombre de critères, en particulier au sujet des institutions privées, en demandant aux cantons, dans leur planification, d'«inclure de manière adéquate les organismes privés» (art. 39 al. 2 LAMal). Si mes souvenirs sont exacts, cette formulation avait d'ailleurs fait l'objet d'un certain débat en commission et au conseil.
Dans ce cadre-là, l'alinéa 6bis des dispositions transitoires que la majorité vous propose, loin de clarifier la situation, ne fait que la compliquer. Il la complique d'abord parce qu'il laisse entendre que les cantons doivent tenir compte des institutions privées non pas d'une manière générale, mais – à lire cet alinéa 6bis – pendant deux ans, ce qui n'est pas du tout la volonté du législateur telle qu'il l'a exprimée à l'article 39 alinéa 2. Ensuite, on ne demande pas de garantir pendant ces deux ans la prise en considération des institutions privées, mais d'y veiller. Alors, c'est quoi la différence entre prendre en considération de manière adéquate, d'une part, et puis, d'autre part, veiller à prendre en considération? C'est vrai qu'on peut enrichir la jurisprudence dans ce domaine, mais je n'ai pas le sentiment que c'est la priorité qu'on doit avoir en matière de politique de la santé. On utilise ici des termes différents qui sont sujets à interprétation, donc source de difficultés d'application, donc d'insécurité.

En plus, il ne faut pas oublier que tout le système qu'on met en place est basé sur la nécessité, dans le cadre de la planification, non seulement de dresser la liste des hôpitaux, mais aussi d'attribuer des mandats de prestations. Et en fait, le mandat de prestations doit être privilégié sous le critère de l'économicité, de telle sorte – et les cantons nous l'ont dit quand nous les avons entendus lors de notre dernière réunion de commission – qu'il paraît invraisemblable que si le rapport prix/prestation est favorable à une institution privée, un canton se sépare, pour des raisons finalement purement idéologiques, de cette institution privée. Lorsque le rapport prix/prestation sera optimal, le canton gardera ce rapport prix/prestation pour veiller au principe du respect de l'économicité. Je crois qu'à force de vouloir préciser les choses, on les complique et qu'on rend la situation encore plus incertaine pour les cantons.
Permettez-moi ici, parce que je n'entends pas reprendre la parole deux fois, Monsieur le président, de m'exprimer aussi sur la proposition Briner. Comme ça, vous n'aurez plus à m'écouter par la suite.
La proposition Briner est une sorte de variante de la proposition Spoerry qui, elle non plus, n'apporte pas beaucoup de clarifications, mais pour d'autres raisons.
D'abord, on fixe cette formulation, non plus pour deux ans, mais jusqu'à l'introduction d'un système de financement moniste, dont on sait qu'on devra peut-être en parler prochainement, mais dont on ignore tout, notamment quand il pourra être mis sur pied, si une fois il l'est! Je pense bien qu'une fois, on va devoir traiter directement de la question du financement moniste, mais je ne sais pas quelle sera la réponse qu'on lui donnera. Et supposez qu'elle soit négative! Je ne vois pas très bien comment on pourrait appliquer cette disposition transitoire avec un système dont on ignore même l'avènement. Donc, il y a là aussi une incertitude.
Il y a aussi une autre incertitude, qui n'est pas simplement limitée à une échéance incertaine: c'est une incertitude matérielle puisque la proposition Briner dit qu'il faut veiller à prendre en considération – vous voyez qu'il y a déjà là matière à interprétation – la situation «jusqu'à l'introduction d'un système de financement moniste dans un ordre concurrentiel». Qu'est-ce que cela veut dire? Dans la loi, on a l'expression «de manière adéquate» (art. 39 al. 2 LAMal), et dans les dispositions transitoires, on devrait veiller dans un ordre concurrentiel! Tout ça n'est que source de confusion pour les autorités cantonales!
Je crois qu'on a bien fait de rappeler dans la loi aux autorités cantonales qu'elles ne pouvaient pas exclure sans autre des institutions privées pour des motifs d'intérêt particulier, que ces institutions devaient être prises en considération d'une «manière adéquate». Et cette adéquation, si on veut garder une certaine cohérence avec la loi, c'est le rapport prix/prestation. Au-delà de ça, on ne peut pas continuer à essayer d'offrir par la bande, dans un système qu'on veut concurrentiel, des garanties à des institutions, publiques ou privées, en l'occurrence peut-être plutôt privées. Je ne crois pas que cela corresponde à la philosophie de la loi qu'on met sur pied!
Je vous invite à ne pas réintroduire sous l'angle des dispositions transitoires des imprécisions, de possibles confusions qu'on a justement voulu éliminer en adoptant la loi elle-même.
Dès lors, je vous invite à rejeter la proposition Briner et à soutenir celle de la minorité de la commission.

**Präsident** (Schiesser Fritz, Präsident): Wir werden die Debatte morgen Vormittag wieder aufnehmen und zu Ende führen.

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

*Schluss der Sitzung um 11.30 Uhr*
*La séance est levée à 11 h 30*

tes écoles spécialisées soient soumises aux mêmes critères de gestion et de financement.
Troisième objectif prioritaire: le renforcement de la concurrence en Suisse. Avec l'application de la loi sur les cartels, qui est maintenant entrée en vigueur, le Conseil fédéral lancera une révision de la loi sur le marché intérieur.
Quatrième objectif: la poursuite de la réforme des chemins de fer, avec l'introduction d'une harmonisation et d'une nouvelle réglementation du financement des infrastructures en vue de garantir un accès non discriminatoire au réseau.
Cinquième objectif: la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. En 2004, le Conseil fédéral mettra en consultation un message concernant les modifications législatives nécessaires pour appliquer cette réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Il s'agit d'une modification de plus de 20 lois.
Sixième objectif: un nouveau train de réformes des assurances sociales. Nous donnerons la priorité temporelle à la réforme de l'assurance-invalidité, qui est urgente au vu du déficit de cette institution. Nous espérons que le peuple et les cantons approuveront la 11e révision de l'AVS et l'augmentation de la TVA de 1,8 pour cent, dont 1 pour cent est destiné à l'AVS et 0,8 pour cent au financement de l'AI. Si ces deux modifications sont acceptées par le peuple, le nancement de l'AVS sera assuré jusqu'en 2015 envi Nous pourrons donc lancer les travaux de la 12e révisio l'AVS pour que cette loi soit mise sous toit le plus rapi ment possible afin de créer un environnement prévis pour tous. Ensuite, si la 2e révision de la LAMal aboutit Conseil fédéral lancera la 3e révision de cette assura dans le but de freiner la hausse des coûts de la santé.
Le septième objectif concerne les relations avec l'Ur européenne. C'est l'extension des accords sur la libre ci lation des personnes aux dix nouveaux membres de l'Ur européenne. C'est l'aboutissement, si on n'y arrive pas c année – ce qui paraît de plus en plus improbable – des gociations bilatérales II et la présentation au Parlement messages concernant ces accords aussi rapidement possible.
Voilà les objectifs principaux de 2004. Comme la disposit légale ne prévoit pas de discussion sur ce point au Pa ment, nous sommes contraints d'attendre vos remarques viendront au printemps, lorsque vous discuterez de mani approfondie du programme de législature.

**Präsident** (Schiesser Fritz, Präsident): Wir danken d Bundespräsidenten für die Erklärung zu den Jahreszie 2004 des Bundesrates.

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Fortsetzung – Suite*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)

**Briner** Peter (R, SH): Es geht hier um die Nichtdiskriminierung bei der Spitalfinanzierung. Die von der Kommissionsmehrheit in Absatz 6bis vorgeschlagenen Übergangsbestimmungen vermögen insofern nicht zu befriedigen, als sie ohne sachliche Begründung und relativ arbiträr während einer Frist von nur zwei Jahren die öffentlichen und die privaten Spitäler in den kantonalen Planungen gleichstellen, danach aber nicht mehr. Der seinerzeitige Vorschlag der Verwaltung mit einer Frist von vier Jahren war zwar besser, aber es muss doch bei dieser Revision unser Ziel sein, Nägel mit Köpfen zu machen. Das heisst, dass das Prinzip der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern zu verankern ist und nicht lediglich eine Frist vorzugeben ist, die erstens einmal relativ kurz und zweitens auch etwas willkürlich ist.
Ich vertrete in dieser Sache keine persönlichen Interessen. Aber nach dem ominösen Brief des Vorstehers des aargauischen Gesundheitsdepartementes, nach diesem Ukas, müssen sich die privaten Anbieter, die immerhin gut 25 Prozent der Kapazitäten im Gesundheitswesen abdecken, dahin gehend verunsichert fühlen, als wolle man sie als unbequeme Konkurrenz durch planwirtschaftliche Verdikte ausschalten. Dabei wirkt doch der Wettbewerb in den Bereichen von Qualität und Leistung kostendämmend. Bis zum Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung, die im Grundsatz beschlos-

sen worden ist, sollte deshalb das Leistungsangebot der öffentlichen und privaten Institutionen berücksichtigt bleiben. Niemand will damit die Kantone daran hindern – es ist ganz wichtig, dass man das sagt und dass sie es wissen –, innerhalb ihres Anbieterkreises volkswirtschaftlich und gesundheitspolitisch allenfalls sinnvolle Kompetenzzentren oder Leistungsangebote aushandeln zu können. Wichtig ist dabei eben, dass wir im Grundsatz die Gleichbehandlung bis zur monistischen Spitalfinanzierung festlegen.

**Stähelin** Philipp (C, TG): Ich muss vorausschicken, dass ich zwar Mitglied der Kommission bin, bei der Debatte zu Absatz 6bis aber kurzfristig nicht anwesend war. Ich habe nachher tatsächlich mit Interesse das Protokoll dieser Sitzung gelesen und ergreife hier aus einem Grund das Wort: Nicht wegen des Antrages Briner, mit dem ich im Übrigen durchaus leben kann. Herr Briner will nun das Leistungsangebot der Privatanbieter bis zur Einführung eines monistischen Finanzierungssystems berücksichtigen. Zu diesem monistischen Finanzierungssystem hat sich der Sprecher der Verwaltung in der Kommission auch geäussert, und zwar hat er gesagt: «Wir haben bewusst nicht die Einführung des monistischen Finanzierungssystems als Deadline gewählt, weil das allenfalls eine unendliche Geschichte sein könnte.» Das darf nicht sein! Wenn die Übung so aussieht, dass quasi unsere Absicht, die monistische Finanzierung einzuführen, nicht sehr ernst genommen wird, dann muss ich persönlich, was diese Revision betrifft, irgendwann noch einmal über die Bücher gehen. Für mich geht es hier wirklich nur um einen Schritt, der aber zur monistischen Finanzierung hinführen muss. Ich bitte hier doch um Klarheit, dass das, was wir zur monistischen Finanzierung – die jetzt nicht zur Debatte steht, das ist mir bewusst –, aber auch bei den Übergangsbestimmungen festgelegt haben, nicht nur ein Lippenbekenntnis darstellt.
Ich kann, wie gesagt, mit dem Antrag Briner leben, gerade weil er die monistische Finanzierung noch einmal erwähnt. Dabei bin ich mir auch bewusst, dass dies natürlich umgedreht werden könnte in der Richtung, dass ja die Privatkliniken hier dann berücksichtigt wären und sie demzufolge gar kein Interesse mehr daran hätten, dass mit der Einführung der monistischen Finanzierung vorwärts gemacht würde. Ich glaube aber, dass diese Gefahr nicht besteht, weil die Privatkliniken hier auch ein grosses Interesse haben.
Gleichzeitig wäre da die umgekehrte Interessenlage aller Kantone. Ich kann also mit diesem Vorschlag leben, auch aus einem anderen Grund: Aus der Fassung der Kommissionsmehrheit mit den zwei Jahren könnte man ja eher noch ableiten, dass zwei Jahre lang keine Änderungen an der Planung der Kantone vorzunehmen seien, und das wollen wir alle ja auch nicht. Ich gehe davon aus, dass mit der Formulierung, die wir jetzt gefunden haben, keine Verpflichtung verbunden ist, unter Berücksichtigung dessen, dass das ja im Grunde genommen nichts anderes darstellt, als was wir in Artikel 39 ohnehin schon festgehalten haben.
Ich kann mich also dem Antrag Briner anschliessen.

**Jenny** This (V, GL): Als Mitglied der Kommission möchte ich Sie bitten, dem Antrag Briner zuzustimmen.
Die Übergangsbestimmung in Absatz 6bis vermag insofern nicht zu befriedigen, als die öffentlichen und privaten Spitäler in den kantonalen Planungen nur während zwei Jahren einander gleichgestellt werden. Es müsste jedoch das Ziel des Parlamentes sein, die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern als Prinzip zu verankern und nicht nur für eine relativ kurze Übergangszeit. Die Art der Trägerschaft darf doch kein Grund für eine Ungleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern sein. Die bisherige Diskriminierung der Privatspitäler, welche mehrheitlich von öffentlichen Beiträgen ausgeschlossen waren, ist stossend. Mit dem Antrag der Mehrheit bleibt dies stossend. In einem freiheitlichen Wirtschaftssystem kann es doch nicht angehen, dass nur die Trägerschaft – und ausschliesslich die Trägerschaft! – darüber entscheidet, ob öffentliche Gelder zur Verfügung stehen oder nicht. Wir sollten von diesem verfehlten System abrücken; das erreichen wir mit dem Antrag Briner. Die Ungleichbehandlung verursacht kostensteigende Wettbewerbsverzerrungen, und das kann nicht im Gesamtinteresse unseres Gesundheitswesens sein.
Deshalb möchte ich Sie bitten, dem Antrag Briner zuzustimmen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Votanten Jenny, Stähelin und Briner wollen inhaltlich genau dasselbe wie die Kommissionsmehrheit. Herr Briner nimmt dafür eine kleine Modifikation vor. Wir alle haben erkannt, dass in der schwierigen Zeit, die angebrochen ist, in der Spitäler geschlossen werden müssen und die Spitalbettenzahl reduziert werden muss, die Kantone versuchen, die Privatspitäler aus der engen Kurve zu drängen. Wir wollen nichts anderes als eine Warntafel und Leitplanken in diese gefährliche Kurve setzen, damit kantonale Gesundheitsdirektoren nicht der Versuchung erliegen, das zu tun, was sie, entgegen dem klaren Sinn und Wortlaut des Gesetzes, angekündigt haben. Nun streicht Herr Briner lediglich die Befristung. Warum haben wir eine Befristung festgesetzt? Zuerst ist es eine Übergangsbestimmung, und jeder Übergang ist zeitlich zu beschränken. Darum haben wir eine Zweijahresfrist festgesetzt. Zwei Jahre haben wir mit einer sehr knappen Mehrheit von 4 zu 3 Stimmen relativ lustlos normiert. Damit soll aber keine inhaltliche Änderung vorgenommen werden. Wir erwarten die Revisionsvorlage zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung im Jahr 2006, was mit der Befristung um zwei Jahre ab Inkrafttreten der vorliegenden Bestimmung zeitlich aufgehen würde. Die Befristung indessen ist für diese Bestimmung ohne prioritäre Bedeutung, sie ist nebensächlich. Wenn wir sie streichen, handeln wir uns kaum negative Folgen ein. Die Spitalfinanzierung muss neu geregelt werden, und es besteht überhaupt kein Anlass, sie hinauszuzögern, auch wenn die Befristung hier gestrichen ist. Wenn Sie also mich persönlich fragen – ich kann nicht für die Kommission selber sprechen –, antworte ich: Wenn der Antrag Briner in die Kommission getragen würde, würde ihm sehr viel Sympathie entgegengebracht. In diesem Sinn ist es kein Unglück, wenn Sie ihm folgen – absolut nicht!

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Du point de vue strictement juridique, je dois dire que je partage l'opinion exprimée par M. Studer, selon laquelle cette proposition, que ce soit dans la version de la majorité de la commission ou dans la version de la proposition Briner, n'est pas décisive puisqu'elle n'a pas de caractère contraignant. Et il existe déjà un article 39 alinéa 2 de la loi qui prescrit que les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate dans le cadre de la planification hospitalière.
Et cela, c'est aussi la réponse à M. Jenny. Il existe déjà une disposition dans la loi qui prévoit que l'on doit tenir compte des organismes privés. Il y a aussi une jurisprudence du Conseil fédéral qui dit que la suppression des surcapacités hospitalières ne doit pas concerner seulement les hôpitaux privés, mais aussi les hôpitaux publics. En ce sens, les hôpitaux privés ne doivent pas être désavantagés par rapport aux hôpitaux publics.
J'ai appris lors de mon voyage en Chine que, comme disait Mao, les poissons ne survivent pas dans l'eau distillée. Par conséquent, même si c'était juridiquement parfait d'y renoncer, nous sommes dans un monde imparfait. Ce n'est pas de l'eau distillée que nous consommons, c'est de l'eau qui porte toutes les richesses de notre société. C'est la raison pour laquelle il faut parfois des dispositions politiques. La concrétisation de cette nécessité selon la majorité de la commission ou selon M. Briner, c'est une disposition politique qui est justifiée par des déclarations, notamment celle du canton d'Argovie, qui avait déclaré qu'il voulait favoriser les hôpitaux publics ou subventionnés par rapport aux hôpitaux privés.
Finalement, la proposition de la majorité de la commission est un compromis entre la proposition Spoerry et rien, et on

a déjà fait un pas assez important. Mais de là à privilégier les hôpitaux privés, comme certains donnent le sentiment de le vouloir, c'est un pas qui va trop loin.
On peut par conséquent admettre une certaine limitation dans le temps. Cela dit, ce serait juste de le faire jusqu'au moment où le financement moniste est introduit.
Je réponds à M. Stähelin qu'il y a d'autres dispositions qui invitent le Conseil fédéral à présenter un projet de financement moniste. Il n'est pas nécessaire de rappeler à chaque étape de la modification de la loi l'invitation à créer un système de financement moniste, ce d'autant moins qu'il faut bien reconnaître que les perspectives sont très aléatoires. Personne ne peut promettre que la loi aura un accueil extraordinaire au Parlement à la fin de cette session. Personne ne peut prévoir quelle sera l'issue de la votation populaire dans une année si le référendum, qui est annoncé de tous côtés, réussit. Personne ne peut savoir quel sera le climat au moment de cette votation! Si le climat pousse à l'échec de la loi, ce n'est pas le financement moniste qu'on introduira en priorité et extrêmement rapidement, parce que c'est quelque chose d'énorme. Il faudra probablement faire d'autres modifications avant d'en arriver au financement moniste.
Nous espérons donc que la perspective d'aboutir est proche, mais nous ne sommes pas du tout sûrs que nos espoirs seront réalisés. Par conséquent, dire: «jusqu'à l'introduction d'un système de financement moniste», ça peut être encore un bon bout de temps. Et durant ce bon bout de temps, faire, même pour des raisons politiques, le contraire de ce que veut le canton d'Argovie, c'est-à-dire privilégier les hôpitaux privés par rapport aux hôpitaux publics, c'est quelque chose qui, à notre avis, va un peu trop loin.
Nous ne voulons pas que les hôpitaux privés soient défavorisés, mais nous pensons qu'il n'est pas non plus juste de les favoriser par trop, d'autant plus que la réalité montre que les hôpitaux privés ne sont pas défavorisés dans la pratique. Les statistiques qui ont été établies par l'Office fédéral de la statistique montrent que, durant ces dernières années, le nombre de journées dans les hôpitaux publics ou subventionnés a diminué régulièrement, alors que le nombre de journées dans les hôpitaux privés a légèrement augmenté. C'est dire que, dans les faits, ces hôpitaux ne sont pas dans des situations telles qu'ils auraient besoin d'un traitement d'urgence, pour prendre un terme médical.
Finalement, c'est la capacité d'un hôpital à fournir les prestations qui est le critère déterminant pour que les cantons attribuent ou non l'autorisation de pratiquer aux frais de l'assurance-maladie, et il ne doit pas y avoir de considérations protectionnistes. Finalement, si la loi passe, la concurrence entre hôpitaux sera favorisée par la réforme du financement, et là, les hôpitaux publics pourront jouer dans

03.3571

## Motion SGK-SR (00.079). Neuordnung der Pflegefinanzierung
## Motion CSSS-CE (00.079). Réforme du financement des soins

Einreichungsdatum 21.10.03
Date de dépôt 21.10.03
Ständerat/Conseil des Etats 04.12.03
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

---

**Präsident** (Schiesser Fritz, Präsident): Der Bundesrat ist bereit, die Motion entgegenzunehmen.

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Ich habe gestern im Rahmen der Vorlage 00.079 erläutert, dass diese Motion Teil unseres Konzeptes ist, die Pflegetarife auf dem heutigen Stand einzufrieren, die Revision aber sehr rasch vorzulegen, zu den Rahmenbedingungen, wie sie die Motion formuliert. Der Bundesrat hat sich bereit erklärt, die Motion entgegenzunehmen. Wir danken ihm dafür.

*Überwiesen – Transmis*

03.060

## Berufliche Vorsorge. Sanierungsmassnahmen
## Prévoyance professionnelle. Mesures d'assainissement

*Erstrat – Premier Conseil*

Botschaft des Bundesrates 19.09.03 (BBl 2003 6399)
Message du Conseil fédéral 19.09.03 (FF 2003 5835)
Ständerat/Conseil des Etats 04.12.03 (Erstrat – Premier Conseil)

---

**David** Eugen (C, SG), für die Kommission: Das Gesetz, das Ihnen vorliegt, geht zurück auf die Schwierigkeiten der Pensionskassen betreffend die Deckungslücken, die sich in den zwei vergangenen Jahren gebildet haben. Diese Deckungs-

03.061

## Freihandelsabkommen zwischen den Efta-Staaten und Chile. Genehmigung
## Accord de libre-échange entre les Etats de l'AELE et le Chili. Approbation

*Erstrat – Premier Conseil*

Botschaft des Bundesrates 19.09.03 (BBl 2003 7113)
Message du Conseil fédéral 19.09.03 (FF 2003 6517)
Bericht APK-NR 20.10.03
Rapport CPE-CN 20.10.03
Bericht APK-SR 30.10.03
Rapport CPE-CE 30.10.03
Nationalrat/Conseil national 08.12.03 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 11.12.03 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

---

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Auch hier haben Sie einen Bericht der Aussenpolitischen Kommission erhalten. Die Aussenpolitische Kommission beantragt einstimmig, dem Bundesbeschluss zuzustimmen. Ein anderer Antrag ist nicht gestellt.
Herr Bundesrat Deiss verzichtet auf das Wort.

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

**Bundesbeschluss zum Freihandelsabkommen zwischen den Efta-Staaten und der Republik Chile sowie zum Landwirtschaftsabkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Chile**
**Arrêté fédéral concernant l'accord de libre-échange entre les Etats de l'AELE et la République du Chili ainsi que l'accord agricole entre la Confédération suisse et la République du Chili**

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress, Art. 1, 2**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule, art. 1, 2**
*Proposition de la commission*
Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 03.061/113)
Für Annahme des Entwurfes .... 123 Stimmen
(Einstimmigkeit)

00.079

## Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
## Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 16.09.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 03.12.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 04.12.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 08.12.03 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 15.12.03
Ständerat/Conseil des Etats 16.12.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.12.03 (Differenzen – Divergences)

---

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: Le chantier de la révision de la LAMal me fait penser à l'intervention d'un député au Grand Conseil vaudois qui demandait si l'on aurait un jour le privilège de voir la cathédrale de Lausanne pendant quelques mois sans échafaudages. Pour la loi sur l'assurance-maladie, les échafaudages sont mobiles, mais jamais au repos. Nous nous devons de mettre cette révision sous toit, alors même que la révision suivante est déjà en gestation et que des initiatives sont en mesure de venir améliorer ou chambarder le tout.
Entamée comme une révision partielle sur le financement des hôpitaux, cette aventure a occupé les commissions respectives du Conseil des Etats et de notre conseil, ainsi que les plénums, pendant d'innombrables heures depuis la sortie du message du Conseil fédéral, daté du 18 septembre 2000. Il restera des frustrations. Il restera des impressions d'inachevé, et pour cause! puisque le travail continue. Il n'est même pas sûr que les aménagements sur lesquels nous nous mettrons d'accord permettent de substantielles économies. Mais certains problèmes urgents seront réglés et des directions seront données qui nourriront les prochains travaux d'une révision qui se doit d'être permanente, mais ponctuée par des points à la ligne. Nous ne pouvons pas nous permettre de débattre d'une loi sans jamais la changer. L'évolution de la société et des coûts demande ces adaptations permanentes.
C'est pourquoi je vous recommande, au nom de la commission, de faire tout ce qui est possible pour adopter une fois cette loi, en sachant qu'elle n'a rien de définitif et que vous pourrez encore vous éclater sur ce sujet une fois que la loi révisée aura remplacé celle du 18 mars 1994. Nous devons

éviter que le mieux devienne l'ennemi du bien. Nous devons éviter de laisser des aspérités trop rugueuses qui donnent prise à un référendum. Nous ne devons toutefois pas voter une loi qui soit stérilisée au sens médical du terme et qui n'apporte rien à la marche du système. Je compte sur vous pour atteindre l'objectif d'éliminer les divergences avec le Conseil des Etats lors de cette session encore.

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: Ich möchte nach diesen einleitenden Worten von Herrn Fattebert auf eine Grundsatzdiskussion eingehen, die sich in unserer Kommission vor allem im Bereich der Mengen- und Kostenlenkung in Auseinandersetzung mit der überarbeiteten Fassung des Ständerates noch einmal ergeben hat. Hier ging es vor allem um folgende Grundsatzfrage: In welcher Weise kann das jetzt von National- und Ständerat grundsätzlich beschlossene System der Ärztenetze, die Budgetverantwortung zu übernehmen haben, in ein Verhältnis, in eine Verbindung zur Lockerung des Vertragszwanges gebracht werden?
Hier ist die Ausgangssituation eine klare: Wir sind mit stetig überdurchschnittlich wachsenden Kosten des Gesundheitsleistungsmarktes konfrontiert. Wir sind – das ist einer der Gründe – in einem Anbietermarkt, wo auf der Basis von garantierten Tarifen ein Ausgleich von Angebot und Nachfrage nicht oder nicht ausreichend funktionieren kann. Der ausschliessliche Marktmechanismus ist hier die falsche Antwort auf diese schwierige Situation der überdurchschnittlichen Mengen- und Kostenentwicklung.
Es gibt im Grunde genommen drei Wege der Kostenlenkung. Wenn wir einmal davon ausgehen, dass der reine Marktmechanismus die Mengen und die Kosten nicht disziplinieren kann, bleibt als der andere Pol der Möglichkeiten die Globalbudgetierung. Sie spielt im stationären Bereich – in der Kompetenz der Kantone – nicht schlecht. Aber hier handelt es sich meistens um staatliche Leistungserbringer. Ich meine, dass für diesen Paradigmenwechsel der dritte Weg begangen werden soll – das ist auch der Weg des National- und des Ständerates –, der dritte Weg der Selbstregulierung: Leistungserbringer und Versicherer haben gemeinsam eine Mengen- und Kostenverantwortung zu übernehmen.
In diesem Zusammenhang hat sich immer wieder die Frage gestellt, was dann eigentlich unter Budgetverantwortung zu verstehen sei. In einem Budgetvertrag handeln Ärztenetze und Versicherer ein Budget für Patientinnen und Patienten aus, die einem Netz angeschlossen sind. Das Budget entspricht den zu erwartenden Kosten eines vergleichbaren Kollektivs in der traditionellen Versorgung, vermindert um das Einsparziel. Das Netz muss alle grundversicherten Leistungen anbieten. Es kann auf der anderen Seite auch ausserkantonale Leistungserbringer ins Angebot nehmen. Nach Auffassung von National- und Ständerat – das ist eine gemeinsame konzeptionelle Überzeugung – bedeutet das nicht eine erhebliche Einschränkung der freien Arztwahl, sondern ist eher eine Aufwertung der Arztwahl, weil es mit dem Einbezug ausserkantonaler Leistungserbringer über die kantonalen Grenzen hinaus wirkt.
Nun wird man sagen können, diese Ärztenetze gebe es schon. Aber es gibt sie eben nur mit einem schlecht funktionierenden Mechanismus, und sie haben sich vor allem nicht flächendeckend durchgesetzt, weil die Anreizstrukturen, die richtigen Anreize für alle Partner in diesem Bereich fehlen. Die Versicherer sagen, die Prämienrabatte schmälerten das wirtschaftliche Ergebnis, der Anreiz für solche Ärztenetze sei nicht gross genug. Bei den Patienten gibt es die grosse Gefahr der Risikoselektion, wenn diese Ärztenetze nur einen Teil der Population abdecken. Nur wenn sie sich flächendeckend durchsetzen, sind die Anreize gross genug, dass auch die Versicherten in diese Ärztenetze gehen. Schliesslich ist bei den Leistungserbringern der Anreiz zurzeit am geringsten, weil die Beteiligung an einem Ärztenetz nicht mit dem Zugang zur Grundversicherung verbunden ist, sondern weil wir das System der Vertragsfreiheit haben.
Deshalb ist es die gemeinsame Überzeugung von National- und Ständerat, dass wir ein Konzept der Ärztenetze mit Budgetverantwortung in Verbindung bringen müssen mit der Einschränkung oder der Lockerung des Vertragszwanges. Die ständerätliche Konzeption besteht darin, diesen Vertragszwang so zu lockern, dass einerseits Zulassungsverträge für den Zugang zur Grundversicherung notwendig sind, dass aber andererseits die Beteiligung an einem Ärztenetz mit Budgetverantwortung auch die Hürde schafft, um über die Grundversicherung abrechnen zu können.
Dann bleibt noch die Frage, die wir aber erst in Artikel 64 diskutieren, ob die Anreize für die Versicherten über einen differenzierten Prämienrabatt oder einen differenzierten Selbstbehalt zu schaffen sind. Die Entscheidung ist bei diesem Artikel zu treffen.
Ich komme zum Schluss, was diese konzeptionelle Diskussion betrifft: Die Medien haben gesagt, das sei eine ganz kleine Reform und ein ganz kleiner Schritt in Richtung Lockerung des Vertragszwanges. Ich bin der Auffassung: Das ist ein Paradigmenwechsel, weil es uns mit diesem Konzept erstmals gelingt, Leistungserbringer und Versicherer ins gleiche Boot zu bringen und sie zu zwingen, Mengen- und Kostenverantwortung zu übernehmen. Deshalb kann ich Ihnen hier auch sagen, dass in dieser noch einmal geführten Grundsatzdiskussion der konzeptionelle Weg der Ärztenetze mit Budgetverantwortung mit grosser Mehrheit, mit eindeutiger Mehrheit, so beschlossen worden ist. Wir haben aber in Bezug auf Einzelfragen – diese werden schon bei Artikel 13 kommen – Unterschiede, die jetzt im Differenzbereinigungsverfahren zu bereinigen sind.

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 13 Abs. 2 Bst. f**
*Antrag der Kommission*
f. .... Absatz 2 anbieten. Der Bundesrat kann Ausnahmen bestimmen.

**Art. 13 al. 2 let. f**
*Proposition de la commission*
f. .... et 62 alinéa 2. Le Conseil fédéral peut définir les exceptions.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 23a**
*Antrag der Kommission*
Festhalten
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 25 Abs. 2 Bst. e, f; 29 Abs. 2 Bst. b**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 25 al. 2 let. e, f; 29 al. 2 let. b**
*Proposition de la commission*
Maintenir

**Borer** Roland (V, SO): Ich bitte Sie, in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe e an der nationalrätlichen Version festzuhalten.
Der Ständerat führt hier im Zusammenhang mit den Leistungen nach KVG einen neuen Begriff ein: den Begriff des so genannten Basis-Service. Es ist ein Fakt, dass unter diesem Begriff Basis-Service alle etwas anderes verstehen. Der Begriff ist nirgendwo definiert, und deshalb ist eigentlich der Nationalrat in der letzten Lesung zum Schluss gekommen, dass man die Leistungsdefinition unter diesem Buchstaben unter den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung subsumieren soll.
Wir sind der Meinung, dass dies klarer ist. Man weiss, welche Leistungen im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung anfallen. Wir bitten Sie deshalb, hier nicht einer

neuen Begriffsdefinition zuzustimmen, sondern am Bewährten festzuhalten. Es gibt ja nicht sehr viel Bewährtes in diesem Gesetz. An dem, was einigermassen brauchbar ist, sollten wir aber festhalten und hier nicht neue Unsicherheiten schaffen, die dann zusätzlich zu Unklarheiten führen werden.
Wir bitten Sie also, am nationalrätlichen Entscheid festzuhalten.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: A l'article 25 alinéa 2 lettre e, le Conseil des Etats maintient la formulation: «le séjour à l'hôpital avec un service de base».
La commission du Conseil national veut préciser: «le séjour à l'hôpital pour des prestations médicales et des soins dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins».
Je vous rappelle que l'article 25 traite des prestations générales en cas de maladie et de la prise en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire. La volonté de votre commission est de préciser et de sécuriser. Il y a aussi un certain pléonasme avec le titre.
Je dois donc, au nom de la commission, vous recommander de maintenir la divergence.
Personnellement, je suis plutôt d'avis que c'est un point sur lequel nous pourrions céder.

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: In den Literae e und f von Artikel 25 Absatz 2 sind zwei Punkte zu behandeln: Im Zusammenhang mit der Frage, ob wir von «Spital» oder von «Spital mit Basis-Service» sprechen sollen, hält die Kommission mit klarer Mehrheit an der nationalrätlichen Fassung – der klareren Fassung – und am Verzicht auf einen unbestimmten, schwer bestimmbaren Begriff «Spital mit Basis-Service» fest. In Bezug auf die Geburtshäuser, die der Ständerat nicht als Leistungserbringer aufnehmen will, ist die Kommission mit 16 zu 6 Stimmen zur Überzeugung gekommen, hier daran festzuhalten, dass die Geburtshäuser als Leistungserbringer ins KVG aufgenommen werden, und zwar im Wesentlichen aus folgenden Gründen:
Geburtshäuser sind ja anerkannte und vom jeweiligen Kanton zugelassene Einrichtungen der Geburtshilfe. Ihre Zulassung – das ist die klare oder die mehrheitlich klare Auffassung der Kommission – beeinflusst die Mengenentwicklung nicht: Die Zahl der Geburten wird nicht grösser, wenn wir die Geburtshäuser in diesem Bereich als Leistungserbringer anerkennen. Auf der anderen Seite ist es so, dass Geburtshäuser von den Kosten her sehr günstig arbeiten, weil sie den ärztlichen oder gynäkologischen Beistand eben nur bei Bedarf, vor allem im Notfall, beiziehen. Wir sind auch der Auffassung, dass damit für die zu gebärenden Kinder keine Risiken verbunden sind.
Diese Einrichtungen haben sich bewährt. Sie sind also ein Instrument der Kosteneinsparung und nicht der Mengenausweitung, und sie sollten deshalb nach Auffassung der Mehrheit, der klaren Mehrheit der Kommission, unbedingt im Leistungskatalog des KVG neu berücksichtigt werden. *(Teilweiser Beifall)*

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Das Wort hat Herr Bundespräsident Couchepin – zum letzten Mal nach den Kommissionssprechern. Aufgrund des neuen Ratsreglements wird er zukünftig vor den Kommissionssprechern sprechen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Sur deux points, nous sommes plutôt d'avis que vous devriez vous rallier à la solution du Conseil des Etats. Il n'y a pas de proposition de minorité, par conséquent, je m'exprime plus pour le Bulletin officiel car, puisqu'il n'y a pas de minorité, tout le monde se ralliera certainement à la proposition de la commission.
En ce qui concerne, à l'article 25 alinéa 2 lettre e, la notion de séjour à l'hôpital: si vous lisez la décision du Conseil national, vous constaterez que pour définir une prestation, on utilise à nouveau le terme de «prestation». Alors ça pose quand même un problème: une prestation qui est une prestation, c'est quelque chose qui, du point de vue de la logique, pose un problème. Par ailleurs, la version du Conseil national est restrictive. Elle ne se réfère qu'aux prestations médicales et aux soins. Par conséquent, elle exclut des prestations comme celles du pharmacien ou du physiothérapeute, ce qui n'est probablement pas le but de la commission.
Monsieur Jost Gross a dit que la notion de séjour à l'hôpital avec un service de base n'est pas définie. Il a raison, ce n'est pas défini dans la loi. Par contre, le rapporteur de la commission au Conseil des Etats – auteur de cette proposition – a défini ce qu'il fallait entendre par «service de base» lors de la première délibération et nous pouvons pour cela nous référer au Bulletin officiel du Conseil des Etats.
En ce qui concerne le deuxième élément de cet article, l'article 25 alinéa 2 lettre f, nous sommes d'avis que là aussi, il faudrait se rallier au Conseil des Etats. Nous avons tous beaucoup de sympathie pour les maisons de naissance. L'accouchement dans une maison de naissance est d'ailleurs pris en charge par l'assurance obligatoire de base à ce jour, mais seulement au titre de prestation ambulatoire. La décision du Conseil national va au-delà et voudrait que l'on prenne en charge aussi le séjour.
Pourquoi est-ce que nous ne souhaitons pas que cette prestation soit reprise dans la loi?
Nous pensons en effet que les maisons de naissance devront être établies près d'un hôpital parce que, s'il y a un pépin, il faudra pouvoir rapidement transporter la future parturiente ou la parturiente dans un hôpital. Ensuite, il faudra introduire les maisons de naissance dans les planifications cantonales, notamment dans le cadre de la planification des besoins. Enfin, le Conseil fédéral devra aussi, si vous maintenez la divergence et que cette version l'emporte, subordonner l'admission des maisons de naissance dans une telle liste au respect d'un certain nombre d'exigences – j'ai cité la proximité d'un hôpital.
J'ai été président du conseil d'administration d'un hôpital. Le risque de devoir fermer la division gynécologie – ce qui entraîne souvent la fermeture de la division pédiatrie – était permanent, parce que le nombre de naissances ne justifiait qu'à peine le maintien de cette prestation. Dans une région périphérique, si, en plus des divisions pédiatrie et gynécologie, il y a une maison de naissance à proximité de l'hôpital, le risque est grand que ni l'une ni l'autre des offres ne soient utilisées de façon suffisante et justifiable économiquement et qu'on soit obligé de fermer l'hôpital. Et s'il y a fermeture de l'hôpital, cela entraîne celle de la maison de naissance qui est à proximité et qui a besoin de l'hôpital pour les cas difficiles.
En ville, cela ne pose pas de problème, mais dans les régions périphériques, cela en pose un. Il y aura probablement des effets pervers que nous ne percevons pas aujourd'hui, soit la fermeture de la division gynécologie dans des hôpitaux régionaux, ce qui n'est pas le but de l'opération. Je le répète: en ville, cela ne pose aucun problème, et je considère volontiers que c'est même un progrès; dans les régions périphériques, c'est certainement plus difficile de dire que c'est toujours un progrès.

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35 Abs. 1 Bst. b, c, Abs. 1bis, 1ter, 1quater, 1quinquies, 1sexies**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 35 al. 1 let. b, c, al. 1bis, 1ter, 1quater, 1quinquies, 1sexies**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35 Abs. 2 Bst. i**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 35 al. 2 let. i**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 35a; 35b**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 38**
*Antrag der Kommission*
Festhalten
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 39 Abs. 3bis**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 39 al. 3bis**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 41 Abs. 1, 2 Bst. b**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 41 al. 1, 2 let. b**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 46 Abs. 5; 49 Abs. 8**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 46 al. 5; 49 al. 8**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 49a**
*Antrag der Mehrheit*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*
(Fasel, Bortoluzzi, Humbel Näf, Meier-Schatz, Robbiani, Zapfl)
Festhalten

**Art. 49a**
*Proposition de la majorité*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*
(Fasel, Bortoluzzi, Humbel Näf, Meier-Schatz, Robbiani, Zapfl)
Maintenir

**Fasel** Hugo (G, FR): In Artikel 49a wird definiert, was «stationär» und was «ambulant» ist. Wenn wir die Lösung des Nationalrates anschauen, dann stellen wir fest, dass dort das, was als stationär gilt, eher offener formuliert ist. Wenn wir – und das ist der Grund, warum ich hier einen Minderheitsantrag gemacht habe – die Lösung des Nationalrates unter Kostenaspekten beurteilen, unter dem Aspekt der Kosten für den Versicherten, dann sehen wir, dass die Lösung des Nationalrates grosszügiger ist und besser für die Versicherten. Das heisst, bei dieser Lösung werden die Kantone eher etwas mehr belastet, die Versicherten hingegen weniger. Das ist auch der Grund, weswegen ich den Minderheitsantrag gestellt habe.
Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Dans cette affaire, on se dispute sur des notions qui sont très difficiles à définir. Et nous pensons qu'aucune des deux propositions de définition du traitement hospitalier ne permet une séparation idéale et stricte des traitements hospitaliers et ambulatoires. A notre connaissance, même dans la théorie, il n'existe pas de définition stricte.
En 1991, dans son message, le Conseil fédéral avait d'ailleurs déjà eu l'occasion d'indiquer que chacun sait par expérience que le critère temporel des 24 heures n'est pas absolu et qu'il faut renoncer à délimiter des notions telle que celle du traitement hospitalier de façon trop rigide dans le temps.
Le choix de l'une ou l'autre proposition de définition a surtout son importance sur le plan de la répartition du financement entre les cantons et l'assurance de base.
La solution du Conseil national prévoit une répartition du financement entre l'assurance de base et les cantons qui correspond mieux à ce que souhaitait le Conseil fédéral dans son message. Cela étant, il faut maintenant voir les avantages de l'autre solution.
Le critère de la nuit utilisé dans la décision du Conseil des Etats est plus clair que celui du caractère planifié du traitement et de la nécessité d'une infrastructure hospitalière figurant dans la solution du Conseil national. Il faut voir cependant qu'avec la solution du Conseil des Etats, un même traitement pourrait être dans certaines circonstances hospitalier et dans d'autres ambulatoire, selon l'heure à laquelle il a été entrepris.
Cela étant, il faut choisir et nous nous rallions à la majorité de la commission, qui recommande de s'en tenir à la solution du Conseil des Etats. Il ne s'agit pas là de quelque chose d'essentiel. Il s'agit d'un choix et je crois qu'il n'est pas nécessaire de maintenir une divergence sur ce point, tout en étant conscient que les deux solutions ne sont pas parfaites – c'est le moins qu'on puisse dire. Il s'agit, comme l'a dit Monsieur Fasel et comme on l'a dit en commission, plus d'une répartition différente du financement entre l'assurance de base et les cantons que d'un problème important en soi.

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: Hier beantragt Ihnen die Kommission mit 11 zu 5 Stimmen bei 2 Enthaltungen, sich dem Ständerat anzuschliessen. Die Mehrheit ist der Auffassung, es handle sich bei dieser Umschreibung um die übliche Umschreibung, wie man sie auch in vielen Tarifverträgen finde, man halte hier am tarifarischen Status quo fest. Die Mehrheit ist der Auffassung, dass in der nationalrätlichen Fassung, die entscheidend darauf abstellt, dass sich die Behandlung im Rahmen der Spitalinfrastruktur abspielt, die Unsicherheiten in der Auslegung grösser sind als zu definieren, wann die Nacht beginnt und wann sie aufhört.
Die Minderheit Fasel, Sie haben es gehört, befürchtet Auswirkungen auf die Prämienzahler. Es ist klar: Wenn man den Begriff der stationären Behandlung restriktiver umschreibt, dann entlastet man tendenziell die Kantone und belastet tendenziell die Patienten stärker. Die Mehrheit aber ist der Auffassung, die ständerätliche Fassung entspreche dem tarifarischen Status quo.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Minderheit .... 94 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 61 Stimmen

**Art. 62 Abs. 1, 2 Bst. c, 3**
*Antrag der Kommission*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 62 al. 1, 2 let. c, 3**
*Proposition de la commission*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 64 Abs. 2, 3**
*Antrag der Kommission*
Festhalten

**Art. 64 al. 2, 3**
*Proposition de la commission*
Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 65**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 1bis*
.... Vermögens und der Anzahl Kinder nach Absatz 1septies.
*Abs. 1quater*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 1septies*
Unabhängig von der obersten Einkommenskategorie nach Absatz 1 ist die Prämie des zweiten Kindes um die Hälfte und die jedes weiteren Kindes zu 100 Prozent reduziert.

*Antrag der Minderheit*
(Egerszegi, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Guisan, Markwalder Bär, Triponez)
*Abs. 1bis*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 1septies*
Streichen

*Antrag Guisan*
*Abs. 1septies*
Im Rahmen der in Absatz 1 Buchstabe b festgelegten Kategorie ist die Prämie des zweiten Kindes um die Hälfte und die jedes weiteren Kindes zu 100 Prozent zu reduzieren.

*Eventualantrag Meyer Thérèse*
*Abs. 1septies*
Bis zu einem Einkommen, das dem Sechsfachen der jährlichen AHV-Höchstrente entspricht, ist die Prämie des zweiten Kindes um die Hälfte und die jedes weiteren Kindes zu 100 Prozent reduziert.

**Art. 65**
*Proposition de la majorité*
*Al. 1bis*
.... droit cantonal et du nombre d'enfants des familles selon l'alinéa 1septies.
*Al. 1quater*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 1septies*
Indépendamment de la catégorie de revenu la plus élevée selon l'alinéa 1quater, le deuxième enfant doit bénéficier d'une réduction de la moitié de la prime, les suivants de la gratuité.

*Proposition de la minorité*
(Egerszegi, Borer, Bortoluzzi, Fattebert, Guisan, Markwalder Bär, Triponez)
*Al. 1bis*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 1septies*
Biffer

*Proposition Guisan*
*Al. 1septies*
Dans le cadre de la catégorie définie à l'alinéa 1er lettre b, le deuxième enfant doit bénéficier d'une réduction de la moitié de la prime, les suivants de la gratuité.

*Proposition subsidiaire Meyer Thérèse*
*Al. 1septies*
Jusqu'à un revenu équivalent à six fois la rente AVS annuelle maximum, le deuxième enfant doit bénéficier d'une réduction de moitié de la prime, les suivants de la gratuité.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Hier geht es um die Prämienverbilligung. Es ist so, dass die Familien am meisten unter der Prämienlast leiden, die ihnen das Krankenversicherungsgesetz auferlegt. Auf der andern Seite haben wir tatsächlich nur einen gewissen Betrag zur Verfügung, den wir aufteilen können. Wenn wir jetzt, wie das die Mehrheit wünscht, diesen Betrag auf alle Kinder, egal wie die wirtschaftlichen Verhältnisse ihrer Eltern sind, verteilen, dann erhalten Kinder, deren Eltern das nicht einmal spüren, einen Zustupf. Deshalb haben wir die Minderheit gebildet.
Wir bitten Sie, hier dem Ständerat zu folgen. Es heisst schon etwa, Liebe mache blind. Hier geht es um die Liebe in der Politik zu den Kindern, zu den Familien mit Kindern. Aber ich bitte Sie, hier nicht einfach mit der Giesskanne alle Kinder zu berücksichtigen, sondern Kinder, deren Eltern es nötig haben, deren Eltern das wirklich auch brauchen können: Dann machen wir wirksame Familienpolitik. Ich bitte Sie hier im Namen der Minderheit, die wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern gemäss Ständerat mit einzubeziehen.
Die andern Anträge, die ein bestimmtes Höchsteinkommen festsetzen wollen, bis zu dem Eltern noch etwas erhalten, lagen noch nicht vor. Der Minderheit ist es bewusst, dass nachher der Bundesrat auf dem Verordnungsweg eine solche Limite festsetzen muss.
Im Namen der Minderheit: Stimmen Sie also dem Ständerat zu.

**Guisan** Yves (R, VD): Ma proposition vient en complément de l'intervention que vient de développer Mme Egerszegi, à savoir que – sans rappeler l'ensemble du débat – nous avons quand même une certaine obligation morale à respecter dans ce cadre les engagements pris le printemps dernier à l'occasion du débat sur l'initiative populaire «La santé à un prix abordable» (00.046). Nous devons donc aller à la rencontre des familles et proposer des allègements pour les enfants.
Toutefois, la proposition de la majorité de la commission et la proposition subsidiaire Meyer Thérèse ont le défaut rédhibitoire du principe de l'arrosoir et de mettre au bénéfice de réductions potentielles pour enfants des familles très aisées. Ce mode de faire représente des sommes loin d'être négligeables pour les cantons. Nous avons parlé de quelque 25 millions de francs pour le seul canton de Vaud. Or ce montant serait réduit des deux tiers si nous mettions une limite à ce genre de prestations. Dans la formulation que je vous propose, la limite serait celle qui figure à l'article 65 alinéa 1er lettre b et donc, cette prestation ne concernerait que les bénéficiaires d'une réduction de primes. Cela me paraît un élément très important. Je pense qu'en le faisant, on donne quand même un petit signe politique tout en restant dans la mesure de nos possibilités.
Il s'agit là d'une proposition «mitoyenne» qui a l'avantage d'être raisonnable et que je vous propose d'approuver.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Je dois vous signaler que c'est la quatrième fois que je suis devant vous pour parler de la réduction des primes pour les familles, puisque notre conseil a déjà accepté trois fois le principe de réduire les primes de moitié pour le deuxième enfant et de la gratuité dès le troisième enfant. Le Conseil des Etats l'avait aussi accepté, mais il nous a demandé de pouvoir faire une modification rédactionnelle, à la faveur de laquelle l'article a été biffé.

La commission, vous le verrez, a opté pour un système qui permet de baisser la prime pour le deuxième enfant et d'accorder la gratuité à partir du troisième enfant pour toutes les catégories de revenus. Je l'ai déjà dit plusieurs fois à cette tribune: la famille à revenus moyens, disons la famille qui a 70 000 à 80 000 francs et trois à quatre enfants, est la plus mal lotie au point de vue du pouvoir d'achat. Ceci nous a touchés. En outre, le taux de natalité est très bas en Suisse. Sur 534 000 familles avec enfants, seules 90 000 ont trois enfants et plus. Elles méritent aussi notre soutien. Il ne faudrait donc pas que des couples renoncent à avoir un enfant pour des raisons de coût trop élevé de l'assurance-maladie.
Notre conseil avait accepté ces propositions à une confortable majorité. Je vous ai expliqué pourquoi je suis de nouveau devant vous pour la même question.
Notamment à la suite de critiques de la part de Mme Egerszegi, qui disait que des gens à revenus très élevés pourraient profiter de cette disposition, j'ai déposé une proposition subsidiaire qui fixe une limite supérieure au revenu des familles qui pourraient avoir accès à cet allègement. C'est un mécanisme facile puisque le revenu est indexé automatiquement par un multiple de la rente maximum AVS. Ce mécanisme permettrait aux familles qui ont un revenu compris entre 60 000 et 70 000 francs et entre 140 000 et 150 000 francs de bénéficier aussi de cette aide. Vous pouvez avoir des familles qui ont 120 000 francs de revenu, quatre ou cinq enfants, et qui, à cause du plafonnement de l'aide en vertu de l'article que notre conseil a adopté, n'auraient pas droit à un allègement.
Des promesses avaient été faites avant les élections pour soutenir un système de prime par tête supportable pour les personnes à revenus modestes, mais aussi pour les familles à plusieurs enfants. Maintenant, les élections sont passées, mais les familles restent avec leurs problèmes de primes très élevées.
Je vous demande donc de soutenir au moins cette proposition subsidiaire si vous ne donnez pas votre aval à la proposition de la majorité de la commission. Notre conseil, je vous l'ai dit, s'est déjà prononcé plusieurs fois favorablement dans ce sens.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Comme l'a dit Madame Meyer, ce n'est pas la première fois que l'on aborde cette problématique. Je crois qu'elle est relativement simple. Il y a un montant à disposition et il faut savoir comment le répartir.
Madame Meyer voudrait qu'une partie du montant à disposition soit attribuée aux familles avec enfants, indépendamment du revenu. Le Conseil des Etats dit: «L'argent disponible est réduit. Par conséquent, il faut viser à atteindre les plus faibles économiquement et ne pas distraire même un montant relativement faible pour favoriser des familles qui n'auraient pas de besoins matériels ou en tout cas moins de besoins matériels.» Madame Meyer est consciente du problème puisqu'elle présente une proposition subsidiaire qui cherche à répondre à cette remarque critique en proposant de limiter à un certain revenu cette prestation complémentaire.
Il faut rappeler que, dans la pratique, cette loi a ce qu'on appelle un but social. Avoir un but social signifie que, lorsqu'un certain pourcentage de revenus affecté à l'assurance-maladie est dépassé, on a droit à des subsides. Si vous avez plusieurs enfants, par définition votre prime d'assurance sera plus élevée et vous atteindrez plus rapidement la limite supérieure du but social. Par conséquent, de ce fait, vous serez libéré du paiement des primes plus rapidement. Il y a donc un mécanisme intégré dans le système qui fait qu'on tient compte du nombre d'enfants. Tout le monde est conscient qu'au cours des années à venir, on aura de la peine à augmenter les subsides pour l'assurance-maladie. Aujourd'hui, les choses paraissent encore relativement faciles et on peut se dire qu'il est possible de distraire quelques dizaines de millions de francs pour aider les familles qui en ont besoin, mais qui contribuent à l'avenir de notre société en mettant au monde des enfants. Mais à l'avenir, on risque d'avoir des problèmes plus graves si les coûts de la santé continuent à augmenter, car nous n'avons pas de mécanismes qui nous permettent de bloquer ou de réduire les coûts de la santé de manière rapide.
C'est la raison pour laquelle nous concluons en disant que le mieux est l'ennemi du bien, qu'il faut s'en tenir plutôt à la solution du Conseil des Etats et concentrer les moyens disponibles sur ceux qui en ont réellement besoin.
La proposition subsidiaire Meyer Thérèse est meilleure que la proposition de la majorité de votre commission qui, elle, voudrait que tous les enfants, quel que soit le niveau de revenus des parents, soient bénéficiaires de ces prestations.

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Die SVP-Fraktion stimmt dem Antrag der Minderheit zu.

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: Es geht hier um die Frage, unter welchen Voraussetzungen ab dem zweiten Kind die Prämie reduziert bzw. ab dem dritten Kind keine Prämie mehr bezahlt werden sollen. Es gibt hier zwei sich diametral gegenüberstehende Fassungen.
Die eine – der die Kommission mehrheitlich, mit 8 zu 7 Stimmen bei 4 Enthaltungen, zugestimmt hat – ist die: Diese Prämienreduktion bzw. -befreiung ist als familienpolitische Massnahme zu verstehen und grundsätzlich zu gewähren; dies in der Auffassung, dass eben vor allem Familien mit Kindern durch die enorm gewachsene Prämienbelastung in den letzten Jahren die Leidtragenden waren.
Die gegenteilige Auffassung: Die knappe Minderheit geht mit dem Ständerat davon aus, man solle diese zusätzliche Vergünstigung – Prämienreduktion, Prämienbefreiung für Kinder – nur solchen Familien zukommen lassen, die auch die Voraussetzungen für eine Prämienverbilligung erfüllen, also nach dem Bedarfsprinzip. Hier ist die Minderheit auch wieder der Auffassung, dass sie sagt: Wenn diese Mittel nicht nur den sozial bedürftigen Familien zugute kommen, dann fehlen sie nachher im allgemeinen System, im Pool der Prämienverbilligung.
Weiter haben wir zwei vermittelnde Lösungen in Einzelanträgen, die versuchen, einen Mittelweg zu gehen, was in der Kommission nicht diskutiert wurde: Der Eventualantrag Meyer Thérèse stand zwar nicht zur Diskussion, aber er lag der Kommission vor. Es wurde darüber nicht abgestimmt. Dort ist ja die Meinung, dass man die Begrenzung nach oben so erreichen soll, dass man diese Vergünstigung nur jenen Familien mit Einkommen bis zum Sechsfachen der jährlichen AHV-Höchstrente zukommen lässt.
Der Ansatz des Antrages Guisan ist folgender: Er möchte die Prämienreduktion bzw. -befreiung von vornherein nur bestimmten Kategorien in beschränkten wirtschaftlichen Verhältnissen nach Artikel 65 Absatz 1 Buchstabe b zukommen lassen; also auch hier ein Versuch, von der Giesskanne wegzukommen. Das will ja die Minderheit bzw. ihr Vorwurf an die Mehrheit ist die Giesskanne, wobei natürlich bei diesen Einzelanträgen nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, welche Auswirkungen sie dann auf die soziale Situation der Familien haben.
Ich beantrage Ihnen bei der Fassung der Mehrheit zu bleiben.

*Erste Abstimmung – Premier vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 90 Stimmen
Für den Antrag Guisan .... 88 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 92 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 90 Stimmen

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Damit entfällt die Abstimmung über den Eventualantrag Meyer Thérèse.

**Art. 66 Abs. 2**
*Antrag der Mehrheit*
.... der jährlichen Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch den Bundesrat jährlich festgesetzt.

*Antrag der Minderheit*
(Guisan, Egerszegi, Fattebert, Markwalder Bär)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 66 al. 2**
*Proposition de la majorité*
.... des coûts annuels dans l'assurance obligatoire des soins.

*Proposition de la minorité*
(Guisan, Egerszegi, Fattebert, Markwalder Bär)
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Guisan** Yves (R, VD): La majorité de la commission aimerait donc biffer que la participation de la Confédération tienne compte des moyens financiers dont elle dispose.
J'aimerais quand même faire un peu l'histoire de la participation de la Confédération aux coûts de la santé. Une participation directe avait été décidée par le conseiller fédéral Hans Peter Tschudi il y a probablement trente ans; c'était dans les années soixante et quelques. C'était une participation individuelle, par homme, par femme et par enfant, en fonction des coûts de la santé. Cette opération s'était traduite par une progression des dépenses fédérales telles qu'autour de l'année 1987, il avait fallu mettre un stop impératif à cette participation fédérale et la plafonner par la voie d'un arrêté fédéral urgent. Cela avait été le départ de toute la remise en question de la LAMA et de la mise sur pied progressive de la LAMal que nous connaissons maintenant.
Est-ce qu'il est raisonnable d'avoir une participation fédérale en fonction des coûts seulement? Peut-être que cela incite les offices fédéraux à intervenir dans la gestion de l'assurance-maladie et à se montrer particulièrement rigoureux. Mais faut-il que ce mécanisme fonctionne de cette manière-là? Avec l'évolution des coûts que nous connaissons, les moyens de la Confédération risquent d'être rapidement dépassés, ce qui obligera à nouveau à des interventions autoritaires du type loi urgente. Il y aura certainement la nécessité de prendre des mesures restrictives impératives. Mais, à mon avis, cela ne doit pas se faire par le biais de lois urgentes, mais beaucoup plus par le biais d'un débat démocratique structuré, surtout en prenant en compte le fait que ces questions-là ont une implication éthique et sociale absolument considérable.
Je pense, par conséquent, au moment où nous rencontrons des difficultés financières absolument considérables, au moment où nous prenons des mesures drastiques qui ont des conséquences extrêmement significatives sur toute une série de situations, en particulier pour les handicapés, que de dire que la participation doit être en fonction des coûts sans tenir compte des moyens de la Confédération, c'est du populisme. Je suis persuadé qu'avec l'évolution qui va se poursuivre et qui est incontournable pour des raisons démographiques et d'amélioration de la technologie médicale, l'OFAS et le futur service de la santé publique fédéral révisé vont de toute façon être obligés de se pencher sur la question et de rechercher des solutions.
Mais plutôt que de recourir une fois encore à des mesures qui seront urgentes et qui, par définition, auront un côté arbitraire, il est préférable d'en rester à la décision du Conseil des Etats, et donc de limiter la participation fédérale en fonction de ses moyens.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Cher collègue, vous parlez de populisme par rapport à cette adaptation parce qu'elle ne tiendrait pas compte des finances de la Confédération. Pour les assurés et pour le porte-monnaie des assurés, à partir du moment où l'on introduit le principe de la réduction des primes pour les assurés économiquement modestes, on essaie de compenser la perte financière subie par les ménages à cause de la LAMal. Ne pensez-vous pas qu'en mettant des cautèles de ce type on est en incohérence avec le principe même de la subvention aux assurés économiquement modestes?

**Guisan** Yves (R, VD): Je ne crois pas qu'on est en incohérence. Je crois qu'en faisant des propositions de ce type-là, on fait des promesses qu'on ne peut pas tenir. Par conséquent, c'est un miroir aux alouettes. C'est pour ça que je ne pense pas qu'il soit pertinent de maintenir une proposition de ce type-là dans la loi.

**Borer** Roland (V, SO): Die SVP-Fraktion wird hier klar die Mehrheit unterstützen. Wir haben zwar wahrscheinlich nicht genau die gleichen Gründe wie die Vertreter der SP, aber wir wollen in diesem Bereich dem Grundsatz nachleben: Wer befiehlt, der beteiligt sich auch prozentual korrekt an den Mehrkosten, die er befiehlt.
Bis anhin war das nicht so. Das Departement konnte den Leistungskatalog ausbauen, konnte neue Leistungen als Pflichtleistungen in die Grundversicherung übernehmen, ohne sich nur einmal darüber Gedanken zu machen, dass diese Kosten auch bezahlt werden müssen. Wir sind dezidiert der Meinung, dass es nicht Aufgabe des Departements sein kann, ohne Rücksicht auf die Finanzlage des Bundes und ohne Rücksicht auf die Finanzlage der Kantone jährlich wieder Mehrleistungen in den Grundversicherungskatalog einzubauen.
Genau dieses Feigenblatt will eigentlich die Minderheit hier dem Bundesrat geben. Er kann dann nach wie vor immer wieder erklären, wie sozial er ist, wie sehr er doch will, dass jeder Mensch möglichst alle Leistungen haben kann, ob gefragt oder nicht. Auf der anderen Seite kann er dann sagen, bezahlt werde es mittels der Krankenversicherungsprämie. So geht es nicht weiter. Wenn der Bundesrat den Ausbau des Leistungskatalogs zulässt, dann kann er sich nicht aus der Verantwortung hinausschleichen und sich nicht an den Kosten beteiligen.
Es kommt dazu, dass der Antrag der Mehrheit, wie er hier formuliert ist, verhindert, dass es im Bereich der Prämienverbilligung schlussendlich eine kalte Progression gibt, indem die Prämienverbilligung immer gleich bleibt, obwohl die Kosten, die die Familien belasten, immer zunehmen werden. Das wollen wir auch noch verhindern. Es geht nicht, dass man immer nur von Sozialzielen spricht – auch in den bürgerlichen Parteien – und dann diese nicht umsetzt. Wir sind der Meinung, das Parlament und der Bundesrat müssten hier in die Pflicht genommen werden und an die Kosten, die sie befehlen, auch ihren Anteil bezahlen.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Die FDP-Fraktion unterstützt hier ganz klar die Minderheit, denn der Bund ist nicht allein für die Kosten treibenden Faktoren zuständig, sondern die Kantone sind ebenfalls dafür zuständig. Wenn wir den TarMed umsetzen, wird es dort einen Kostenschub geben. Deshalb sind wir nicht bereit, die Beiträge prozentual einfach immer ansteigen zu lassen.
Aus diesem Grund unterstützen wir hier die Minderheit.

**Borer** Roland (V, SO): Frau Kollegin Egerszegi, Sie sagen völlig zu Recht, die Kantone seien auch verantwortlich. Aber Sie wollen ja zulassen, dass sich die Kantone aus der Verantwortung stehlen können. Wenn Sie unsere Mehrheit unterstützen, zwingen Sie eben die Kantone, kostenbewusst zu denken. Oder sehe ich das falsch?

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Es sind nicht nur die Kantone, sondern auch die anderen Leistungserbringer, die jeder für sich kostenbewusster werden sollten. Wenn wir das nur auf Bundesebene machen, ist es so, dass wir auf der einen Seite den Hahn schliessen und dann auf der anderen Seite die Brause losgeht; das habe ich in den letzten acht Jahren begriffen. So kommen wir im Gesundheitswesen nicht weiter.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Je pense que vous vous attendez – ce qui est la réalité – à ce que le représentant du Conseil fédéral vous invite à tenir compte de l'état des finances de la Confédération et des cantons. Le contraire serait étonnant et incohérent.
1. La majorité de la commission veut que l'évolution des subsides soit seulement fonction de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, avec l'argument qui a été développé par Monsieur Borer que quelques coups de baguette magique de la part de la Confédération suffiraient à réduire ces coûts. Monsieur Borer évoque notamment le catalogue des prestations. Personne ne peut affirmer que le catalogue des prestations ne comprend pas aussi quelques prestations auxquelles on pourrait renoncer. Mon intention, c'est de demander à une commission d'experts de revoir le catalogue des prestations pour éliminer les prestations qui seraient peut-être superfétatoires ou en tout cas pas indispensables.
Ce qui est vrai, par contre, c'est que davantage encore que le catalogue des prestations, ce qui fait problème, c'est la quantité de chaque prestation. Le problème, ce n'est pas la largeur de l'offre des prestations, c'est d'abord l'épaisseur des prestations utilisées. En d'autres termes, une prestation est peut-être justifiée, mais ce qui est ennuyeux, c'est qu'elle est répétée; elle est proposée plusieurs fois alors qu'une seule fois suffirait. Et ce problème, vous ne le résolvez pas en supprimant quelques prestations. Il faut réussir à peser aussi sur l'épaisseur, sur le nombre de prestations qui sont offertes.
2. Les prestations hospitalières dépendent des cantons. Or ici, on veut faire supporter par la Confédération l'adaptation des subsides sans tenir compte du fait qu'une partie des responsabilités incombe à d'autres partenaires. C'est la raison pour laquelle je crois que la main droite ne peut pas ignorer ce que fait la main gauche. Durant les prochaines semaines, vous aurez souvent à débattre de l'état des finances fédérales et tout ce que l'on donnera en plus ici devra être enlevé ailleurs en fonction des dispositions constitutionnelles que le peuple a votées et que nous devons respecter en fonction même du serment que nous avons prêté, qui est de respecter la Constitution.
En conclusion, introduire une disposition disant qu'il faut tenir compte de l'évolution des coûts et de la situation financière de la Confédération et des cantons, c'est quelque chose qui relève du bon sens politique. C'est la raison pour laquelle nous sommes d'avis que la solution du Conseil des Etats, reprise par la proposition Guisan, est mieux adaptée à l'évolution actuelle.

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: Die Kommission hat sich mit 12 zu 5 Stimmen klar für die vorliegende Fassung ausgesprochen. Ich habe als Kommissionssprecher das Vergnügen, weitestgehend mit den Ausführungen einig zu gehen, die Herr Borer gemacht hat.
Es geht nicht an, dass wir ein Sozialziel in der 2. KVG-Revision festlegen und die erforderlichen Mittel, um das Sozialziel zu erreichen, nicht bereitstellen und vor allem unter Umständen in Kauf nehmen, dass diese Beiträge von Bund und Kantonen nicht der tatsächlichen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen folgen. Das würde dazu führen, dass die Frustration der prämiengeplagten Bevölkerung noch grösser würde. Wir haben schon in den letzten Jahren festgestellt, dass sich Bund und Kantone aus der Finanzierungsverantwortung für die soziale Krankenversicherung ein Stück weit zurückgezogen haben. Das schlägt sich dann direkt in den Prämien der Versicherten nieder.
Wir haben in den letzten Jahren Kostensteigerungen von zwischen 5 und 10 Prozent gehabt. Wir wollen das im Grunde genommen nicht; ich gestehe das auch der Minderheit zu. Aber der Unterschied ist, dass die Minderheit die aus der Sicht der Mehrheit unnötige Leerformel «unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes» in den Text einbauen will. Es ist eine Leerformel, weil sie zu nichts verpflichtet, aber auch zu nichts berechtigt. Die Kommissionsmehrheit meint, ehrlicher sei es, den Leuten zu sagen: Wir wollen die Kosten im Gesundheitswesen lenken. Wenn es aber weiter zu Steigerungen der Kosten im Gesundheitswesen kommt, dann müssen wir auch bereit sein, über die Prämienverbilligung die entsprechenden Mittel durch den Bund zu beschliessen und auch die Kantone, die die Bundesbeiträge teilweise nicht abholen, zu zwingen, dass sie ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen.
Stimmen Sie deshalb der Mehrheit ohne diese Leerformel «unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes» zu.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 128 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 42 Stimmen

**Ziff. II Übergangsbestimmungen**
*Antrag der Mehrheit*
*Abs. 6bis*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Abs. 13*
.... Departement festgesetzten Tarife pro Stunde und pro Tag (bezogen auf Pflegebedarfsstufen) nicht überschritten werden. Vorbehalten bleiben die vom Departement festzulegenden Anpassungen.

*Antrag der Minderheit*
(Rossini, Bruderer, Fasel, Goll, Gross Jost, Gyr, Heim Bea, Rechsteiner-Basel)
*Abs. 6bis*
Streichen

**Ch. II dispositions transitoires**
*Proposition de la majorité*
*Al. 6bis*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
*Al. 13*
Tant que la prise en charge des coûts des prestations de soins ambulatoires, de soins à domicile ou de soins dans les établissements médicosociaux ne fait pas l'objet d'une nouvelle réglementation dans la loi, les tarifs par heure et par jour (en relation avec les niveaux de soins requis) fixés par le département sur la base de l'article 104a ne peuvent pas être dépassés. Sont réservées les adaptations à fixer par le département.

*Proposition de la minorité*
(Rossini, Bruderer, Fasel, Goll, Gross Jost, Gyr, Heim Bea, Rechsteiner-Basel)
*Al. 6bis*
Biffer

**Rossini** Stéphane (S, VS): La disposition transitoire qui nous est présentée ici peut être considérée à la fois comme anachronique, mais également comme franchement arrogante. On pensait avoir tout vu dans la révision de la LAMal, mais je pense que cette fois-ci on pousse le bouchon un petit peu trop loin et qu'on introduit dans cette proposition des éléments qu'on a toujours promis comme étant des éléments qui reviendraient dans la troisième révision. On nous parle de système de financement moniste, on nous parle d'ordre concurrentiel, et en plus on veut privilégier les cliniques privées. Alors pourquoi cette proposition est-elle, selon nous, anachronique?
D'abord parce qu'elle est en parfaite contradiction avec le message du Conseil fédéral sur la révision de cette loi. Au-delà de l'appréciation qu'on peut avoir – et la gauche était contre cette interprétation de l'arrêté du Tribunal fédéral –, on a décidé de mettre sur pied d'égalité hôpitaux publics subventionnés et établissements privés. A partir de là, on procède à un transfert des assurances complémentaires sur les pouvoirs publics et on souhaite maintenant que les cantons fassent enfin oeuvre de planification.
On exige des cantons qu'ils planifient parce qu'on a considéré, du haut de la sphère bernoise, que les cantons ne faisaient rien, ce qui était particulièrement douteux dans notre

analyse, soit en commission soit au plénum. Et aujourd'hui, alors qu'on sait parfaitement qu'un processus de planification prend du temps, qu'un processus de planification est complexe, qu'il doit être négocié, qu'il s'inscrit dans la démocratie locale et surtout cantonale, que c'est un processus qu'en aucun cas on ne peut figer, eh bien! on a le culot, franchement l'outrecuidance, de venir nous dire, maintenant, qu'on fait une clause d'exception pour les établissements privés.
Les établissements privés ont été mis sur pied d'égalité; on va décharger les assurances complémentaires et charger les pouvoirs publics, et on voudrait encore figer la situation au 1er janvier 2003 dans le domaine de la planification, pour privilégier ces établissements.
Je crois qu'il faut être cohérent. On a fait un grand bout de chemin dans cette révision. La gauche n'y est pas du tout favorable. Mais nous entendons quand même que la planification puisse s'effectuer de manière cohérente, et surtout d'une manière intelligente et rigoureuse.
Alors s'il vous plaît, je crois que ce n'est ni le lieu ni le moment d'empêcher les cantons qui font leur boulot, et qui le font très bien, de poursuivre leur démarche avec des éléments qui sont contradictoires.
Pour terminer, j'aimerais vous rappeler qu'avec ce processus, on va générer une foule de recours, parce que bien évidemment chaque division ou chaque établissement qui ne sera pas retenu dans la planification, donc dans la liste, va faire recours. La planification hospitalière va devenir non plus un élément politique démocratique, mais un élément qui relèvera des tribunaux. Et ça, c'est inacceptable.
Je ne referai pas tout le débat qu'on a déjà fait trois ou quatre fois ici, mais je tiens quand même à relever que ce système-ci n'est pas du tout cohérent.
Comme Monsieur le président de la Confédération a évoqué tout à l'heure l'aspect de la Constitution, j'aimerais quand même rappeler qu'il existe toujours un rapport, qu'on a joyeusement marginalisé, qui nous dit que le financement moniste est anticonstitutionnel. Alors, chers collègues, le «Heimatschutz» pour les cliniques privées, laissons-le pour la 3e révision de la LAMal s'il le faut; pour l'instant, nous n'en avons pas besoin. Je crois que tout ce qui a été décidé jusqu'ici suffit.
Je vous prie de rejeter cette disposition transitoire II alinéa 6bis et de soutenir notre proposition de minorité.

**Humbel Näf** Ruth (C, AG): Die CVP-Fraktion unterstützt die Übergangsbestimmung gemäss der Fassung des Ständerates und der Mehrheit der Kommission.
Die Privatkliniken dürfen in der Übergangsphase einer neuen Spitalfinanzierung nicht vom Markt gedrängt und auch nicht diskriminiert werden. Schliesslich entsprechen die meisten Privatkliniken bisher einer bedarfsgerechten Spitalplanung und wurden von den Kantonen auf die Spitallisten aufgenommen. Es ist daher nicht einzusehen, wieso sie plötzlich von den Spitallisten gestrichen werden sollen, wenn die Kantone in die finanzielle Verantwortung mit eingebunden werden.
Gleichzeitig muss aber berücksichtigt werden, dass die Spitalplanung kein statisches Gebilde ist. Die Kantone müssen weiterhin planen und aktiv sein; das heisst, sie müssen Kapazitätsanpassungen vornehmen können. Es gibt immer noch Kantone, bei denen der Prozess des Kapazitätsabbaus noch nicht abgeschlossen oder erst am Anlaufen ist. Die Übergangsbestimmung hat daher dafür zu sorgen, dass die Kantone Anpassungen nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern und Kliniken vornehmen müssen und dass sie die privaten Kliniken nicht einfach von den Spitallisten streichen und somit auch vom Markt drängen können.
Die vorliegende Formulierung, namentlich der deutsche Text, scheint mir aber eine sehr eingeschränkte Formulierung zu sein und könnte dahin gehend interpretiert werden, dass die Spitalplanung per 1. Januar 2003 eingefroren wird und bis zur Einführung eines monistischen Finanzierungssystems keine Veränderungen vorgenommen werden dürfen, was meines Erachtens nicht vertretbar wäre. Ich bitte daher den Herrn Bundespräsidenten, die Frage zu beantworten, ob diese Übergangsbestimmung eine Weiterentwicklung der Spitalplanung und auch eine Anpassung der Spitallisten im Sinne einer Gleichbehandlung von öffentlichen Spitälern und Privatkliniken zulässt oder ob dies nicht mehr möglich sein wird.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Den Ausführungen von Frau Humbel gilt es noch beizufügen, dass der Ständerat hier eine Regelung aufgenommen hat, nachdem man festgestellt hatte, dass die Kantone dazu übergegangen waren, die Gleichbehandlung der Versicherten im stationären Bereich zu umgehen. Nachdem 1996 das Obligatorium eingeführt worden war, wäre klar gewesen, dass der Beitrag der Kantone bei stationärem Aufenthalt für alle Versicherten gleich sein müsste. Nachdem nun über Jahre gestritten worden ist, Gerichtsentscheide gefallen sind, versuchen die Kantone erneut, diesen Grundsatz zu umgehen und ihre Beiträge objektbezogen auf öffentliche Spitäler beschränkt auszubezahlen.
Der Ständeratslösung liegt die Überlegung zugrunde, dass grundversicherte Leistungen im stationären Bereich gleich behandelt werden müssen; das heisst, dass unabhängig vom Aufenthalt des Patienten dieser Sockelbeitrag ausbezahlt werden muss. Es ist vorgesehen, mit der Einführung des monistischen Finanzierungssystems im stationären Bereich in Schritten eine wettbewerbliche Ordnung einzuführen. Und diese wettbewerbliche Ordnung basiert eben nicht nur auf Planung des Staates und der Kantone, sondern auf Leistungsangeboten, auf Fallpauschalen usw. Und um diese Entwicklung nicht unnötig zu hemmen, ist es wichtig, dass die Übergangsbestimmung, wie sie der Ständerat beschlossen hat, auch von uns mitgetragen wird. Das ist der richtige Weg, um zu einem wettbewerblichen Gesundheitswesen zu kommen.

**Fasel** Hugo (G, FR): Bisher bestand, was das KVG betrifft, in diesem Saal immer Einigkeit in einem einzigen Punkt: nämlich in dem, dass wir alles tun müssen, um Spareffekte zu erzielen. Ein Schlüsselelement dafür – vielleicht sogar das Schlüsselelement – war eine gute Spitalplanung. Mit dem, was nun hier unter Artikel 6bis in den Übergangsbestimmungen vorgeschlagen wird, werden wir genau das Gegenteil tun! Wir werden mit dieser Übergangsbestimmung praktisch Artikel 39 – man kann es nicht anders sagen, faktisch ist es so –, in dem die Spitalplanung verankert ist, ad acta legen, aus dem KVG herausstreichen. Herr Rossini hat es richtig gesagt: Was wir mit dieser Übergangsbestimmung tun, ist Heimatschutz für die Privatkliniken. Das heisst, wenn künftig im Rahmen der Spitalplanung eine Privatklinik geschlossen werden soll, können wir nichts anderes erwarten als eine ganze Reihe von juristischen Interventionen. Das heisst, die Spitalplanung ist absolut unmöglich geworden.
Ich möchte auch allen hier im Saal sagen, die ein Auge für die Regionalpolitik noch ein bisschen offen haben: Vergessen Sie dann nicht – ich rede jetzt einmal von meinem Kanton – all die Privatkliniken, die mit diesem Artikel ihre Schliessung auf ewig verhindern werden! Diese werden dann dafür sorgen, dass bei einem Überangebot von Betten die Regionalspitäler schliessen werden: In den Regionen gibt es praktisch nie Privatkliniken – die wollen nur in den Zentren, in den Städten sein –, die regionalen Spitäler sind dann bekanntlich auch staatliche Spitäler. Dieser Artikel ist einer der gefährlichsten Artikel, den wir je in diesem KVG behandelt haben. Ich sage noch einmal: Er wird uns sehr teuer zu stehen kommen, weil das die Spitalplanung systematisch aushebeln wird.
Ich bitte Sie deshalb dringendst, der Minderheit Rossini zuzustimmen, um auch in der Zukunft einen sinnvollen Spareffekt zu erzielen.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Ich kann es kurz machen. Auch die FDP-Fraktion schliesst sich hier der Mehrheit

an. Entweder machen wir das jetzt, oder dann warten wir, bis wieder ein Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes gefällt wird, das genau diese Gleichstellung bewirkt. Es ist das Paraplegikerzentrum von Nottwil, das hier noch eine Beschwerde hängig hat.
Damals, bei der Einführung des KVG, war man nie der Meinung, dass der Grundsockelbeitrag nur den Grundversicherten zugute kommen sollte. Wir haben ja vor zwei Jahren in der Subkommission ganz klar gesehen, dass ein Zusatzversicherter mit seiner Prämie noch Beiträge an die andern Grundversicherten leistet. So etwas geht nicht, man muss das aufteilen. Der Grundsockelbeitrag muss allen zugute kommen, egal in welchem Spital die Person liegt.
Herr Fasel sagt zu Recht, dass dieser Systemwechsel zur monistischen Finanzierung mit der Zeit eine Spitalplanung unnötig machen wird. Das ist so, weil man dazu übergeht, dass Leistungen finanziert und nicht einfach Defizite getragen werden. Dann werden Privatspitäler und öffentlichrechtliche Spitäler die gleichen Bedingungen haben. Das wird Konsequenzen haben, aber die öffentlichen Spitäler sind an den meisten Orten für diese Öffnung, für den Wettbewerb gerüstet, sodass man das ins Auge fassen kann.
Die FDP-Fraktion unterstützt hier ganz klar die Mehrheit.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Il existe dans cette loi un article 39 qui prévoit l'égalité de traitement entre les établissements publics et les établissements privés. Alors, si on veut rajouter une disposition transitoire à cette disposition de base qui prévoit déjà l'égalité de traitement, c'est qu'on veut davantage. Et ce «davantage», c'est probablement que l'on veut protéger, voire privilégier les établissements privés. Bien sûr, si on n'avait que la disposition transitoire, avec la dernière phrase qui dit que la nature juridique de l'institution n'est pas une raison suffisante pour procéder à une inégalité de traitement, je dirais que c'est en ordre. Mais il existe cette disposition à l'article 39, et si l'on veut introduire une disposition transitoire supplémentaire, c'est qu'on veut quelque chose de plus.
Les auteurs de la proposition initiale allaient bien dans ce sens-là. Entre-temps, la proposition initiale a été transformée et est devenue ce qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire une disposition qui, probablement, privilégie les établissements privés, et pour une durée qu'on peut qualifier d'indéterminée.
L'introduction du système moniste est quelque chose auquel nous aspirons, mais ce n'est pas quelque chose de simple, et ce n'est en tout cas pas quelque chose qui est décidé dans cette loi. Par conséquent, le système moniste deviendra peut-être un jour une réalité. Et faut-il jusqu'alors qu'il y ait une disposition transitoire, pour une durée indéterminée qui sera interprétée à coup sûr par les recourants comme l'expression de la volonté du Parlement de donner, sinon une garantie, du moins une forte présomption de garantie aux établissements privés?
Tout le monde sait comment cette disposition est devenue «nécessaire»: un chef de département d'un canton important a dit que si, dans le cadre de la planification des années à venir, il devait fermer une institution, il fermerait par principe une institution privée. Ce n'est pas correct: il faut fermer institutions privées ou institutions publiques en fonction de critères objectifs et non pas simplement en fonction de la nature juridique de l'établissement.
D'où réaction au Conseil des Etats de députés qui ont dit qu'il fallait donc, pour répondre à la déclaration de ce conseiller d'Etat, introduire une disposition qui protège les établissements privés de manière simple. Cela avait été fait par l'administration en proposant de limiter à deux ans ce privilège. Ce serait un privilège évident: pendant deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, on n'aurait pas la possibilité de fermer un établissement privé. Après, ce sont les règles de l'article 39 qui s'appliqueraient.
Deux ans, c'est pas mal! Parce que, même si cette loi est acceptée – ce que je souhaite, bien sûr – au Parlement et lors de la votation populaire qui aura lieu à la fin de l'année prochaine, elle n'entrera en vigueur qu'en 2006, probablement. 2006 plus deux ans, cela fait 2008. Cela fait que les établissements privés seraient à couvert durant quatre ans au moins. Entre-temps, ils auraient le temps de faire la preuve qu'ils sont nécessaires dans le cadre des planifications cantonales.
Le Conseil des Etats est allé plus loin et a voulu fixer comme limite le moment de l'introduction du système de financement moniste. A notre avis, cela va trop loin, cela devient un privilège qui ne correspond plus à un risque réel et cela ne paraît pas souhaitable. Nous restons partisans, vu l'atmosphère tendue dans ce domaine, d'une disposition transitoire, mais valable deux ans, au maximum quatre ans. Or l'actuelle disposition adoptée par le Conseil des Etats ne fixe pas de délai puisque le système de financement moniste ne viendra pas de sitôt. J'espère qu'il viendra le plus tôt possible, mais personne ne peut dire quand il viendra.
C'est la raison pour laquelle je suis d'avis qu'il faut soutenir la minorité Rossini, non pas parce que Monsieur Rossini est valaisan, mais parce qu'il a dit quelque chose de bon sens. De la sorte, il y aura une divergence et on pourra trouver une solution plus adéquate et qui correspondra mieux à l'équité que la décision du Conseil des Etats qui entraîne un véritable risque de privilégier les institutions privées par rapport aux institutions publiques.

**Fattebert** Jean (V, VD), pour la commission: La planification hospitalière a essentiellement pour but d'utiliser les structures en place de la meilleure manière possible, quel que soit leur statut. Ce serait un gaspillage que de l'ignorer. Nous voulons toutes et tous ici limiter les coûts; veillons donc à rationaliser au mieux et, encore une fois, à utiliser les structures en place.
L'arrêt du Tribunal fédéral est clair en l'occurrence: c'est l'un des piliers de cette révision. Il n'y a pas présomption de garantie pour les établissements privés puisque tous les établissements sont mis sur un pied d'égalité. En outre, le système moniste n'est pas limité concernant sa date d'introduction, cela a été dit, mais on indique une direction. Monsieur le président de la Confédération a dit qu'il souhaitait son introduction le plus tôt possible et que cela ne serait pas de sitôt. Je crois que ces dispositions transitoires sont une incitation à aller dans cette direction et que cette révision de loi repose sur plusieurs incitations. C'est une bonne chose.
Je vous recommande donc de suivre la majorité de la commission.

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: Bei dieser Bestimmung, die eine Schicksalsbestimmung für die Zukunft der Spitalplanung sein könnte, ist mit 9 zu 8 Stimmen eine denkbar knappe Mehrheit für die ständerätliche Fassung zustande gekommen. Deshalb erlaube ich mir, die Gründe der Mehrheit und der Minderheit darzustellen.
Ich muss aber zunächst daran erinnern, dass der Ständerat ursprünglich eine andere Übergangsbestimmung beschlossen hat, die durchaus diskutabel gewesen wäre und die vielleicht in der Differenzbereinigung wieder eine Rolle spielt. Sie lautete so: Die Kantone berücksichtigen während zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung das Leistungsangebot der öffentlichen und privaten Spitäler auf dem Stand 1. Januar 2003.
Warum ist es zu dieser Verschärfung im Ständerat gekommen? Es ist tatsächlich so, dass einzelne, ich denke, relativ unvorsichtige Gesundheitsdirektoren privaten Spitälern die Streichung von der Spitalliste angedroht haben, wenn dieses Gesetz in Verbindung mit der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Wirkung trete. Das hat dann eben auch den Ständerat veranlasst zu sagen, man müsse hier die Bestandesgarantie noch schärfer und vor allem mit einem unbestimmten Zeitpunkt festlegen. Zum Zeitpunkt: Diese Bestandesgarantie soll aufrechterhalten werden bis zur Einführung des monistischen Finanzierungssystems. Ich möchte in diesem Zusammenhang an etwas erinnern, was als Signal an die privaten Trägerschaften wichtig ist. Wir haben schon in Artikel 39 Absatz 1 Buch-

stabe d die Verpflichtung der Kantone, private Trägerschaften angemessen in die Planung mit einzubeziehen.
Die Minderheit vertritt demgegenüber die Auffassung, hier eine Übergangsbestimmung unüblicherweise mit einem unbestimmten Zeitpunkt, nämlich der Einführung des monistischen Finanzierungssystems, zu verbinden – ein System, das politisch nicht völlig unbestritten ist. Das widerspreche dem Charakter einer zeitlich zu begrenzenden Übergangsbestimmung, komme einer Bestandesgarantie für die privaten Leistungserbringer auf unbestimmte Zeit gleich und widerspreche dem System der rollenden Spitalplanung.
Ich persönlich muss Ihnen sagen: Ich habe grosse Bedenken, hier dem Entscheid der Mehrheit zuzustimmen, weil er einer Aushebelung von Artikel 39, nämlich der Spitalplanung schlechthin, gleichkommt und weil ich meine, es sei im Ergebnis eine Benachteiligung der öffentlichen Spitäler.

*Abstimmung – Vote*
Für den Antrag der Mehrheit .... 99 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 78 Stimmen

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Das Wort für eine persönliche Erklärung hat Herr Dunant.

**Dunant** Jean Henri (V, BS): Gestatten Sie, dass ich noch kurz die Ansicht eines Arztes mit vierzig Jahren Erfahrung in universitärer und frei praktizierter Medizin vorbringe. Seit über sieben Jahren sind wir unbeirrt daran, ein ehemals gut funktionierendes, gerechtes, modernes und daher naturgemäss auch kostspieliges Gesundheitswesen systematisch durch viele Änderungen zu verschlechtern. Fern von jeder Beziehung zum und ohne jede Erfahrung im medizinischen Alltag werden hier Entscheide gefällt, welche ausschliesslich juristische oder finanzielle Belange berücksichtigen. Auf der Strecke bleibt zunächst das Vertrauen in unser Gesundheitswesen, namentlich auch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Anschliessend kommt es zu einer raschen Ausbreitung der Zweiklassenmedizin und schliesslich zu einem allgemeinen Rückgang der Qualität der medizinischen Versorgung.
Wir sollten den Mut haben, beim KVG eine konstruktive Denkpause einzulegen. Dieses Gesetz mit seinen multiplen Nachbesserungen hat bis jetzt nur Kostensteigerung und bei allen Beteiligten Unzufriedenheit – zum Nachteil der Patienten – gebracht. Wenn Sie schon den Kontrahierungszwang aufheben wollen, dann tun Sie es vollständig und nicht halbherzig mit Teillösungen. Wenn Sie integrierte Versorgungsnetze fordern, dann tun Sie dies bitte in der Absicht, die Zusammenarbeit und damit die Versorgungsqualität auf allen Stufen sicherzustellen, und nicht in der – pardon – naiven Vorstellung, dass bei gleich bleibender Qualität irgendetwas billiger wird.

03.3571

## Motion SGK-SR (00.079). Neuordnung der Pflegefinanzierung
## Motion CSSS-CE (00.079). Réforme du financement des soins

Einreichungsdatum 21.10.03
Date de dépôt 21.10.03
Ständerat/Conseil des Etats 04.12.03
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

---

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: Sie haben sicher gemerkt, dass das schwierige und kontroverse Thema der Pflegefinanzierung nicht mehr in dieser Vorlage enthalten ist. Auch der Ständerat hat sich der Einsicht angeschlossen, dass wir nicht mit einem Schnellschuss die schwierige Frage angehen sollten, unter welchen Umständen, unter welchen Rahmenbedingungen die Grundversicherung Beiträge an die Pflege bezahlt und wo die Kantone in die Kostenverantwortung zu nehmen sind. Dieses Geschäft ist aufgeschoben, aber gleichzeitig ist sich die Kommission auch der Dringlichkeit dieses Revisionsbedarfes bewusst. Sinn dieser Motion, wie sie der Ständerat überwiesen hat und wie sie von der nationalrätlichen Kommission in einem wesentlichen Punkt abgeändert wird, ist es – durchaus im Einvernehmen mit dem Departement und dem verantwortlichen Departementsvorsteher –, die zeitliche Kadenz zur Neuordnung der Pflegefinanzierung ganz klar zu beschleunigen, weil wir in diesem Bereich sehr rasch eine Lösung brauchen.
Der vorliegende Motionstext des Ständerates zielt durchaus in die richtige Richtung, enthält aus der Sicht unserer Kommission aber einen Satz, den diese mit ganz klarer Mehrheit, nämlich 16 zu 0 Stimmen, nicht mittragen kann. Es heisst nämlich im ständerätlichen Motionstext wörtlich: «Dabei soll grundsätzlich das von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung heute getragene Finanzierungsvolumen aufrechterhalten werden.» Dies, nachdem wir bei Absatz 13 der Übergangsbestimmungen oppositionslos dem Bundesrat die Kompetenz gegeben haben, diese Ansätze, nämlich die Maximallimiten im Bereich der ambulanten Pflege und der Heimpflege, nach oben anzupassen, wenn es die Kostenentwicklung verlangt oder wenn es aus anderen Gründen nötig ist, unter Berücksichtigung bestehender Tarifverträge. Hier soll also ein Flexibilisierungselement eingebaut werden, wobei diese Kompetenz wie schon jetzt beim Bundesrat liegt.
Deshalb übernehmen wir in der Motion der nationalrätlichen Kommission integral den Motionstext des Ständerates, aber ohne diesen Satz, der darauf hinauslaufen würde, die jetzigen Tariflimiten, die nicht mehr kostendeckend sind, auf unbestimmte Zeit einzufrieren, was viele Spitexdienste, viele stationäre Pflegeeinrichtungen vor grosse Probleme stellen und in grosse Schwierigkeiten bringen würde. Deshalb der einstimmige Antrag der Kommission – diesen Text haben Sie dann auf der folgenden Seite –, der Motion zwar grundsätzlich zuzustimmen, aber nicht Hand zu bieten für eine Einfrierung dieser Maximalansätze, weil das ganz klar zulasten der Pflegeeinrichtungen und letztlich zulasten jener Menschen ginge, die auf diese Pflege angewiesen sind.

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Die Kommission beantragt, die Motion der SGK-SR abzulehnen. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt.

*Abgelehnt – Rejeté*

03.3597

## Motion SGK-NR (00.079). Neuordnung der Pflegefinanzierung
## Motion CSSS-CN (00.079). Réforme du financement des soins

Einreichungsdatum 04.12.03
Date de dépôt 04.12.03
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

---

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Die Kommission empfiehlt hier Zustimmung. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt. Der Bundesrat ist bereit, die Motion entgegenzunehmen.

*Überwiesen – Transmis*

02.3641

## Motion SGK-NR (00.079). Allein stehende Personen in Artikel 104 KVV

## Motion CSSS-CN (00.079). Article 104 OAMal. Personnes seules

Einreichungsdatum 14.11.02
Date de dépôt 14.11.02
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

*Abstimmung – Vote*
Für Überweisung als Motion .... 137 Stimmen
Für Überweisung als Postulat .... 5 Stimmen

02.3642

## Postulat SGK-NR (00.079). Umsetzung komplexer Reformvorhaben im Gesundheitswesen

## Postulat CSSS-CN (00.079). Mise en oeuvre des projets de réforme complexes du système de santé

Einreichungsdatum 14.11.02
Date de dépôt 14.11.02
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Der Bundesrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt.

*Überwiesen – Transmis*

02.3643

## Postulat SGK-NR (00.079). Risikoausgleich. Hochkostenpool

## Postulat CSSS-CN (00.079). Compensation des risques. Pool des coûts élevés

Einreichungsdatum 14.11.02
Date de dépôt 14.11.02
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Der Bundesrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt.

*Überwiesen – Transmis*

02.3644

## Postulat SGK-NR (00.079). Bericht zur Vertragsfreiheit

## Postulat CSSS-CN (00.079). Rapport sur la liberté contractuelle

Einreichungsdatum 14.11.02
Date de dépôt 14.11.02
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Der Bundesrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt.

*Überwiesen – Transmis*

02.3645

## Postulat SGK-NR (00.079). Bericht zu einem dual-fixen Modell

## Postulat CSSS-CN (00.079). Rapport sur un modèle «dual»

Einreichungsdatum 14.11.02
Date de dépôt 14.11.02
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Der Bundesrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen. Ein anderer Antrag wurde nicht gestellt.

*Überwiesen – Transmis*

01.3742

## Motion Zisyadis Josef. Beteiligung der Kantone an den Kosten der Privat- und Halbprivatpatienten

## Motion Zisyadis Josef. Participation des cantons aux coûts des patients séjournant à l'hôpital en privé ou semi-privé

Einreichungsdatum 13.12.01
Date de dépôt 13.12.01
Nationalrat/Conseil national 08.12.03

**Präsident** (Binder Max, Präsident): Der Bundesrat lehnt die Motion ab.

*Abstimmung – Vote*
Für Überweisung der Motion .... 50 Stimmen
Dagegen .... 129 Stimmen

## Neunte Sitzung – Neuvième séance

**Dienstag, 16. Dezember 2003**
**Mardi, 16 décembre 2003**

*08.00 h*

---

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung

# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 16.09.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 03.12.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 04.12.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 08.12.03 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 15.12.03
Ständerat/Conseil des Etats 16.12.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.12.03 (Differenzen – Divergences)

---

### 1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung
### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

**Art. 13 Abs. 2 Bst. f**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 13 al. 2 let. f**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 23a**
*Antrag der Einigungskonferenz*
*Abs. 1*
.... von Aufgaben im Bereich der Information und der Förderung der Selbsthilfe der ....
*Abs. 2*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 23a**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
*Al. 1*
.... dans le domaine de l'information et de l'encouragement à l'autonomie des assurés. Elle leur accorde ....
*Al. 2*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Art. 25 Abs. 2 Bst. e, f; 29 Abs. 2 Bst. b; 35 Abs. 2 Bst. i; 38; 41 Abs. 1, 2 Bst. b**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 25 al. 2 let. e, f; 29 al. 2 let. b; 35 al. 2 let. i; 38; 41 al. 1, 2 let. b**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Art. 49a**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 64**
*Antrag der Einigungskonferenz*
*Abs. 2, 3*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
*Abs. 6*
Der Bundesrat kann:
....
e. für Leistungen, die nicht im Rahmen einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41 Absatz 4 und 62 Absatz 2 erbracht werden, einen Selbstbehalt von bis zu 20 Prozent festlegen.

**Art. 64**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
*Al. 2, 3*
Adhérer à la décision du Conseil national
*Al. 6*
Le Conseil fédéral peut:
....
e. fixer, pour les prestations qui ne sont pas fournies dans le cadre d'une forme particulière d'assurance selon l'article 41 alinéa 4 et 62 alinéa 2, une quote-part jusqu'à 20 pour cent.

**Art. 65 Abs. 1bis, 1septies**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 65 al. 1bis, 1septies**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 66 Abs. 2; Ziff. II Übergangsbestimmungen Abs. 13**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 66 al. 2; ch. II dispositions transitoires al. 13**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Frick** Bruno (C, SZ), für die Kommission: Die Einigungskonferenz hat gestern getagt, und sie legt Ihnen den vorliegenden Antrag zum Beschluss vor. Auffallend in dieser Einigungskonferenz war die grosse Zahl der Differenzen. Dies rührt daher, dass aufgrund der Ablehnung durch den Nationalrat in der Gesamtabstimmung faktisch eine Runde der Differenzbereinigung wegfiel. In sechs Bereichen waren Differenzen zu bereinigen. Ich lege Ihnen die Ergebnisse dar.
Der erste Differenzbereich betrifft die Netzwerke: In der Frage der Definition der Netzwerke, in Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe f, hat sich die Einigungskonferenz der Lösung

des Ständerates angeschlossen. In der politisch bedeutsamen Frage, wie hoch der Selbstbehalt bei Netzwerken und bei der Beanspruchung von Leistungen ausserhalb eines Netzwerkes sein soll, unterbreitet Ihnen die Konferenz einen vermittelnden Antrag. Demnach soll der Selbstbehalt generell bei 10 Prozent bleiben, hingegen soll der Bundesrat die Kompetenz erhalten, den Selbstbehalt auf bis zu 20 Prozent zu erhöhen, wenn Patienten nicht eine der besonderen Versicherungsformen beanspruchen. Damit soll für den Bundesrat die Möglichkeit geschaffen werden, mit einem höheren Selbstbehalt die Netzwerke für Patienten doppelt attraktiv zu gestalten und Anreize für deren Benutzung zu schaffen, sobald die Netzwerke etabliert sind und die durch sie mögliche Kosteneinsparung ausgewiesen ist.
Der zweite Punkt betrifft die Kinderprämien: Mit sehr knapper Differenz von 12 zu 10 Stimmen hat es die Einigungskonferenz abgelehnt, die Vergünstigung der Kinderprämien ins Gesetz aufzunehmen. Der Nationalrat hatte vorgesehen, die Kinderprämie ab dem zweiten Kind um 50 Prozent und ab dem dritten Kind um 100 Prozent zu reduzieren. Der Einigungskonferenz hatte ein Vermittlungsvorschlag vorgelegen, welcher die Obergrenze des Einkommens, für welches diese Prämienvergünstigung beansprucht werden könnte, auf das Fünffache des höchsten AHV-Rentenbetrages, also auf 126 200 Franken, festgelegt hätte. Dieser Vermittlungsvorschlag hat im erwähnten knappen Stimmenverhältnis keine Gnade gefunden.
Der dritte Differenzbereich sind die Spitäler: In der Frage der Definition in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe e ist die Einigungskonferenz dem Nationalrat gefolgt. Diesbezüglich ist zuhanden der Materialien eine Klarstellung nötig. Der Wortlaut der genannten Bestimmung könnte nahe legen, dass im Spitalbereich keine Zusatzversicherungen mehr möglich seien. Das ist absolut nicht die Meinung der Einigungskonferenz und war auch nicht die Meinung des National- und des Ständerates in der Beratung. Allerdings ist der Wortlaut missverständlich. Wir stellen hiermit klar: Auch in Zukunft sollen Zusatzversicherungen im Spitalbereich möglich bleiben.
In der Frage der Geburtshäuser – gemäss Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f und mehreren anschliessenden Gesetzesbestimmungen – ist die Einigungskonferenz dem Nationalrat gefolgt. Geburtshäuser sollen also künftig ebenfalls gleich Spitälern aufgrund der Leistungspflicht der Kassen finanziert werden. Die Idee, die sich durchgesetzt hat, lautet, dass der Aufenthalt in Geburtshäusern eben in der Regel den Aufenthalt in einem regelmässig noch teureren Spital ersetzt.
In der Frage der Abgrenzung der Spitalpflege von der ambulanten Pflege in Artikel 49a ist die Einigungskonferenz dem Ständerat gefolgt. Das ist jene Lösung, welche die Kantone eher schont und die Kosten eher zulasten der Versicherer und damit auch der Prämien verlegt.
Der vierte Differenzbereich beinhaltet die Frage, ob Organisationen mit landesweiter Informationstätigkeit zugunsten von Patienten durch den Bund unterstützt werden sollen. Mit 13 zu 11 Stimmen ist die Einigungskonferenz einem Vermittlungsantrag gefolgt, welcher die Unterstützung bejaht, sie aber auf die allgemeine Informationstätigkeit beschränkt und die individuelle Beratung ausschliesst. Diese soll nicht unterstützt werden, sondern dies soll Aufgabe anderer Organisationen sein; jedenfalls sollen sie nicht mit Bundesgeldern rechnen können.
Der fünfte Bereich betrifft die Frage der Beiträge an die Pflegekosten – in den Übergangsbestimmungen, Absatz 13 –; hierin ist der Nationalrat ja bereits dem Ständerat gefolgt. Er hat allerdings im Anschluss an die hier geführte Diskussion eine Präzisierung im Text vorgenommen. Dieser Präzisierung folgt auch die Einigungskonferenz.
Der sechste Bereich umfasst die Frage, ob und wie die Finanzlage von Bund und Kantonen berücksichtigt werden soll, wenn der Bund Beiträge an die Prämienverbilligung in sein Budget aufnimmt. Die Einigungskonferenz ist mit 15 zu 7 Stimmen dem Nationalrat gefolgt. Demnach soll nach dem Gesetzestext die Finanzlage von Bund und Kantonen keine Rolle spielen, das heisst, die gesteigerten Gesundheitskosten sollen sich auch direkt in den Bundesbeiträgen an die Prämienverbilligung widerspiegeln. Die Motive, welche zu dieser Mehrheit geführt haben, waren allerdings unterschiedlich. Die einen – das ist die rechte Ratsseite – sehen den Bund in erster Linie für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen verantwortlich. Er soll über die Prämienverbilligung das Äquivalent für die Vergünstigung leisten. Die linke Ratsseite will grundsätzlich zugunsten der Patienten jede Kostensteigerung ausgleichen. Das Ergebnis ist dasselbe: Höhere Gesundheitskosten werden den Bund auch bei der Prämienverbilligung mehr kosten.
Einen weiteren Antrag hat die Einigungskonferenz nicht übernommen, nämlich die Frage einer rascheren Einführung des monistischen Systems. Auch wenn die Einigungskonferenz der Ansicht war, das monistische Spitalfinanzierungssystem müsse rasch eingeführt werden, so hat sie den Antrag aus formellen Gründen ablehnen müssen, weil in der Einigungskonferenz nur noch behandelt werden kann, was Differenz ist. In diesem Fall bestand keine Differenz. Materiell aber sind wir der Ansicht, dass möglichst rasch eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden soll, damit das monistische Spitalfinanzierungssystem sehr rasch eingeführt werden kann.
Damit ist der Abschluss einer langwierigen und auch anspruchsvollen Revision des Krankenversicherungsgesetzes möglich. In der Schlussbeurteilung dürfen wir für uns in Anspruch nehmen, dass es uns mit dieser Revision gelungen ist, in vier zentralen Bereichen die Verbesserungen auf die Schiene zu bringen: die Spitalfinanzierung, die Förderung der Netzwerke zur Kosteneinsparung, die Einführung des Vertragsprinzips und das neue System der Prämienverbilligung, welches wir als Gegenvorschlag zur SP-Initiative vor einem Jahr versprochen hatten. Allerdings müssen wir einräumen, dass der Zug wohl auf der richtigen Schiene steht, dass er aber sehr langsam fährt, unsere Schritte noch zaghaft sind. In den nächsten Jahren werden wir diese Schritte, wenn sie sich bewähren, beschleunigen müssen.
Wir bitten Sie in diesem Sinne, dem Antrag der Einigungskonferenz zuzustimmen.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: Nous arrivons à la fin d'un très long processus. Les deux étapes qu'il reste à franchir sont le vote final de votre assemblée et celui du Conseil national, et la votation populaire. C'est donc le moment de se demander si ces deux étapes peuvent être franchies avec le texte qui est maintenant issu des délibérations de la Conférence de conciliation.
Le Conseil fédéral a constaté que, sur deux points qui ne sont pas centraux, vous avez pris des décisions dont l'une a notre appui et l'autre pas.
Vous avez décidé que l'assurance obligatoire des soins doit prendre en charge les coûts du séjour en maison de naissance. Nous pensons que c'est une erreur; ce n'est pas grave, mais c'est une erreur! En effet, dans les villes, ce n'est pas un problème, puisque les maisons de naissance sont certainement complémentaires à l'offre hospitalière ou à la possibilité d'accoucher à la maison, dont il est de plus en plus rarement fait usage – j'allais dire: fort heureusement! – parce que c'est quand même quelque chose de délicat. Mais, dans des régions périphériques, si on se met à ouvrir des maisons de naissance, le nombre de naissances dans les hôpitaux va baisser et cela risquera de compromettre la survie de certains services de gynécologie d'hôpitaux des régions précitées. Or il n'est pas concevable que des maisons de naissance ne soient pas proches des hôpitaux spécialisés parce que, s'il y a un problème dans une maison de naissance, il faut avoir la possibilité de gagner assez rapidement un hôpital pour pouvoir remédier de manière plus «intensive» au problème.
Je pense que la solution que vous avez choisie est inspirée par une vision citadine des choses qui passe très bien dans une grande partie de la Suisse – et je comprends bien les gens qui habitent Genève ou Zurich et qui pensent que c'est une bonne chose –, mais dans des régions périphériques,

ça risque de créer plus de problèmes que ça n'en résout. Mais, je le redis, ce n'est pas un point central.
Deuxième décision que vous avez adoptée, qui n'est pas centrale mais que nous approuvons, c'est l'allègement ciblé des primes pour les familles avec enfants. Nous avons toujours défendu l'idée que les moyens sont limités et qu'il faut les concentrer sur les gens qui en ont réellement besoin. C'est la raison pour laquelle, malgré tout ce qu'il y a de sympathique et de positif dans l'idée de réduire les primes, voire d'exempter les familles des primes pour les enfants suivant le deuxième, indépendamment du revenu ou en fixant une limite très élevée au revenu, nous avons toujours combattu cette idée parce que les moyens à disposition ne sont pas suffisants pour faire tout le bien qu'on aimerait, et faire tout ce qui serait souhaitable. Sur ce point – qui n'est pas un point central parce que ça ne porte pas sur des sommes extraordinaires –, vous vous êtes ralliés à une solution que le Conseil fédéral approuve.
Maintenant, venons-en aux points principaux. Quels sont les principaux points positifs de la loi? Je suis d'accord avec les déclarations de Monsieur Frick. Il y a le système de financement dual des prestations, c'est quelque chose de positif; c'est réglé. Il y a l'amélioration du mécanisme de réduction des primes avec l'introduction du but social: encore faut-il avoir les moyens, dans les années qui viennent, de concrétiser les intentions qui sont déclarées aujourd'hui. Un pas est fait dans le sens de la liberté de contracter dans le domaine ambulatoire: c'est, je crois, une bonne chose, avec une restriction en ce sens qu'on a introduit – et j'y ai contribué – un système relativement compliqué. Mais probablement que, pour ce premier pas, il était nécessaire d'introduire toute une série de restrictions, sans quoi on aurait eu une opposition frontale difficile à combattre lors des votations. Ensuite, vous avez introduit des incitations en faveur de systèmes de «managed care» qui sont certainement positives.
Face à cela, il y a quelques désavantages qui rendront la campagne de votation difficile – je ne veux pas dire impossible, mais très difficile.
A la fin de l'exercice, on n'a pas économisé. On a l'espoir, comme l'a dit Monsieur Frick, que l'introduction des réseaux de soins coordonnés permettra des économies. Mais on peut avoir un moyen d'aboutir à des économies sans aboutir à des économies, et on ne pourra pas prétendre, durant la campagne électorale, que cette loi entraîne immédiatement des économies. Ce serait faux! Elle prévoit – c'est positif – des possibilités d'économies, mais ne permet pas d'économiser. Or les gens – les citoyennes et les citoyens – souhaitent des moyens d'économiser – en tous les cas une partie de l'année, quand on annonce les primes; après, ils souhaitent plutôt l'extension des prestations. Mais durant la période où on parle des primes pour l'année suivante, ils sait pas comment ça fonctionne. On sait qu'il y a de très bonnes perspectives dans le développement des réseaux de soins coordonnés. Mais de là à passer de la possibilité d'introduire de tels réseaux à l'obligation pour les assureurs d'en offrir dans l'ensemble de la Suisse, avec un type particulier de responsabilité – la «responsabilité financière» –, c'est un pas qui rend à mon avis la campagne difficile, voire impossible.
Il faut se demander quelle serait l'alternative: soit le Parlement refuse la loi, soit le peuple la refuse. La seule solution – sauf changements radicaux, qui ne sont pas possibles dans l'atmosphère actuelle –, c'est de présenter des propositions sectorielles – une modification de la loi portant sur le financement des hôpitaux; puis une modification sur des points particuliers – et de renoncer à essayer de faire ce qu'on a fait avec courage, mais peut-être aussi avec témérité, soit une révision qui essaie de régler autant de problèmes que le projet en discussion.
Personnellement, je crois que la décision prise par la Conférence de conciliation de suivre la solution du Conseil des Etats à l'article 13 est probablement la chose la plus délicate, voire la plus dangereuse lorsqu'on ira devant le peuple. Je défendrai le projet du Parlement avec engagement, mais je pense que les chances de succès de ce projet devant le peuple ne sont pas très bonnes.

*Angenommen – Adopté*

## 03.054

## Stiftung Bibliomedia. Finanzhilfe 2004–2007

## Fondation Bibliomedia. Aide financière 2004–2007

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

Botschaft des Bundesrates 10.09.03 (BBl 2003 6215)
Message du Conseil fédéral 10.09.03 (FF 2003 5661)
Nationalrat/Conseil national 01.12.03 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 16.12.03 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 17.12.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 18.12.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 19.12.03 (Schlussabstimmung – Vote final)
Ständerat/Conseil des Etats 19.12.03 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses 1 (BBl 2003 8209)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2003 7479)

---

rem Einver-
i, ein, in sei-
uptdifferenz,

iegende Ge-
eichzeitig in
esehen, die-
behandeln.
lle, gesetzli-
ar es nötig,
esbeschluss
en, sondern
tzt auf den
Artikel 69 –,
ungsbestim-
ndesverfas-
Form eines
ie in dessen
ristet. Es ist
nahmen ge-
tz abzustüt-

00.079

# Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung
# Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement des hôpitaux

*Differenzen – Divergences*

Botschaft des Bundesrates 18.09.00 (BBl 2001 741)
Message du Conseil fédéral 18.09.00 (FF 2001 693)
Bericht SGK-SR 10.09.01
Rapport CSSS-CE 10.09.01
Ständerat/Conseil des Etats 03.10.01 (Erstrat – Premier Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.01 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 29.11.01 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 09.12.02 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 11.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 12.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 13.12.02 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 13.03.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 20.03.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 18.06.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 16.09.03 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 03.12.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 04.12.03 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 08.12.03 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 15.12.03
Ständerat/Conseil des Etats 16.12.03 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 17.12.03 (Differenzen – Divergences)

---

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**
**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

**Art. 13 Abs. 2 Bst. f**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 13 al. 2 let. f**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 23a**
*Antrag der Einigungskonferenz*
*Abs. 1*
.... von Aufgaben im Bereich der Information und der Förderung der Selbsthilfe der ....
*Abs. 2*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 23a**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
*Al. 1*
.... dans le domaine de l'information et de l'encouragement à l'autonomie des assurés. Elle leur accorde ....
*Al. 2*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Art. 25 Abs. 2 Bst. e, f; 29 Abs. 2 Bst. b; 35 Abs. 2 Bst. i; 38; 41 Abs. 1, 2 Bst. b**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 25 al. 2 let. e, f; 29 al. 2 let. b; 35 al. 2 let. i; 38; 41 al. 1, 2 let. b**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil national

**Art. 49a**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 64**
*Antrag der Einigungskonferenz*
*Abs. 2, 3*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
*Abs. 6*
Der Bundesrat kann:
....
e. für Leistungen, die nicht im Rahmen einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41 Absatz 4 und 62 Absatz 2 erbracht werden, einen Selbstbehalt von bis zu 20 Prozent festlegen.

**Art. 64**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
*Al. 2, 3*
Adhérer à la décision du Conseil national
*Al. 6*
Le Conseil fédéral peut:
....
e. fixer, pour les prestations qui ne sont pas fournies dans le cadre d'une forme particulière d'assurance selon l'article 41 alinéa 4 et 62 alinéa 2, une quote-part jusqu'à 20 pour cent.

**Art. 65 Abs. 1bis, 1septies**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 65 al. 1bis, 1septies**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 66 Abs. 2; Ziff. II Übergangsbestimmungen Abs. 13**
*Antrag der Einigungskonferenz*
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 66 al. 2; ch. II dispositions transitoires al. 13**
*Proposition de la Conférence de conciliation*
Adhérer à la décision du Conseil national

*Antrag Guisan*
Ablehnung der Anträge der Einigungskonferenz

*Proposition Guisan*
Rejeter les propositions de la Conférence de conciliation

**Gross** Jost (S, TG), für die Kommission: Ich gebe Ihnen das Ergebnis der Einigungskonferenz wieder. Wir hatten insgesamt neun Differenzen miteinander zu bereinigen. Ususgemäss werden die Kommissionssprecher diese Differenzen hier en bloc darstellen.
Der erste Punkt waren zwei Differenzen in Bezug auf die Ärztenetze mit Budgetverantwortung. Zu Artikel 13 Absatz 2 Litera f: Der Ständerat will die Versicherer verpflichten, Ärztenetze mit Budgetverantwortung anzubieten. Nur so können sie sich flächendeckend durchsetzen. Bieten einzelne Versicherer dieses Modell nicht an, so ist für die Versicherten der Vertragszwang faktisch aufgehoben. Dann bleibt für die Leistungserbringer nur noch die Hürde des Zulassungsvertrages für die Abrechnung über die Grundversicherung. Ärztenetze mit Budgetverantwortung gibt es schon – das ist zu betonen – als besondere Versicherungsformen, aber die Anreize stimmen für alle Beteiligten nicht. Die Zahl der betei-

ligten Versicherten bei solchen Netzen mit Budgetverantwortung ist ganz klar unter 5 Prozent. So besteht – das ist einzuräumen –, wenn sich diese Zahl nicht erhöht, wenn sich das nicht flächendeckend durchsetzt, in der Tat die Gefahr der Risikoselektion. Deshalb hat sich der Nationalrat hier dem Ständerat angeschlossen und damit eine Verpflichtung vorgesehen, solche Versicherungsformen, Managed-Care-Modelle mit Budgetverantwortung, anzubieten. Das Ergebnis ist mit 11 zu 9 Stimmen für die ständerätliche Fassung zustande gekommen.

Ich bitte Sie jetzt, weiter hinten auch Artikel 64 Absatz 6 Litera e zu betrachten. Hier ist eine weitere schwierige Frage im Bereich der Anreize für Ärztenetze mit Budgetverantwortung zu behandeln. Der Nationalrat wollte am Status quo, nämlich an der bundesrätlichen Verordnungskompetenz, die Kostenbeteiligung des Versicherten auf dem Verordnungsweg zu regeln, festhalten. Der Ständerat wollte, je nachdem, ob jemand an einem Ärztenetz angeschlossen ist oder nicht, eine differenzierte Franchise bzw. einen differenzierten Selbstbehalt im Gesetz, oder im Klartext eine Mehrbelastung der Versicherten ausserhalb dieser Ärztenetze, mit einer Ausnahmeklausel. Durchgesetzt hat sich schliesslich oppositionslos ein vermittelnder Vorschlag von Nationalrat Bortoluzzi. Der Bundesrat kann – also eine Kann-Formulierung – ausserhalb der Ärztenetze stehende Versicherte mit einem Selbstbehalt von bis zu 20 Prozent belasten. Letztlich ist das also der Status quo: Verordnungskompetenz des Bundesrates, aber nach oben begrenzt.

Ich komme zur zweiten Differenz: Es geht hier um die Subventionen für Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, um den Vorschlag, wie ihm der Nationalrat in Artikel 23a mehrheitlich zugestimmt hat. Der Ständerat schliesst sich hier dem Nationalrat an, allerdings wird die nationalrätliche Fassung durch einen vermittelnden Vorschlag von Nationalrat Gutzwiller modifiziert, indem diese mögliche Subvention auf die Tätigkeit von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im Bereich der Information und der Förderung der Selbsthilfe beschränkt wird. Die Kann-Formulierung – also keine verpflichtende Subventionsbestimmung – bleibt. Mit 13 zu 11 Stimmen wurde dem vermittelnden Vorschlag von Herrn Gutzwiller zugestimmt.

In der Sache: Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erfüllen eine wichtige Funktion in einem, wie wir immer wieder sagen, patientenzentrierten Gesundheitswesen. Im allgemeinen Teil der Sozialversicherung haben wir eine Aufklärungspflicht der Versicherer und indirekt der Leistungserbringer gegenüber den Versicherten. Wir sollten in einer Zeit, in der vor allem die kollektiven IV-Leistungen für die Gesundheitsligen zum Teil nur noch für behinderte Patientinnen und Patienten fliessen, einen Angleich aufseiten der Patientinnen und Patienten schaffen.

Zur dritten Differenz: Hier ging es um die Umschreibung des Spitals als Leistungserbringer im Rahmen von Artikel 25 Absatz 2 Litera e. Der Ständerat schliesst sich hier dem Nationalrat oppositionslos an. Die ganze Bestimmung wurde also ohne eine abweichende Meinung so festgelegt, dass wir bei der bisherigen Ausdrucksweise «Spital» bleiben. Damit wird darauf verzichtet, einen neuen, schwer zu definierenden Begriff – «Spital mit Basis-Service» – zu schaffen.

Zur vierten Differenz: Mehrheitlich, mit 15 zu 5 Stimmen, wurde beschlossen, das Geburtshaus als neuen Leistungserbringer in Artikel 25 Absatz 2 Litera f zu verankern. Das ergibt entsprechende Anpassungen in Artikel 29 Absatz 2 Litera b, Artikel 35 Absatz 2 Litera i, Artikel 38, Artikel 41 Absatz 1 und Absatz 2 Litera b. Geburtshäuser sind stationäre Einrichtungen – das gilt es hier festzuhalten –, die staatlich zugelassen sein müssen und auf der Spitalliste stehen müssen. Sie werden aus der Sicht der Mehrheit der Mitglieder der Einigungskonferenz ökonomischer geführt als ärztliche Einrichtungen der Geburtshilfe und tragen insofern nicht zur Mengenausweitung bei, als die Zahl der Geburten durch ihre Zulassung ja nicht ansteigt.

Die fünfte Differenz betrifft die Definition der stationären Behandlung in Artikel 49a. Hier hat sich der Ständerat oppositionslos durchgesetzt. Demnach werden im Sinne des tarifpolitischen Status quo Spitalaufenthalte von mindestens 24 Stunden oder während einer Nacht als stationäre Behandlung angesehen. Das entlastet – das ist einzuräumen – tendenziell die Kantone, entspricht aber wie gesagt dem tarifpolitischen Status quo und vermeidet es, den unbestimmten und mit einer erheblichen Grauzone behafteten Rechtsbegriff der «Spitalinfrastruktur» ins Gesetz einzuführen.

Die sechste Differenz, die Prämienbefreiung für Kinder in Artikel 65, ist eine Kernbestimmung, die im Vorfeld zu dieser Diskussion auch äusserst umstritten war. Zur Diskussion stand eine Prämienverbilligung von 50 Prozent für das zweite Kind und von 100 Prozent ab dem dritten Kind. Diskutiert wurden drei Varianten: eine einkommensunabhängige Variante, die im Nationalrat beschlossen wurde, eine Variante mit Begrenzung auf Einkommen bis zum Fünffachen der AHV-Höchstrente gemäss einem Antrag Meyer Thérèse und schliesslich eine Variante nur für die unteren Einkommen – d. h. ohne das viel beschworene Giesskannenprinzip – gemäss der ursprünglichen ständerätlichen Version.

In der Fahne – und das haben wahrscheinlich einige unserer Kolleginnen und Kollegen übersehen – steht jetzt die ständerätliche Fassung ohne jegliche Prämienverbilligung für Kinder, was aus meiner Sicht der Meinungsbildung in der Einigungskonferenz nicht entspricht. Ich denke, dazu werden sich die Fraktionssprecher, vor allem jene der CVP und der FDP, noch äussern müssen. Aber schliesslich wurde diese ständerätliche Fassung gegen den Antrag Meyer Thérèse mit 12 zu 10 Stimmen beschlossen.

Zur siebten Differenz, Anpassung der Prämienverbilligungsbeiträge an die Kostenentwicklung in der Grundversicherung: Artikel 66 wurde in der Fassung des Nationalrates mit 15 zu 7 Stimmen beschlossen und damit, aus der Sicht der Mehrheit der Mitglieder der Einigungskonferenz, ohne die Leerformel «unter Berücksichtigung der Finanzlage des Bundes und der Kantone». Damit wird im Grundsatz sichergestellt, dass die staatlichen Beiträge an die Prämienverbilligung der effektiven Kostenentwicklung in der Grundversicherung folgen.

Zur letzten und achten Differenz, Finanzierung der Pflege, Übergangsbestimmung in Ziffer 13: Bevorzugt wurde die Fassung des Nationalrates, und zwar oppositionslos, mit der Möglichkeit einer flexiblen Anpassung der Maximallimiten für Spitex- und Heimpflege durch den Bundesrat. Der Bundesrat soll das also wie bisher in der Krankenleistungsverordnung vor allem der Kostenentwicklung bzw. -teuerung im Gesundheitswesen anpassen können. Im Übrigen – das rufe ich einfach in Erinnerung – wurde der Entscheid bestätigt, die Pflegefinanzierung gemäss Kommissionsmotionen beider Räte rasch in einer nächsten Revisionsetappe zu lösen, aber ohne Einfrierung des tarifpolitischen Status quo.

Sie wissen, Sie haben das auf dem Tisch: Wir haben einen Antrag Guisan vorliegen, die Anträge der Einigungskonferenz abzulehnen. Ich beantrage Ihnen, diesem Kompromiss der Einigungskonferenz zuzustimmen.

**Triponez** Pierre (R, BE), pour la commission: Pour éliminer les divergences entre le Conseil national et le Conseil des Etats, la Conférence de conciliation s'est réunie ce 15 décembre. Les propositions de la Conférence de conciliation, qui a réussi à éliminer toutes les divergences, figurent dans la dernière colonne du dépliant qui vous a été distribué avant-hier.

La Conférence de conciliation a dû trancher neuf divergences entre les deux Chambres et vous propose les décisions suivantes que je vais brièvement vous présenter article par article.

La première divergence concernait l'article 13 alinéa 2 lettre f, disposition selon laquelle les assureurs doivent remplir seuls ou en collaboration avec un ou plusieurs autres assureurs une ou plusieurs formes particulières d'assurance au sens des articles 41 alinéa 4 et 62 alinéa 2, donc ces fameux réseaux médicaux. La Conférence de conciliation a décidé de se rallier à la version du Conseil des Etats qui,

contrairement à la solution du Conseil national, stipule que les fournisseurs de prestations dans de tels réseaux doivent assumer la responsabilité financière convenue avec les assureurs, donc la «Budgetverantwortung».
La deuxième divergence concernait l'article 23a. Le Conseil national avait décidé d'introduire une disposition qui permet à la Confédération de confier à des organisations faîtières d'utilité publique actives dans toute la Suisse des tâches dans le domaine de l'information, du conseil et de l'encouragement à l'autonomie des assurés et de leur accorder des aides financières conformément à la loi sur les subventions. Le Conseil des Etats par contre avait biffé cet article. Or la Conférence de conciliation a décidé de se rallier au Conseil national, tout en enlevant la notion de «conseil» dans cette disposition. Donc, des aides financières ne pourront être accordées par la Confédération que pour l'information et l'encouragement à l'autonomie des assurés.
La troisième divergence concernait l'article 25 alinéa 2 lettre e. La Conférence de conciliation s'est ralliée, à l'unanimité, à la définition de notre conseil. Elle a renoncé à ce nouveau terme pas clair de «Spital mit Basis-Service»/ «hôpital avec un service de base».
J'en arrive maintenant à la question des maisons de naissance. La Conférence de conciliation a décidé – c'était la quatrième divergence –, à l'article 25 alinéa 2 lettre f, de suivre le Conseil national et d'intégrer le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance dans l'assurance obligatoire des soins, pour autant que ces maisons, ce qui est stipulé par l'article 29, disposent d'une autorisation cantonale. Cette décision concerne d'ailleurs aussi les articles 29 alinéa 2 lettre b, 35 alinéa 2 lettre i, 38, 41 alinéas 1 et 2 lettre b.
La cinquième divergence concernait l'article 49a. Ici, la Conférence de conciliation a donné la préférence à la version du Conseil des Etats. Selon cette décision, sera donc considéré comme traitement hospitalier un séjour d'au moins 24 heures relatif à des examens, des traitements ou des soins qui nécessitent une infrastructure hospitalière. Un séjour à l'hôpital de moins de 24 heures impliquant l'occupation d'un lit pendant une nuit sera également considéré comme un traitement hospitalier.
La sixième divergence, à l'article 64, concernait la question des franchises et de la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient. La Conférence de conciliation a suivi le Conseil national aux alinéas 2 et 3, mais elle a introduit à l'alinéa 6 lettre e une compétence du Conseil fédéral de fixer pour les prestations qui ne sont pas fournies dans le cadre d'une forme particulière de l'assurance, donc en dehors des réseaux, une quote-part jusqu'à 20 pour cent.
La divergence suivante concernait l'article 65 sur la réduction des primes par les cantons. La Conférence de conciliation a décidé ici de suivre le Conseil des Etats pour l'ensemble de cette disposition. Elle n'a donc pas retenu la solution du Conseil national qui voulait faire bénéficier le deuxième enfant d'un allègement de 50 pour cent de la prime et les enfants suivants de la gratuité. Ainsi, comme le rapporteur de langue allemande l'a déjà indiqué, une proposition de compromis qui avait voulu limiter cet allègement à un revenu de 125 000 francs a également été rejetée par la Conférence de conciliation.
En ce qui concerne la divergence à l'article 66 alinéa 2, elle s'est ralliée à la solution du Conseil national. Cela veut dire qu'à partir de l'année 2005, les subsides annuels de la Confédération aux cantons seront donc adaptés à l'évolution des coûts annuels dans l'assurance obligatoire des soins.
Enfin, la dernière divergence concernait les dispositions transitoires chiffre 13 où la conférence de conciliation s'est ralliée à la position du Conseil national.
Voilà pour l'ensemble des divergences et les propositions de la Conférence de conciliation. Elle vous propose d'accepter cette loi et de rejeter la proposition Guisan.

**Robbiani** Meinrado (C, TI): Je me réfère à l'article 64 alinéa 6 lettre e où l'on prévoit que le Conseil fédéral peut élever la quote-part jusqu'à 20 pour cent.
Dans la discussion au sein de la commission, il est ressorti clairement que cette possibilité doit être liée à une condition, à savoir que les formes particulières d'assurance puissent être consolidées.
Pouvez-vous confirmer cette volonté et cette interprétation de la lettre e?

**Triponez** Pierre (R, BE), pour la commission: Je comprends la question et le sens de cette question.
Je ne suis que le rapporteur de langue française et j'ai compris notre décision dans ce sens-là.

**Guisan** Yves (R, VD): J'aimerais préciser d'entrée de cause que je m'exprime ici à titre personnel. Je ne vais pas entrer dans un discours technique, mais me borner à quelques considérations générales d'intérêt fondamental.
Cette loi, telle qu'elle ressort de la Conférence de conciliation, réussit l'exploit de rassembler tous les éléments nécessaires pour s'attirer l'opposition cumulée de pratiquement toutes les professions de la santé, de tous les milieux qui se préoccupent de la famille ou mettent leur espoir dans une amélioration substantielle des buts sociaux et, de surcroît, des cantons. Elle aboutit à des modifications structurelles fondamentales dont les conséquences n'ont pas été suffisamment évaluées. Elle continue à entretenir l'illusion que les coûts de la santé pourraient être abaissés par la concurrence économique, alors que les expériences déjà faites jusqu'à présent en Suisse et à l'étranger ont largement démontré l'échec de cette politique dans un domaine social qui ne peut être régulé que selon des principes normatifs d'économie d'entreprise.
Il faut disposer d'une belle dose d'enthousiasme pour se lancer encore dans la médecine avec des études longues, ponctuées d'examens successifs, jusqu'à l'âge de quasiment 40 ans au gré des spécialités et se soumettre ensuite, dans l'exercice de sa profession, à des contrôles bureaucratiques mesquins assortis de suspicion et de menaces économiques permanentes. Avec la clause du besoin, la suppression de l'obligation de contracter, un contrat minimal de quatre ans peu propice aux garanties bancaires et dont tout laisse supposer que les éléments économiques l'emporteront largement sur la qualité, une pénurie significative de médecins et une baisse de la qualité sont certaines, en particulier au niveau hospitalier.
Ayons donc alors le courage d'appeler un chat un chat et un chien un chien. Ce système restrictif et contraignant encourage massivement le développement d'une médecine à deux vitesses avec une sécurité sociale médiocre d'une part, et un système privé de prise en charge individuelle avec à la fois le bénéfice des meilleures avances technologiques et du plus grand confort d'autre part. De plus, les primes ne s'en trouveront même pas allégées.
Avec la coresponsabilité financière, cette loi institue un rationnement implicite dont la responsabilité d'exécution sur le terrain devrait appartenir aux fournisseurs de prestations, puisque ce seront les nécessités économiques et non les impératifs médicaux qui dicteront le choix du traitement.
Cela pose un problème éthique de fond absolument majeur. Ce qui relève obligatoirement de la prise en charge par l'assurance sociale et ce qui n'y appartient pas devraient faire l'objet d'un débat démocratique permanent dans le cadre de la gestion de l'évolution des coûts de la santé, et non pas des conséquences volontairement non maîtrisées de la loi.
La Conférence de conciliation a réussi le tour de force d'éliminer les quelques éléments de compromis élaborés par notre conseil et de nature à infléchir le succès d'un référendum éventuel. Au contraire, c'est quasiment systématiquement la solution la plus restrictive qui a été choisie. Cette loi porte en elle par conséquent une capacité rare de frustrations et de conflits d'envergure. La maîtrise des coûts devrait relever de mesures de gestion paritaires de la qualité, de l'efficacité et de l'économicité du traitement, telles qu'elles sont postulées à l'article 32 de la loi actuelle. Jusqu'à présent, rien n'a été entrepris dans ce domaine absolument fondamental. De son

côté, le corps médical a fourni un effort absolument considérable, aussi bien sur le plan financier que logistique, avec la mise en place du TarMed, même si cela se passe dans la grogne et la contestation.
La transparence, avec la possibilité d'interventions ciblées à terme, est donc assurée. Poursuivons donc dans cette direction plutôt que d'envisager des mesures de contrainte irréfléchies et inefficaces. D'autres orateurs se pencheront sans doute sur l'aspect social qui, lui aussi, est source de frustrations.
Cette loi est une mauvaise loi. Même si le financement hospitalier est assuré, elle comporte manifestement plus d'inconvénients que d'avantages. En la rejetant maintenant, vous permettrez de repartir tout de suite sur des bases plus saines et plus réalistes et ferez du même coup l'économie d'un référendum déjà programmé.

**Donzé** Walter (E, BE): Im Namen der EVP/EDU-Fraktion bringe ich unsere Enttäuschung und unsere grosse Verunsicherung zum Ausdruck. Nach der Berichterstattung von Herrn Gross Jost und nach Rücksprache bei Mitgliedern der Einigungskonferenz ist nämlich nicht klar, welche Fassung des Ständerates bei Artikel 64, also auf Seite 13 der deutschen Fahne, nun Gültigkeit hat.
Wir haben eine konstruktive Haltung zur Revision des KVG. Wir haben mit Herzblut für die Prämienbefreiung ab dem dritten Kind gekämpft. Kinder sind nicht ein Kostenfaktor für den Staat, sondern Garanten für dessen Zukunft. Sie sichern auch die Altersvorsorge. Es kann nicht sein, dass wir mit dem Argument der Giesskanne hier diejenigen benachteiligen, die auf eine Prämienreduktion angewiesen sind. Ich muss hier schon deutlich zurückfragen, und diese Frage müssen wir für die Schlussabstimmung beantwortet haben: Hat nun die Fassung des Ständerates in der dritten Spalte oder die letzte Fassung des Ständerates Gültigkeit? Von dieser Frage hängt wahrscheinlich unsere Zustimmung oder Ablehnung in der Schlussabstimmung ab.

**Egerszegi-Obrist** Christine (R, AG): Im Namen der FDP-Fraktion bitte ich Sie, die Anträge der Einigungskonferenz gutzuheissen.
Wir haben die Vor- und Nachteile gründlich gegeneinander abgewogen. Es wurden sehr grosse Hoffnungen in diese Revision gesetzt. Wir wissen alle, dass nicht alle Erwartungen erfüllt werden können. Wir wissen, dass wir mit mehr Kostenbewusstsein, mehr Selbstverantwortung und weniger Selbstbedienungsmentalität die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff bekämen. Wir haben aber ebenso erfahren, dass sich Tausende dagegen stemmen, wenn wir irgendwo eine Änderung einleiten wollen, weil – und wir sind uns dessen völlig bewusst – mehr als eine Million Menschen in diesem Land direkt oder indirekt an den Gesundheitskosten mitverdienen. Sie alle wollen nächstes Jahr ganz sicher nicht weniger, sondern mindestens gleich viel im Portemonnaie haben, und das macht das Ganze sehr viel schwieriger.
Auf der andern Seite sehen wir auch, dass die Bevölkerung zwar unter der Prämienlast leidet, aber auch nicht ausgesprochen willens ist, sich in den Wahlfreiheiten einschränken zu lassen: Auch wenn wir nur kleine Gegebenheiten verändern, wird mit dem Referendum gedroht. In dieser Situation sind wir uns bewusst: Die jetzigen Schritte in der Krankenversicherung gehen in die richtige Richtung. Sie genügen uns eigentlich. Wir bauen darauf, dass Bundesrat Couchepin diese Bewegung von mehr Kostentransparenz und mehr Eigenverantwortung, aber auch – und das haben wir hier schon zu grossen Teilen verwirklicht – von einer ganz gezielten Entlastung derjenigen, die es nötig haben, mit einer dritten KVG-Revision weiterführen wird.
Die FDP hat sich dagegen gewehrt, mit der Giesskanne zu entlasten. Es war der Antrag auf dem Tisch, dass man alle Kinder entlastet; das war beim letzten Mal hier in der Beratung der Fall. Das wollten wir nicht, weil wir eine fixe Summe zur Verfügung haben, die wir für Prämienverbilligungen einsetzen können. Wenn wir jetzt einfach alle Kinder, unabhängig von der finanziellen Stellung ihrer Eltern, bevorteilen, wird dieses Geld dann dort fehlen, wo es nötiger gebraucht wird.
Wir hatten in der Einigungskonferenz den Antrag, dass man die Kinderprämien für Eltern verbilligt, deren Einkommen weniger als das Fünffache des AHV-Maximums beträgt. Das hätte einfach bedeutet, dass wir Eltern mit einem monatlichen Einkommen von bis zu rund 10 000 Franken entlasten. Wir haben auch das abgelehnt, weil unsere Partei diesen Mittelstand ganz konkret mit dem Steuerpaket bevorteilen wird. Wir wollen aber hier bei der Prämienverbilligung wirklich für die da sein, die es nötig haben.
In der jetzigen Version – es ist immer nur die dritte Spalte auf der Fahne, die geändert wurde – heisst es ganz klar, dass man alle Leute in schwierigen Verhältnissen unterstützen muss. Aber es heisst auch ganz klar, dass «Familien mit Kindern» besonders zu berücksichtigen seien. Nachdem uns vonseiten der Versicherer zugesichert worden ist, dass die Versicherer heute schon die Möglichkeit haben, Kinderprämien bis zu einem symbolischen Beitrag zu senken, und diese auch genutzt wird, weil Kinder für die Versicherungen «gute Risiken» sind, haben wir ganz klar beschlossen, die gesprochenen Gelder wirklich den Schwächeren zukommen zu lassen – und nicht einfach generell allen Versicherten bis zum guten Mittelstand. Die Kantone erhalten hier in dieser Fassung im Gesetz den Auftrag, dies umzusetzen und die wirtschaftliche Situation der Eltern mit einzubeziehen. Das ist im Sinne der Mehrheit der FDP-Fraktion, so, wie wir das auch gutgeheissen haben.
Ich bitte Sie, dem Antrag der Einigungskonferenz zuzustimmen. Wenn wir das nicht tun, hinterlassen wir einen Scherbenhaufen und zeigen uns quasi auch als unfähig, nach vielen, nach langen Beratungen hier Lösungen zu finden. Wir stimmen dem Antrag der Einigungskonferenz zu, allerdings ohne grosse Begeisterung, weil wir wissen: Die Schritte müssen noch weiter gehen.

**Teuscher** Franziska (G, BE): «Was lange währt, wird endlich gut.» Dieses Sprichwort hat sich zwar in unserem Alltag oft bewahrheitet, bei der Revision des KVG allerdings nicht. Die grüne Fraktion hat gestern an ihrer Fraktionssitzung Bilanz über die Revision des KVG gezogen. Wir sind zum Schluss gekommen, dass die Anträge der Einigungskonferenz für uns in dieser Form keinen akzeptablen Kompromiss darstellen. Unsere Argumentation und Gewichtung ist etwas anders als diejenige von Herrn Dunant; das ist ja wohl klar. Für uns werden die sozialen Ziele mit dieser KVG-Revision nicht erreicht.
Frau Egerszegi hat es vorhin gesagt: Es wurden grosse Hoffnungen in diese Revision gesetzt. Für uns wurden diese Hoffnungen enttäuscht. Zwar beinhaltet die Revision durchaus auch Punkte, die aus grüner Sicht positiv gewertet werden. Als Hauptpunkt möchte ich die Einführung des Sozialziels überhaupt im KVG festhalten; dies ist wohl der positivste Punkt. Mit der Einführung eines Sozialziels stellt der Bund mehr Geld für die Verbilligung der Krankenversicherungsprämien zur Verfügung. Positiv wertet die grüne Fraktion auch, dass die Prämienverbilligung an die Kostenentwicklung in der Grundversicherung gekoppelt ist; allerdings muss in diesem Punkt nach der vorliegenden Fassung die Finanzlage des Bundes und der Kantone mit berücksichtigt werden.
Schauen wir aber die andere Seite der Medaille an: Da können wir auch gleich wieder beim Sozialziel ansetzen. Wie es sich in der jetzigen Fassung präsentiert, wird es seinem Namen nicht mehr gerecht. Die Liste der Negativpunkte lässt sich fortsetzen: keine Parallelimporte, keine Generika, keine Hotelversicherung, keine interkantonale Spitalplanung. Aus unserer Sicht wurden hier Chancen verpasst, um wirklich im Krankenversicherungsbereich weiterzukommen.
Oben auf die Liste der Negativpunkte hat nun die Mehrheit der Einigungskonferenz noch einen weiteren Punkt gesetzt: Die Prämienverbilligung für die Kinder wurde vollständig hinausgekippt. Das ist für die grüne Fraktion nun endgültig zu

viel. In der heutigen Situation, in der immer mehr Leute erwerbslos werden, in der die Löhne stagnieren und in der immer mehr Familien von Armut bedroht sind, ist dies inakzeptabel.
Dass die bürgerliche Mehrheit auch dieses minimale Zeichen zugunsten von Familien aus der KVG-Revision gestrichen hat, zeigt doch eines klar: Familienpolitik existiert für die Bürgerlichen nur auf dem Papier; geht es darum, konkrete Umsetzungen vorzunehmen, wie beispielsweise hier bei der KVG-Revision, dann krebsen die Bürgerlichen zurück.
Frau Egerszegi hat vorhin ausgeführt, dass der Mittelstand in ihrem Konzept eben mit dem Steuerpaket entlastet werden soll. Das ist für uns eine heuchlerische Politik, denn mit dem Steuerpaket haben die Kantone enorm viel Geld nicht mehr zur Verfügung – das Geld, das dann eben fehlt, um soziale Verbesserungen für Leute mit kleinen Einkommen zu machen.
Die grüne Fraktion lehnt daher die Anträge der Einigungskonferenz ab.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Malgré les quelques progrès qui ont été évoqués jusqu'ici dans le cadre de la Conférence de conciliation, le groupe socialiste, après une discussion approfondie, rejette ces propositions et se rallie à la proposition Guisan.
Je ne vais pas reprendre ici tous les arguments de la part de notre groupe que l'on a déjà développés à plusieurs reprises. Mais, il s'impose de rappeler plusieurs éléments fondamentaux.
D'abord les principes qui sous-tendent le financement hospitalier et les dispositions transitoires relatives aux cliniques privées qui leur octroient un statut injustifié de privilège; ces principes s'inscrivent par ailleurs dans un ordre concurrentiel et sont de notre point de vue, et du point de vue de la logique du système de santé, inéquitables et inefficaces. En privilégiant l'économicité à n'importe quel prix – démocratique et surtout social –, en refusant de donner aux cantons les appuis nécessaires pour rationaliser leur offre hospitalière – toutes les propositions ont été refusées dans ce plénum –, en croyant naïvement que le marché résoudra tous les problèmes dans un système non marchand par définition, nous faisons globalement fausse route dans ce domaine du financement hospitalier. Malgré les arrêts du Tribunal fédéral, nous aurions pu prendre d'autres options.
S'agissant du volet social, les promesses qui ont été faites durant la campagne qui a précédé la votation sur l'initiative populaire socialiste au printemps dernier se sont transformées en miroir aux alouettes. Les bonnes intentions ne servent strictement à rien sans moyens financiers. Les primes par tête restent bien évidemment pour nous fondamentalement antisociales; les correctifs via les subventions aux assurés économiquement modestes ne peuvent être efficients que si les cantons disposent des moyens nécessaires, ce qui est loin d'être le cas avec cette révision.
En ce qui concerne le libre choix du médecin, celui-ci sera de facto supprimé. Il ne s'agit pas ici pour le groupe socialiste de soutenir les médecins, que l'on prétend parfois être privilégiés, mais il s'agit surtout pour nous de privilégier l'accès aux soins et surtout à des soins de qualité pour tous et sans discrimination dans ce pays.
Enfin, la révision ne maîtrisera pas les coûts, c'est une évidence. En outre, cette révision va générer le chaos, tant les recours seront nombreux en ce qui concerne la définition des listes hospitalières et la levée de l'obligation de contracter. Ce chaos, nous ne pouvons en aucun cas en être les garants ni, surtout, le favoriser ici. Par conséquent, nous devons bien admettre dans ce pays qu'une réforme structurelle est le seul moyen de maîtriser les coûts: une réforme structurelle fondamentale, avec pour axes principaux le maintien de la régulation étatique, avec les équilibres qui sont aujourd'hui en vigueur et la révision de l'organisation fédéraliste de ce système de santé. Sans quoi l'insatisfaction demeurera. Ainsi, par exemple, notre position à l'égard des cantons est douteuse: nous allons transférer plus de 1 milliard de francs de manière unilatérale sur le dos de ces niveaux institutionnels. De notre point de vue, ceci n'est pas crédible.
En conclusion, l'américanisation amène trois choses par rapport au système suisse de santé, et ceux qui la souhaitent doivent en avoir conscience:
1. Cette américanisation vers laquelle on tend ne va pas forcément améliorer la qualité des prestations. La qualité des prestations en Suisse est élevée, nous devons la maintenir.
2. Ce système à l'américaine est le système le plus antisocial qui soit et cela n'est pas digne de notre pays.
3. Ce système est celui qui coûte le plus en proportion du PIB.
Par conséquent, sachons voir la réalité telle qu'elle est. La rupture qui nous est aujourd'hui proposée n'est que dogmatisme. Nous avons les moyens de faire beaucoup mieux dans ce pays.
C'est la raison pour laquelle le groupe socialiste soutiendra la proposition Guisan.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien ne soutiendra pas les propositions de la Conférence de conciliation pour les raisons suivantes. Il le regrette, car beaucoup de dispositions qui sont contenues dans cette loi allaient dans la bonne direction. Il avait d'ailleurs contribué à instituer un article sur la transparence des caisses-maladie, sur la carte de santé et sur une direction pour le financement des hôpitaux.
Mais l'un des buts principaux de notre groupe, dans le cadre de cette loi, était de rendre supportable la charge financière des primes d'assurance-maladie pour les familles qui ont plusieurs enfants. La proposition du groupe démocrate-chrétien visant à réduire de moitié la prime pour le deuxième enfant et la gratuité pour les suivants a été acceptée dans un premier temps trois fois de suite par ce conseil, et une fois par le Conseil des Etats. A la faveur d'une modification rédactionnelle, elle a ensuite été biffée par le Conseil des Etats, mais notre conseil l'a réintroduite une quatrième fois, créant de nouveau une divergence. Et c'est cela qui a été discuté en Conférence de conciliation.
Lors de cette conférence, nous avons encore présenté une proposition pour instaurer un plafond de revenu, ayant essuyé des critiques concernant les revenus très élevés qui auraient pu, sur demande, bénéficier de cette aide. Ce plafond correspondait à cinq fois la rente maximale AVS, donc ciblait les familles de la classe moyenne ayant plusieurs enfants, car, nous l'avons dit souvent à cette tribune, ce sont ces familles-là qui sont le plus mal loties sur le plan du pouvoir d'achat en Suisse, je le répète encore une fois. Cette proposition, même avec ce plafond, n'a pas été acceptée en Conférence de conciliation et nous le regrettons vivement.
D'autre part, je veux attirer votre attention sur un autre élément. Notre conseil a affaibli le but social en général tel qu'il était prévu au départ, à savoir que toutes les familles du pays ne devaient pas payer plus de 10 pour cent de leur revenu pour les primes de caisse-maladie et les autres personnes pas plus de 14 pour cent parce que, selon la version actuelle, les cantons pourront choisir un plafond de revenu au-delà duquel il n'y a pas de subvention du tout, indépendamment du nombre d'enfants. Cela va aussi créer une inégalité de plus qui n'avait pas été voulue au départ ni par le Conseil fédéral, ni par notre Parlement. Finalement, il n'y aura que très peu, ou – dans la plupart des cas – pas d'amélioration par rapport à la situation d'aujourd'hui en ce qui concerne la réduction des primes, qui était un des buts principaux de cette révision.
Je ne développe pas ici la question de l'obligation d'instaurer des réseaux de soins coordonnés ayant une responsabilité budgétaire. Elle est très problématique puisqu'elle n'a aucunement été décrite tout au long de l'examen de la loi. Donc, je me concentre sur cette problématique des familles pour lesquelles nous n'avons pas atteint le but d'alléger les primes d'assurance-maladie.

En conclusion, je dis ma déception. Tout le monde veut toujours soutenir les familles et au moment du oui définitif, c'est toujours – ou presque toujours – non!
Nous ne pouvons donc pas soutenir les propositions de la Conférence de conciliation.

**Maillard** Pierre-Yves (S, VD): Lors de la campagne sur l'initiative populaire socialiste «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)», vous étiez du côté du ministre des affaires sociales, M. Couchepin, et avez apporté une contribution importante à l'échec de l'initiative du PS, notamment en disant que vous aviez une autre solution à proposer dans le cadre de cette révision de la loi, solution que nous avons d'ailleurs soutenue et dont nous vous savons gré de l'avoir défendue jusqu'au bout. Mais, compte tenu de tout ce qui s'est passé, est-ce que vous ne regrettez pas, au fond, d'avoir participé à la bataille contre notre initiative en collaboration avec le ministre des affaires sociales?

**Meyer** Thérèse (C, FR): Cher collègue, je suis flattée d'avoir eu une position aussi déterminante dans cette votation populaire!
Nous avons défendu un système de primes par tête avec des aménagements. Et si l'aménagement était arrivé au but social, au bout du compte, avec des subventions sans plafonnement et avec notre disposition concernant les familles à plusieurs enfants, nous aurions atteint notre but. Malheureusement, nous n'avons pas été aidés par ce Parlement, alors que – je le répète – à cinq reprises, quatre fois au Conseil national et une fois au Conseil des Etats, il n'y avait plus de divergence, cette disposition ayant été acceptée. Donc, c'est un genre de trahison et nous ne pouvons plus maintenant continuer à soutenir ce projet de loi.

**Borer** Roland (V, SO): Damit uns nachher nicht die gleiche Frage auch gestellt werden muss: Die SVP hat eine Antwort auf die im Mai abgelehnte Initiative der SP. Wir haben eine eigene Gesundheits-Initiative; wir sind am Unterschriftensammeln. Wir sind sehr zuversichtlich, dass wir in diesem Zusammenhang mit einer guten Lösung aufwarten können, und wir sind auch sehr zuversichtlich, dass unsere Initiative zustande kommt.
Nun aber hier zu den Entscheiden der Einigungskonferenz: Die SVP-Fraktion wird diese Entscheide ohne Begeisterungsstürme grossmehrheitlich mittragen. Wir sind der Meinung, dass die Anträge, wenn auch ein zögerlicher, doch ein kleiner, kleiner Schritt in die richtige Richtung sind; ein kleiner Schritt in die richtige Richtung bezüglich der Spitalfinanzierung, bezüglich der Gleichbehandlung der öffentlichen und der Privatspitäler. Wir sind auch der Meinung, dass ein kleiner Schritt in Richtung Aufhebung des Vertragszwanges zwischen Versicherern und Leistungserbringern getan wird.
Ein wesentliches Anliegen, das wir auch in der Initiative formuliert haben und dem zum Durchbruch verholfen werden konnte, ist der Umstand, dass wir in Zukunft den Bund an den Mehrkosten im Gesundheitswesen beteiligen wollen. Das Gleiche gilt übrigens auch für die Kantone. Es geht nicht an, dass auf Bundesebene der Leistungskatalog ausgebaut wird und der Bund nachher sagen kann: Aufgrund der misslichen Finanzlage beteiligen wir uns nicht an den Mehrkosten. Wir sind der Meinung, dass derjenige, der Mehrkosten anordnet, sich an diesen Mehrkosten auch beteiligen muss. Diesem Anliegen, einem Kernanliegen der SVP, konnten wir hier zum Durchbruch verhelfen. Wir sind überzeugt, dass auch die Kantone bezüglich ihres Leistungskatalogs – bezüglich der Leistungen, die die Kantone in ihrem Gebiet erbringen – über die Bücher gehen werden, wenn sie schliesslich merken, dass alle Versprechen und alle Leistungen, die so grosszügig gemacht bzw. erbracht werden, auch von ihnen mitgetragen werden müssen.
Die negativen Aspekte dieser Gesetzesrevision sind da. Deswegen, wie gesagt, wird es auch bei uns einzelne ablehnende Stimmen oder Enthaltungen geben. Wir sind aber mehrheitlich nicht der Meinung, dass wegen dieser Aspekte der ganzen Vorlage eine Abfuhr erteilt werden sollte.

Nur noch etwas zur Reduktion der Kinderprämien: Schauen Sie den Realitäten ins Auge, und hören Sie auf mit Fantasien! Fakt ist, dass heute praktisch jeder grosse Versicherer – aus verschiedensten Überlegungen – die Kinderprämien reduziert, manchmal schon vom ersten Kind an, aber sicher vom zweiten oder dritten Kind an. Es gibt sogar Versicherer, die für das dritte Kind mehr eine symbolische «Gebühr» denn eine eigentliche Versicherungsprämie verlangen.
Wenn wir nun aber im Gesetz fixieren wollen, dass Prämienverbilligungen praktisch mit staatlichen Geldern gemacht werden, dann glauben Sie doch nicht daran, dass auch nur ein Versicherer diese Prämienreduktion in Zukunft weitergeben wird! Es wird also ein Nullsummenspiel. Bei der Prämienreduktion für Kinder spüren die Versicherten nichts, aber die Versicherer haben Ende Jahr plötzlich etwa 200 Millionen Franken mehr in der Kasse. Wir können absolut nicht begreifen, was hier sozial sein soll, wenn man diesen Vorschlag macht. Die Prämienreduktion für Kinder ist Tatsache, und daran ändert auch eine zwangsweise staatliche Verbilligung nichts. Es ändert nur bezüglich der Zahlstelle etwas, und ich bitte Sie, das doch einzusehen.
Im Übrigen fehlt das Geld, das nachher aus dem Topf der Prämienverbilligung an Exponenten verteilt wird, wie sie Frau Egerszegi genannt hat – nur weil eben auch reiche Familien Kinder haben –, schliesslich gerade dort für die Prämienverbilligung, wo Prämienverbilligung tatsächlich ein soziales Anliegen ist.
Hören Sie also auf mit Fantasiewelten, schauen Sie der Realität ins Auge, und stimmen Sie, wenn auch ohne grosse Begeisterung, den Entscheiden der Einigungskonferenz zu.

**Huguenin** Marianne (–, VD): Le groupe «A gauche toute!» appuie la proposition Guisan de rejet global des propositions de la Conférence de conciliation, proposition qui équivaut donc à un rejet de cette deuxième révision de la LAMal. Cette révision ne résout en rien le financement inéquitable de notre système d'assurance-maladie, unique en Europe à conserver des primes par tête, et sans relation au revenu. Elle va amplifier le transfert des coûts de la santé sur les familles et sur les malades. Cette révision est en outre dangereuse: elle donne en fait tout le pouvoir aux assureurs et soumet tout le domaine de la santé – hôpitaux et médecins – au principe de la concurrence et du marché.
Il s'agit là d'un changement de paradigme massif, qui va dans le sens des grandes tendances du néolibéralisme, consistant à soumettre l'ensemble des activités humaines à ces principes. Déjà dans les hôpitaux, la pression économique est forte: médecins et personnel soignant doivent respecter des critères d'économicité généraux, du type durée moyenne de séjour, qui ont tendance à passer avant la réflexion sur la personne individuelle et sa situation. Les réseaux de santé à responsabilité budgétaire vont faire entrer cette logique dans le domaine de la médecine ambulatoire, pervertissant ainsi de manière forte et bureaucratique toute la relation individuelle du médecin et de son patient. On tord ainsi ce qui fait l'essence de la médecine, on le fait passer sous le joug de critères économiques.
Je me sens donc très à l'aise ici – avec ma casquette de médecin et avec ma casquette de gauche – pour soutenir la proposition Guisan et ranger ainsi cette révision au placard, comme je me sentirai à l'aise pour signer le référendum qui s'annonce, en tant que citoyenne et en tant que médecin.
Un des paradoxes actuels, c'est que c'est la gauche qui doit défendre la bonne vieille médecine libérale, en plus de sa défense plus traditionnelle des grands principes d'une assurance sociale.

**Couchepin** Pascal, président de la Confédération: La Conférence de conciliation a fait des propositions, nous vous invitons à vous y rallier. Nous ne sommes pas entièrement satisfaits des propositions de la Conférence de conciliation, mais à ce stade de la procédure, il n'y a plus de possibilité de faire du détail et d'accepter telle proposition et de refuser telle autre. On doit accepter ou refuser l'ensemble.

Le Conseil fédéral vous recommande d'accepter l'ensemble, tout en disant qu'il n'est pas heureux en particulier de l'introduction de l'obligation pour les assureurs d'offrir dans toute la Suisse des formes particulières d'assurance, avec un choix limité de fournisseurs de prestations devant assumer une responsabilité financière. Nous pensons que cette proposition est une erreur, qu'elle n'est pas bonne dans la perspective de la campagne de votations, mais néanmoins elle est faite avec d'autres propositions et, dans l'ensemble, nous vous demandons d'accepter les propositions de la Conférence de conciliation, ce qui ne signifie pas que nous sommes heureux de chacune d'entre elles, mais il n'y a plus le choix: il faut tout accepter ou tout refuser.
Et on arrive au moment de vérité où l'on doit se demander si on veut cette loi, ou si on ne la veut pas. J'ai lu ce matin qu'un journal romand prétendait que je souhaitais lâcher cette révision de la loi. Ce n'est pas le cas. Mon point de vue, c'est qu'il faut être clair aujourd'hui et admettre que cette loi est un compromis, qu'il y a certains éléments que l'on n'aurait pas souhaités, d'autres éléments que l'on ne souhaite guère, mais, dans l'ensemble, c'est un compromis acceptable et mon message est de dire que ceux qui votent oui doivent s'engager à défendre la loi devant le peuple.
La pire des solutions, ce serait d'avoir ici une majorité de hasard et qu'ensuite, devant le peuple, plus personne à part le Conseil fédéral ne mène le combat pour faire passer la loi et que, dans une année, on se retrouve avec un échec populaire. D'une certaine manière, je préfère que ceux qui seraient disposés à voter oui aujourd'hui, mais qui refusent de s'engager pour soutenir la loi, votent non, parce qu'on a besoin de toutes les forces et de tous ceux qui sont d'accord avec la loi pour la faire passer. Que votre langage soit celui de l'évangile, c'est-à-dire que votre oui soit oui, que votre non soit non, et qu'il n'y ait pas d'abstention ou en tout cas, que ceux qui s'abstiennent disent déjà aujourd'hui ce qu'ils feront lors de la campagne de votations, et pas une sorte de laisser-aller qui fait qu'à la fin on va échouer, alors que, dans l'ensemble, il est possible de faire passer la loi si tout le monde s'y met.
Quels sont les éléments positifs? Tout d'abord, on est parvenu à mieux définir le financement des hôpitaux, c'était le but premier de la loi. On a le financement dual optimisé, qui est un premier pas vers une nouvelle étape de la réforme du financement hospitalier. Ensuite, le but social – et là je m'adresse aux socialistes – est dans tous les cas partiellement atteint. Il n'est peut-être pas complètement atteint, mais c'est en tout cas mieux que la situation actuelle. C'est aussi mieux, pour les familles avec enfants, que la situation actuelle.
Là je m'adresse au groupe PDC: malgré la déception que vous pouvez ressentir de n'avoir pas pu marquer votre volonté de donner un accent supplémentaire à la politique familiale, vous devez reconnaître que la loi, telle que présentée, est plus favorable aux familles avec enfants que la situation actuelle. Parce que, tout simplement, lorsqu'on a des enfants, le but social défini rend plus rapidement possible l'attribution de subsides. Les familles avec enfants bénéficient de subsides dès qu'il y a au minimum 2 pour cent du revenu qui est affecté à l'assurance-maladie. Donc pour les familles avec enfants, la révision proposée est plus favorable que la loi actuelle.
Alors peut-on, au nom d'une volonté politique tendant à imposer le tout ou rien, dire: «Nous préférons ne rien avoir plutôt que d'avoir un progrès – mais peut-être pas tout le progrès souhaité – par rapport à la situation actuelle»? Quand vous aurez inscrit dans la loi, Mesdames et Messieurs les socialistes et les démocrates-chrétiens, un but social, il sera plus facile de le corriger dans le sens de vos préoccupations. Dans la situation actuelle, aucun but social n'est inscrit dans la loi, par conséquent il n'y a pas de concept qui soit admis par l'ensemble des forces politiques. Nous introduisons un but social! C'est quand même nouveau et fondamental, même si ce but social ne va pas aussi loin que vous le souhaitez, soit dans l'absolu, soit pour les familles.
Ajoutez à cela ce qu'a dit Monsieur Borer et qui était parfaitement exact: les moyens mis à disposition sont limités, et dans l'état actuel des finances fédérales, il vaut mieux les concentrer sur les familles qui en ont réellement besoin. D'où la justification de la solution du Conseil des Etats qui est aussi celle de la Conférence de conciliation.
Deuxième point positif de cette loi: le but social est inscrit dans le système législatif; il peut être amélioré, si les forces politiques le veulent, dans une solution future. Mais il existe déjà; le statu quo, c'est l'abandon du but social. C'est la politique du pire!
Troisième avantage, qui devrait être aussi sensible, d'après ce que j'ai compris au cours des délibérations, de la part des socialistes en particulier: on favorise les formes particulières d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations. Je l'ai dit tout à l'heure, nous regrettons qu'il y ait l'obligation pour l'assureur d'offrir partout en Suisse des formes particulières d'assurance avec responsabilité financière, même si l'on a prévu que le Conseil fédéral puisse envisager des exceptions. Mais vous, Mesdames et Messieurs de la gauche, vous avez souhaité que l'on incite à offrir ces réseaux de soins. Et ils sont là; ils sont là! Ils sont même au-delà de ce que j'aurais souhaité à titre personnel, puisqu'un mode de rémunération particulier est rendu obligatoire.
Alors, repousser la loi, c'est en rester au système actuel, où il y a peu ou pas d'incitation à offrir des formes particulières d'assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations. Alors, est-ce que vous voulez prendre cet avantage, ou bien est-ce que vous jouez la politique du pire, qui consiste à dire: tout ou rien! Nous n'avons pas tout, nous renonçons à cet avantage que vous avez souhaité.
Voilà les trois avantages principaux de la révision qui m'incitent à dire qu'elle doit être acceptée, mais avec l'engagement de la défendre devant le peuple, parce que ça ne sera pas facile de faire passer cette révision de la loi.
Pourquoi n'est-ce pas facile de la faire passer? D'abord il y a des intérêts; et les intérêts s'exprimeront avec tous les moyens que l'on connaît. Ensuite, il est vrai qu'on ne peut pas promettre que la loi entraîne par elle-même, ipso facto, des économies. C'est faux! On ne peut pas dire, et on ne dira pas, que la loi entraîne des économies. La loi est une étape, une bonne étape. C'est un pas dans le bon sens. Mais par elle-même, elle n'entraîne pas d'économies fondamentales, significatives. Elle permet de changer le système, elle permet de progresser; mais elle n'entraîne pas d'économies ipso facto; on ne pourra pas invoquer cet argument dans la campagne parce qu'il n'est pas juste. Le contraire, d'ailleurs, ne serait pas acceptable. Vous ne pouvez pas prétendre que la révision, à long terme, entraîne des coûts supplémentaires. A long terme, au contraire, elle risque de mettre en place des mécanismes – notamment les réseaux de soins – qui permettront de mieux contrôler les coûts de la santé.
C'est un compromis. Et lorsqu'on a un compromis, il faut se demander quelles sont les alternatives.
Si la loi est repoussée, soit par le Parlement, soit par le peuple, l'alternative, c'est le droit d'urgence pour un certain nombre de points. Et l'une des possibilités, la plus réaliste, c'est de proposer par la voie du droit d'urgence l'introduction rapide du système moniste. Au Conseil des Etats, il y a, sinon une majorité, du moins une très forte minorité qui aurait voulu accélérer l'introduction du système moniste. Et ce n'est que de quelques voix qu'ont été rejetées une motion et des dispositions nous obligeant à introduire dans un délai extrêmement court le système moniste. Par conséquent, une des alternatives possibles, ce serait l'introduction immédiate du système moniste – prélude à la libéralisation totale, à l'abandon total de l'obligation de contracter également dans le secteur hospitalier. On aurait ce débat.
Ensuite, une deuxième solution, c'est de changer le système de franchise. Mais là, il y a toute une réflexion qui doit être faite.
Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne pourrait pas introduire dans un droit d'urgence un but social bien différent de celui qui est proposé aujourd'hui. La situation financière de la

Confédération, le climat politique ne permettent pas d'imaginer qu'on introduise dans le droit d'urgence un but social plus fort que celui proposé aujourd'hui; raison pour laquelle je lance encore une fois un appel aux socialistes en leur disant: «Les alternatives sont moins bonnes pour vous que la situation actuelle et il faudra expliquer au peuple, lorsque vous direz non à la loi, quelles sont les alternatives crédibles plus sociales que vous envisagez.» Elles n'existent pas! C'est la politique du pire que de voter non et de combattre la loi aujourd'hui au nom de préoccupations sociales qui n'ont pratiquement aucune chance d'être réalisées rapidement. Si la loi est refusée, on peut bâtir sur le système qui est introduit par la loi; on ne peut pas bâtir sur le refus de la loi avec l'introduction du but social.
De même à l'égard du groupe démocrate-chrétien: la protection de la famille ne sera pas mieux assurée par un non puisque tout tombera, y compris le but social qui est pris en compte et qui permet de tenir compte des intérêts de la famille.
Le groupe radical-libéral a fait savoir dans un communiqué qu'il soutiendrait la loi. Il le fait, comme il dit, sans un enthousiasme délirant. C'est bien légitime puisqu'il s'agit d'un compromis et que tous les objectifs ne sont pas atteints, mais c'est quand même quelque chose de positif.
De même, le groupe de l'UDC dans sa majorité, selon sa

l'entretien et la poursuite de la mise en fonction – c'est la huitième étape – de l'installation Florako, qui doit assurer la sécurité aérienne militaire et civile en cas de guerre. Il est important qu'on puisse continuer à développer cette installation puisque un montant très élevé a déjà été utilisé lors des sept premières étapes.
Le Conseil des Etats a accepté le frein aux dépenses et je vous invite à faire de même.

**Wasserfallen** Kurt (R, BE), für die Kommission: Ich bitte Sie, jetzt nicht aus dem Saal zu gehen, sodass wir nicht das Gleiche erleben wie das erste Mal, sondern dass wir diese Ausgabenbremse lösen können. Ich bitte Sie also, am Platz zu bleiben und – auf Empfehlung der Sicherheitspolitischen Kommission – Ja zu stimmen, also dem Ständerat zu folgen und diese beiden Kredite Florako, 8. Projektetappe, und Flugplatz Locarno zu beschliessen. Das ist sehr wichtig für die «Armee XXI», für die Ausbildung, für die Sicherheit usw. Ich bitte Sie also, zuzustimmen und vor allem anwesend zu sein.

**Bundesbeschluss über militärische Immobilien (Immobilienbotschaft Militär 2004)**
**Arrêté fédéral concernant l'immobilier militaire (Mes- ıur l'immobilier militaire 2004)**

*benbremse – Frein aux dépenses*

*ımung – Vote*
ntlich – nominatif: Beilage – Annexe 03.041/224)
nahme der Ausgabe .... 104 Stimmen
en .... 44 Stimmen

*ıalifizierte Mehr ist erreicht*
*'orité qualifiée est acquise*

7

## ıplantationsgesetz
## ur la transplantation

*– Premier Conseil*

t des Bundesrates 12.09.01 (BBl 2002 29)
ı du Conseil fédéral 12.09.01 (FF 2002 19)

Ref. 0121

**NATIONALRAT** | **CONSEIL NATIONAL**

Abstimmungsprotokoll | Namentliche Abstimmung / Vote nominatif | Procès-verbal de vote

**Geschäft / Objet:**

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

**Gegenstand / Objet du vote:**

**Abstimmung vom / Vote du:** 17.12.2003 11:52:42

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abate | + | R | TI |
| Aeschbacher | = | E | ZH |
| Allemann | = | S | BE |
| Amstutz | + | V | BE |
| Baader Caspar | o | V | BL |
| Bader Elvira | o | C | SO |
| Banga | = | S | SO |
| Baumann Alexander | * | V | TG |
| Beck | o | R | VD |
| Berberat | = | S | NE |
| Bezzola | * | R | GR |
| Bigger | + | V | SG |
| Bignasca Attilio | + | V | TI |
| Binder | # | V | ZH |
| Blocher | * | V | ZH |
| Borer | + | V | SO |
| Bortoluzzi | + | V | ZH |
| Bruderer | o | S | AG |
| Brun | o | C | LU |
| Brunner Toni | + | V | SG |
| Brunschwig Graf | * | R | GE |
| Bugnon | + | V | VD |
| Burkhalter | + | R | NE |
| Bäumle | = | G | ZH |
| Büchler | o | C | SG |
| Bühlmann | = | G | LU |
| Bührer | + | R | SH |
| Cathomas | * | C | GR |
| Cavalli | = | S | TI |
| Chevrier | o | C | VS |
| Christen | + | R | VD |
| Cina | * | C | VS |
| Cuche | = | G | NE |
| Daguet | = | S | BE |
| Darbellay | o | C | VS |
| De Buman | o | C | FR |
| Donzé | = | E | BE |
| Dormond Marlyse | = | S | VD |
| Dunant | = | V | BS |
| Dupraz | + | R | GE |
| Egerszegi | + | R | AG |
| Eggly | o | R | GE |
| Engelberger | + | R | NW |
| Fasel | * | G | FR |
| Fattebert | + | V | VD |
| Favre | = | R | VD |
| Fehr Hans | * | V | ZH |
| Fehr Hans-Jürg | = | S | SH |
| Fehr Jacqueline | = | S | ZH |
| Fehr Mario | = | S | ZH |
| Fluri | + | R | SO |
| Freysinger | + | V | VS |
| Frösch | = | G | BE |
| Fässler | = | S | SG |
| Föhn | + | V | SZ |
| Gadient | + | V | GR |
| Gallade | = | S | ZH |
| Garbani | = | S | NE |
| Genner | = | G | ZH |
| Germanier | + | R | VS |
| Giezendanner | + | V | AG |
| Glasson | o | R | FR |
| Glur | + | V | AG |
| Goll | = | S | ZH |
| Graf | = | G | BL |
| Gross Andreas | = | S | ZH |
| Gross Jost | o | S | TG |
| Guisan | = | R | VD |
| Gutzwiller | + | R | ZH |
| Gyr | = | S | SZ |
| Gysin Hans Rudolf | * | R | BL |
| Gysin Remo | = | S | BS |
| Günter | = | S | BE |
| Haering Binder | = | S | ZH |
| Haller | + | V | BE |
| Hassler | + | V | GR |
| Hegetschweiler | + | R | ZH |
| Heim Bea | o | S | SO |
| Hess Bernhard | + | - | BE |
| Hochreutener | * | C | BE |
| Hofmann Urs | = | S | AG |
| Hollenstein | = | G | SG |
| Huber | * | R | UR |
| Hubmann | = | S | ZH |
| Huguenin | = | - | VD |
| Humbel Näf | o | C | AG |
| Hutter Jasmin | + | V | SG |
| Hutter Markus | + | R | ZH |
| Häberli | o | C | TG |
| Hämmerle | = | S | GR |
| Imfeld | o | C | OW |
| Ineichen | + | R | LU |
| Janiak | o | S | BL |
| Jermann | o | C | BL |
| Joder | + | V | BE |
| Jutzet | = | S | FR |
| Kaufmann | = | V | ZH |
| Keller Robert | = | V | ZH |
| Kiener Nellen | = | S | BE |
| Kleiner | + | R | AR |
| Kohler | o | C | JU |
| Kunz | + | V | LU |
| Lang | = | G | ZG |
| Laubacher | + | V | LU |
| Leu | o | C | LU |
| Leuenberger Genève | = | G | GE |
| Leutenegger Filippo | + | R | ZH |
| Leutenegger Susanne | = | S | BL |
| Leuthard | * | C | AG |
| Levrat | = | S | FR |
| Loepfe | * | C | AI |
| Lustenberger | o | C | LU |
| Maillard | = | S | VD |
| Maitre | o | C | GE |
| Markwalder | = | R | BE |
| Marti Werner | = | S | GL |
| Marty Kälin | = | S | ZH |
| Mathys | + | V | AG |
| Maurer | = | V | ZH |
| Maury Pasquier | = | S | GE |
| Meier-Schatz | o | C | SG |
| Messmer | * | R | TG |
| Meyer Thérèse | o | C | FR |
| Miesch | + | V | BL |
| Ménétrey Savary | = | G | VD |
| Mörgeli | * | V | ZH |
| Müller Geri | = | G | AG |
| Müller Philipp | + | R | AG |
| Müller Walter | + | R | SG |
| Müller-Hemmi | o | S | ZH |
| Müri | + | V | LU |
| Noser | + | R | ZH |
| Oehrli | + | V | BE |
| Pagan | + | V | GE |
| Parmelin | + | V | VD |
| Pedrina | = | S | TI |
| Pelli | + | R | TI |
| Perrin | * | V | NE |
| Pfister Gerhard | * | C | ZG |
| Pfister Theophil | o | V | SG |
| Randegger | * | R | BS |
| Rechsteiner Paul | = | S | SG |
| Rechsteiner-Basel | o | S | BS |
| Recordon | o | G | VD |
| Rennwald | = | S | JU |
| Rey | = | S | VS |
| Reymond | + | V | GE |
| Riklin | o | C | ZH |
| Rime | + | V | FR |
| Robbiani | o | C | TI |
| Rossini | = | S | VS |
| Roth | = | S | GE |
| Ruey | + | R | VD |
| Sadis | + | R | TI |
| Salvi | = | S | VD |
| Savary | * | S | VD |
| Schenk | + | V | BE |
| Schenker | = | S | BS |
| Scherer Marcel | o | V | ZG |
| Schibli | + | V | ZH |
| Schlüer | + | V | ZH |
| Schmied Walter | + | V | BE |
| Schneider | * | R | BE |
| Schwander | * | V | SZ |
| Siegrist | * | V | AG |
| Simoneschi-Cortesi | o | C | TI |
| Sommaruga Carlo | = | S | GE |
| Speck | + | V | AG |
| Spuhler | * | V | TG |
| Stahl | + | V | ZH |
| Stamm Luzi | * | V | AG |
| Steiner | + | R | SO |
| Strahm | o | S | BE |
| Studer Heiner | + | E | AG |
| Stump | = | S | AG |
| Teuscher | = | G | BE |
| Thanei | = | S | ZH |
| Theiler | + | R | LU |
| Triponez | + | R | BE |
| Vanek | = | - | GE |
| Vaudroz René | = | R | VD |
| Veillon | + | V | VD |
| Vermot | = | S | BE |
| Vischer | = | G | ZH |
| Vollmer | = | S | BE |
| Waber Christian | * | E | BE |
| Walker Félix | o | C | SG |
| Walter Hansjörg | + | V | TG |
| Wandfluh | + | V | BE |
| Wasserfallen | * | R | BE |
| Wehrli | o | C | SZ |
| Weigelt | + | R | SG |
| Weyeneth | + | V | BE |
| Widmer | = | S | LU |
| Wobmann | + | V | SO |
| Wyss Ursula | = | S | BE |
| Wäfler | = | E | ZH |
| Zapfl | * | C | ZH |
| Zisyadis | = | - | VD |
| Zuppiger | + | V | ZH |

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

**Ergebnisse / Résultats:**

| Fraktion / Groupe / Gruppo | C | G | R | S | E | V | - | Tot. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ja / oui / sì | 0 | 0 | 25 | 0 | 1 | 39 | 1 | 66 |
| nein / non / no | 0 | 13 | 4 | 44 | 3 | 4 | 3 | 71 |
| enth. / abst. / ast. | 21 | 1 | 3 | 7 | 0 | 3 | 0 | 35 |
| entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato | 7 | 1 | 8 | 1 | 1 | 9 | 0 | 27 |

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Einigungskonferenz
Bedeutung Nein / Signification de non: Ablehnung (gemäss Antrag Guisan)