Parlamentsdienste

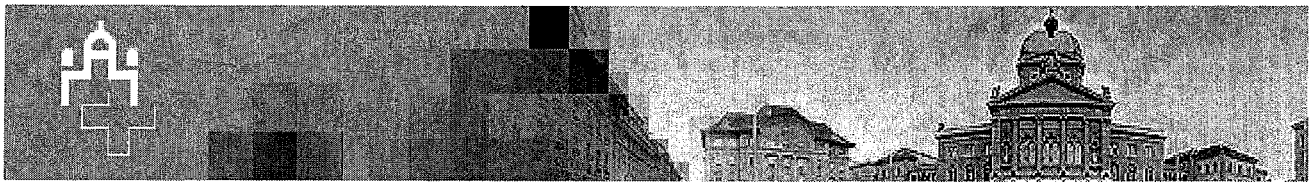
Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament

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

04.031 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung



Curia Vista Geschäftsdatenbank

Gesamtangebot

Suche nach Vorstössen und Geschäften

Amtliches Bulletin Die Wortprotokolle

2003 bis aktuelle Session

Archiv 1999-2003

Archiv 1995-1999

CiviCampus

Staatskundeplattform CiviCampus

Instrucziun civica interactiva in rumantsch

Curia Vista - Geschäftsdatenbank

04.031 - Geschäft des Bundesrates

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Ri

Stand der Beratung Erledigt

Botschaft vom 26. Mai 2004 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenver dringliche Punkte) (BBl 2004 4259)

Dokumente

- Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)

- Zusammenfassung Botschaft / Bericht und Beratungen
- Dossier
- Medienmitteilungen
- Amtliches Bulletin - die Wortprotokolle

- Text des Erlasses 2 (AS 2004 4373)
- Text des Erlasses 3 (AS 2004 4375)
- Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5479)

Chronologie / Wortprotokolle

Vorlage 1
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)(Gesamtstrategie und Risikoausg

21.09.2004	SR	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bu
30.09.2004	NR	Abweichend.
04.10.2004	SR	Abweichend.
06.10.2004	NR	Zustimmung.
08.10.2004	SR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstir
08.10.2004	NR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstir Bundesblatt 2004 5479; Ablauf der Referen Amtliche Sammlung des Bundesrechts 200

Vorlage 2
Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen s dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

21.09.2004	SR	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bu Dringlichkeitsklausel.
30.09.2004	NR	Zustimmung, unter Vorbehalt der Dringlichk
06.10.2004	SR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen
06.10.2004	NR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen
08.10.2004	SR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstir
08.10.2004	NR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstir Bundesblatt 2004 5505; Ablauf der Referen Amtliche Sammlung des Bundesrechts 200

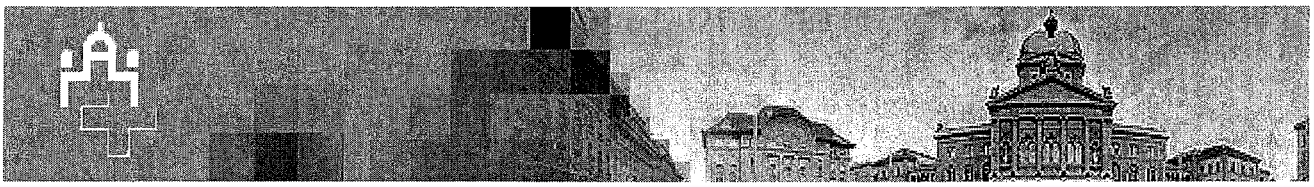
Vorlage 3
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Pflegetarife)

▸ 21.09.2004	SR	Beschluss nach Entwurf der Kommission, u Dringlichkeitsklausel.
▸ 30.09.2004	NR	Zustimmung, unter Vorbehalt der Dringlichk
▸ 06.10.2004	SR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen
▸ 06.10.2004	NR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen
▸ 08.10.2004	SR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstir
▸ 08.10.2004	NR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstir Bundesblatt 2004 5505; Ablauf der Referen Amtliche Sammlung des Bundesrechts 200

Zuständig	Parlament (Parl) für die Vorlage(n) 3 Departement des Innern (EDI) für die Vorla Behandlung in der gleichen Session: SR/N
Behandelnde Kommissionen	▸ Kommission für soziale Sicherheit und Ge *Antrag: Eintreten* ▸ Kommission für soziale Sicherheit und Ge
Behandlungskategorie NR	III, Reduzierte Debatte (Art. 48 GRN)
Konnexe Geschäfte	▸ 04.3440

Deskriptoren:
Krankenversicherung; Spital; Krankenkasse; Rechnungsabschluss; Krankenpflege
Risikodeckung; Patient/in; Ausweis; Gesetz; Kosten des Gesundheitswesens; Gesundheitspass; Zul
Wirtschaftlichkeitskontrolle; Qualitätssicherung;
Ergänzende Erschliessung:
2841; Pflegetarif; Versichertenkarte; Patientenkarte; Krankengeschichte;

Das Schweizer Parlament / CH - 3003 Bern | Impressum



Curia Vista
Objets parlementaires

Présentation générale

Rechercher une intervention ou un objet

Bulletin officiel
Les procès-verbaux

De 2003 à la session en cours

Archives 1999-2003

Archives 1995-1999

CiviCampus

Plate-forme d'instruction civique "CiviCampus"

Instrucziun civica interactiva in rumantsch

Curia Vista - Objets parlementaires

04.031 - Objet du Conseil fédéral
Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, comp des soins

Etat des délibérations Liquidé

Message du 26 mai 2004 concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-ma urgents) (FF 2004 4019)

Documents

- Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)

- Synthèse message / rapport et délibérations
- Dossier
- Communiqués de presse
- Bulletin officiel - les procès-verbaux

- Texte de l'acte législatif 2 (RO 2004 4373)
- Texte de l'acte législatif 3 (RO 2004 4375)
- Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)
- Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5141)

Chronologie / procès-verbaux

Projet 1
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Stratégie globale, compensation des ri

21.09.2004	CE	Décision modifiant le projet du Conseil fédé
30.09.2004	CN	Divergences.
04.10.2004	CE	Divergences.
06.10.2004	CN	Adhésion.
08.10.2004	CE	La loi est adoptée en votation finale.
08.10.2004	CN	La loi est adoptée en votation finale. Feuille fédérale 2004 5141; délai référendai Recueil officiel du droit fédéral 2005 1071

Projet 2
Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements l canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

21.09.2004	CE	Décision modifiant le projet du Conseil fédé d'urgence.
30.09.2004	CN	Adhésion, sous réserve de la clause d'urger
06.10.2004	CE	La clause d'urgence est adoptée.
06.10.2004	CN	La clause d'urgence est adoptée.
08.10.2004	CE	La loi est adoptée en votation finale.
08.10.2004	CN	La loi est adoptée en votation finale. Feuille fédérale 2004 5167; délai référendai officiel des lois fédérales 2004 4373

Projet 3
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Tarifs des soins)

▸ 21.09.2004	CE	Décision conforme au projet de la commissi d'urgence.
▸ 30.09.2004	CN	Adhésion, sous réserve de la clause d'urger
▸ 06.10.2004	CE	La clause d'urgence est adoptée.
▸ 06.10.2004	CN	La clause d'urgence est adoptée.
▸ 08.10.2004	CE	La loi est adoptée en votation finale.
▸ 08.10.2004	CN	La loi est adoptée en votation finale. Feuille fédérale 2004 5167; délai référendai officiel des lois fédérales 2004 4375

Compétence	Parlement (Parl) Pour le(s) projet(s) 3 Département de l'intérieur (DFI) Pour le(s)
Commissions concernées	Examiné au cours de la même session par ▸ Commission de la sécurité sociale et de l *Proposition: Entrer en matière* ▸ Commission de la sécurité sociale et de l
Catégorie objet CN	III, Débat réduit (art. 48 RCN)
Objets apparentés	▸ 04.3440

Descripteurs (en allemand):
Krankenversicherung; Spital; Krankenkasse; Rechnungsabschluss; Krankenpflege
Risikodeckung; Patient/in; Ausweis; Gesetz; Kosten des Gesundheitswesens; Gesundheitspass; Zul
Wirtschaftlichkeitskontrolle; Qualitätssicherung;
Indexation complémentaire:
2841; Pflegetarif; Versichertenkarte; Patientenkarte; Krankengeschichte;

04.031 - Zusammenfassung Uebersicht

04.031 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Botschaft vom 26. Mai 2004 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) (BBl 2004 4259)

Ausgangslage

Die Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) per 1. Januar 1996 hat die sozialpolitische und versicherungsmässige Landschaft wesentlich verändert. Einerseits ist der Krankheitsschutz der Versicherten beträchtlich verbessert, andererseits sind Kostendämpfungsinstrumente eingeführt worden. Ziel des KVG ist es u.a., die Solidarität der Versicherten und den Zugang zu einer hochstehenden ärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Gemäss Untersuchungen kann dieses Ziel als erreicht gelten. Hingegen konnte das Ziel der Kostendämpfung nicht zufriedenstellend erreicht werden.
Gestützt auf diese Feststellung ist der Bundesrat seit den ersten Reformen des KVG
der Ansicht, dass es unerlässlich ist, das System in den positiv zu wertenden Bereichen
zu konsolidieren und es im Kostendämpfungsbereich zu optimieren. Dies, weil die vorgesehenen Instrumente nicht die erhofften Wirkungen erzeugt haben. Der Bundesrat ortet die Hauptursache des Kostenproblems in der Krankenversicherung in der ungenügenden Steuerung der Leistungsmengen in Einzelfällen, weshalb er in den Lösungsansätzen das Schwergewicht auf entsprechende mengenwirksame Korrekturen gelegt hat.
Nach der Ablehnung der 2. KVG-Revision hat der Bundesrat beschlossen, die Revision des Gesetzes wieder aufzunehmen und eine Strategie auf zwei Schienen zu verfolgen, nämlich die Systemkonsolidierung und die Systemoptimierung. Der Bundesrat schlägt deshalb vor, die in der 2. KVG-Revision unbestritten gebliebenen Revisionspunkte dem Parlament vorzulegen, und sie um bestimmte Elemente, die sich aus den Vorarbeiten für die 3. KVG-Revision ergeben, zu ergänzen. Diese Reformen werden zwar in eine ganzheitliche Strategie eingebettet, können aber nicht im Rahmen einer Gesamtvorlage unterbreitet werden: Die Reform wird in zwei Schritten und in zwei unterschiedlichen Gesetzgebungspaketen erfolgen, welche ihrerseits Revisionen mit individuellen Teilbotschaften enthalten werden. Das erste Gesetzgebungspaket besteht aus vier Botschaften.
Die erste, hier nun folgende Botschaft regelt die folgenden thematischen Schwerpunkte:
- Die Verlängerung des Risikoausgleichs: Der Risikoausgleich läuft Ende 2005 aus. Es ist deshalb vordringlich, die Verlängerung so rasch wie möglich zu verabschieden.
- Das Weiterführen und Einfrieren der Pflegetarife: Die Tarife müssen eingefroren werden, bevor die Erfüllung der Transparenzvorschriften zu einer vollen Kostenübernahme durch die Versicherer – und damit zu einem Prämienschub – führt.
- Das dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung ist bis zum Inkrafttreten des dual-fixen Finanzierungsmodells zu verlängern, da die geltende Fassung bis zum 31. Dezember 2004 befristet ist
- Die Vorschriften für den Geschäftsbericht und die Rechnungslegung der Versicherer.
- Die Einführung einer Versichertenkarte.

Danach folgen die anderen Botschaften mit folgenden Revisionspunkten:
Die Vertragsfreiheit (BBl 2004 4293):
- 1: Sie soll den Zulassungsstopp für ambulante Leistungserbringer, der im Juli 2005 ausläuft, ersetzen und muss daher im ersten Gesetzgebungspaket thematisiert werden.
- Die Prämienverbilligung (BBl 2004 4327) ist das zentrale sozialstaatliche Korrektiv der Kopfprämie und sollte daher aus sozialpolitischen Gründen – gerade im Hinblick auf die Verbesserungen für Haushalte mit Kinder, welche im Rahmen der zweiten KVG-Revision diskutiert worden sind – rasch vorgelegt und verabschiedet werden.

Die Kostenbeteiligungsregeln (BBl 2004 4361)
- beeinflussen die Prämienberechnungen stark und müssen daher spätestens Mitte dieses Jahres verabschiedet werden, um den Versicherern die rechtzeitige Prämienkalkulation für das Folgejahr zu ermöglichen. Auch wenn ein Inkrafttreten von neuen Parametern für die Kostenbeteiligung auf den 1. Januar 2005 wenig wahrscheinlich erscheint, ist diese Frage dennoch so rasch wie möglich zu klären.

Schliesslich soll das zweite Gesetzgebungspaket dem Parlament voraussichtlich vor der Herbstsession vorgelegt werden. Es wird den Managed Care-Bereich sowie die Spitalfinanzierung betreffen.

Verhandlungen

Vorlage 1
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)(Gesamtstrategie und Risikoausgleich)

21.09.2004	SR	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.
30.09.2004	NR	Abweichend.

04.10.2004	SR	Abweichend.
06.10.2004	NR	Zustimmung.
08.10.2004	SR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (42:0)
08.10.2004	NR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (162:16)

Vorlage 2
Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

21.09.2004	SR	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates, unter Vorbehalt der Dringlichkeitsklausel.
30.09.2004	NR	Zustimmung, unter Vorbehalt der Dringlichkeitsklausel.
06.10.2004	SR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen.
06.10.2004	NR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen.
08.10.2004	SR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (42:0)
08.10.2004	NR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (180:5)

Vorlage 3
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Pflegetarife)

21.09.2004	SR	Beschluss nach Entwurf der Kommission, unter Vorbehalt der Dringlichkeitsklausel.
30.09.2004	NR	Zustimmung, unter Vorbehalt der Dringlichkeitsklausel.
06.10.2004	SR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen.
06.10.2004	NR	Die Dringlichkeitsklausel wird angenommen.
08.10.2004	SR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (42:0)
08.10.2004	NR	Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. (115:71)

Der **Ständerat** unterstützte die Strategie des Bundesrates, bei der erneuten KVG-Revision schrittweise vorzugehen und statt ein neues Gesamtpaket zu schnüren die Revision auf verschiedene Vorlagen aufzuteilen. Mit wenig Begeisterung beschloss der Rat mit diesem ersten Teil der Revision vor allem Verlängerungen von bestehenden Regelungen. Der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern wurde um fünf Jahre verlängert, obwohl nicht bestritten war, dass in diesem Bereich Handlungsbedarf herrscht. Simonetta Sommaruga (S, BE) kritisierte, dass die heutige Regelung dazu führe, dass die Krankenkassen ihre Anstrengungen auf die Jagd nach guten Risiken konzentrieren statt auf Massnahmen im Bereich des Kostenmanagements. Ihr Antrag, die Geltungsdauer nur um zwei Jahre zu verlängern, um rasch eine Verbesserung in diesem Bereich zu erarbeiten, wurde mit 31 zu 7 Stimmen abgelehnt. Ebenfalls mit der Vorlage 1 gab der Rat ohne Opposition dem Bundesrat die Kompetenz, eine Versichertenkarte einzuführen. Weiter regelte der Ständerat das Vorgehen in den Fällen, in denen Leistungserbringer die Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen nicht erfüllen (Art. 59 KVG). Hier übernahm der Rat einen Vorschlag des Bundesrates, fügte ihn aber bereits in diese Vorlage statt in die spätere Vorlage 04.032 ein. In Ergänzung des Entwurfs des Bundesrates beschloss der Ständerat die Verlängerung des Zulassungsstopps für Ärzte um drei Jahre (Art. 55a KVG), weil die umstrittene Aufhebung des Vertragszwangs noch nicht spruchreif ist. Mit der Vorlage 2 verlängerte der Rat das Ende 2004 auslaufende Gesetz (SR 832.14), das die kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen regelt, um zwei Jahre. Die Frage der Tarife für die Langzeitpflege, die in der Übergangsbestimmung zum KVG thematisiert ist, behandelte der Ständerat in einer eigenen Vorlage 3. Er folgte oppositionslos dem Vorschlag des Bundesrates, die Tarife für die Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim längstens bis Ende 2006 einzufrieren, bis ein zu schaffendes Bundesgesetz die heikle Frage der Kostenverteilung in diesem Bereich festlegt.
Im **Nationalrat** war das Eintreten auf die Vorlagen 1 und 2 nicht bestritten. Hingegen beantragte eine Kommissionsminderheit Nichteintreten auf die Vorlage 3 (Pflegetarife). Der Antrag wurde von den Fraktionen der SP und der Grünen unterstützt. Sie sahen im Einfrieren der Pflegetarife eine Verschlechterung zulasten der Versicherten und ihrer Angehörigen und einen Qualitätsabbau im Pflegebereich. Der Nationalrat beschloss mit 98 zu 61 Stimmen auch auf die Vorlage 3 einzutreten. Beim Risikoausgleich folgte der Nationalrat dem Ständerat und verlängerte dessen Geltungsdauer um fünf Jahre. Ein Antrag der Kommissionsmehrheit, der vom Bundesrat verlangte, bis Ende 2006 einen Vorschlag für einen wirkungsvolleren Risikoausgleich vorzulegen, wurde mit 85 zu 82 Stimmen knapp verworfen. Bemängelt wurde, dass beim heutigen Risikoausgleich nur Alter und Geschlecht, und nicht auch die Gesundheit berücksichtigt werden. Jost Gross (S, TG) kritisierte, dass die jetzige Regelung die Solidarität gefährde, indem kranke Menschen zwischen einzelnen Kassen hin und her geschoben werden und tendenziell höhere Prämien zahlen. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Roland Borer (V, SO) und unterstützt von den Fraktionen von SVP und FDP blieb jedoch siegreich. Ein solcher Auftrag in einem Gesetz sei „artfremd" und die Aussicht auf ein besseres System vage. Bundesrat Pascal Couchepin erklärte sich trotzdem bereit, vor Ablauf der Verlängerungsfrist neue Varianten des Risikoausgleichs zu prüfen. Bei der Einführung einer

Versichertenkarte blieb der Nationalrat weniger konkret als der Ständerat. Mit 99 zu 61 Stimmen stimmte er einer Kommissionsminderheit, vertreten durch Hansjörg Hassler (V, GR) zu und überliess es dem Bundesrat, den Umfang der persönlichen Daten festzulegen, die im Einverständnis mit der versicherten Person auf der Karte enthalten sein sollen. Ein Antrag von Franziska Teuscher (G, BE), ganz auf die Karte zu verzichten, wurde mit 140 zu 18 Stimmen abgelehnt. Beim Zulassungsstopp für Ärzte folgte der Rat einer Kommissionsminderheit, vertreten durch Franco Cavalli (S, TI) und damit dem Ständerat auf eine befristete Verlängerung um drei Jahre mit 100 zu 60 Stimmen. Eine Kommissionsmehrheit wollte die Massnahme verlängern bis die Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Ärzten realisiert ist. Eine Streichung des Zulassungsstopps lehnte der Rat mit 131 zu 31 Stimmen ab. Die Vorlage 1 wurde vom Nationalrat in der Gesamtabstimmung mit 106 zu 3 Stimmen gutgeheissen. Mit 152 zu 18 Stimmen unterstützte der Nationalrat auch die Verlängerung des Gesetzes, das die kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen regelt. Zuvor lehnte er einen Antrag der Kommissionsminderheit mit 104 zu 72 stimmen ab, der verlangte, dass die Kantone nicht nur an öffentliche und öffentlich subventionierte, sondern auch an private Spitäler Beiträge leisten müssen. Der Einbezug der Privatspitäler wurde von den Fraktionen der SVP und der FDP unterstützt. Auch bei der Vorlage 3 folgte der Nationalrat dem Ständerat mit 105 zu 67 Stimmen und beschloss, die Rahmentarife für Pflegeheime und Spitex, unter Vorbehalt einer Teuerungsanpassung, für zwei Jahre einzufrieren. Erfolglos verlangte zuvor eine linke Kommissionsminderheit, vertreten durch Stéphane Rossini (S, VS), zumindest die Tarife für die schweren Pflegefälle zwingend der ganzen Teuerung seit 1998 anzupassen. Der Antrag scheiterte mit 107 zu 67 Stimmen.
In der Differenzbereinigung beschloss der **Ständerat** zur Versichertenkarte eine Kompromissformulierung, der sich in der Folge der **Nationalrat** anschliessen konnte.
Beide Räte stimmten sodann der Dringlichkeit für die Vorlagen 2 und 3 zu.

04.031 - Note de synthèse **Résumé**

04.031 Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Message du 26 mai 2004 concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents) (FF 2004 4019)

Situation initiale

L'introduction, le 1er janvier 1996, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) a passablement modifié le paysage de la politique sociale et assurancielle. Elle a, d'une part, considérablement amélioré la situation des assurés au regard de la protection contre le risque de la maladie et elle a, d'autre part, introduit des instruments de maîtrise des coûts. La LAMal a pour objectifs de garantir la solidarité entre les assurés et l'accès à des soins de qualité. Des études effectuées à ce sujet permettent de considérer ces objectifs comme atteints. En revanche, l'objectif de la maîtrise des coûts demeure celui dont les résultats sont les moins satisfaisants.
Fort de cette constatation, le Conseil fédéral a jugé, dès les premières réformes de la LAMal, qu'il était essentiel de consolider le système là où les résultats se sont révélés positifs et de l'optimiser dans le domaine de la maîtrise des coûts, puisque les instruments n'ont pas déployé tous les effets escomptés. Le Conseil fédéral a estimé que le problème des coûts dans l'assurance-maladie s'explique avant tout par le fait que le contrôle de la quantité des prestations, dans les cas individuels, est insuffisant. Raison pour laquelle les solutions qu'il a proposées se sont essentiellement portées sur des corrections visant à agir sur le volume.
Après le rejet de la 2e révision de la LAMal, le Conseil fédéral a décidé de relancer le processus de révision de la loi et a poursuivi une stratégie reposant sur deux axes, soit la consolidation et l'optimisation du système.
Le Conseil fédéral propose ainsi de présenter les points qui n'ont pas été contestés lors de la 2e révision de la LAMal, complétés de certains éléments provenant de travaux préparatoires relatifs à la 3e révision. Ces réformes s'inscrivent dans une stratégie uniforme mais ne sont pas présentées dans un message unique: la réforme procèdera en deux temps et par deux paquets législatifs distincts à l'intérieur desquels les révisions seront présentées «individuellement» dans des messages partiels. Le premier paquet législatif se compose de quatre messages.
En premier lieu, le présent message. Il règle les aspects thématiques suivants:
- la prolongation de la compensation des risques: ce système arrive à échéance à la fin de l'année 2005, il est donc impératif d'adopter la prolongation le plus rapidement possible;
- la reconduction et le gel des tarifs des soins: les tarifs doivent être gelés avant que la réalisation des directives relatives à la transparence n'entraîne une prise en charge de la totalité des coûts par les assureurs et, de ce fait, une augmentation des primes;
- la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux doit être prolongée jusqu'à l'entrée en vigueur du modèle de financement dual fixe, la loi actuelle n'étant valable que jusqu'au 31 décembre 2004;
- les prescriptions relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs;
- l'introduction d'une carte d'assuré.

Suivent ensuite les autres messages qui traitent des points suivants:
- La liberté de contracter (FF 2004 4055): elle doit remplacer le gel des admissions des fournisseurs de prestations qui arrive à échéance en juillet 2005 et doit donc être discutée dans le cadre du premier paquet législatif.
- La réduction de primes (FF 2004 4089): est l'élément correcteur social central de la prime par tête; pour des raisons de politique sociale, sa modification devrait donc être soumise et adoptée rapidement, notamment dans l'optique des améliorations pour les ménages avec enfants discutées dans le cadre de la 2e révision de la LAMal.
- Les règles de la participation aux coûts (FF 2004 4121) ont une incidence importante sur le calcul des primes et devront donc être adoptées au plus tard au milieu de cette année afin que les assureurs puissent calculer à temps les primes pour l'année prochaine. Même si l'entrée en vigueur, au 1er janvier 2005, de nouveaux paramètres pour la participation aux coûts semble peu réaliste, il faut néanmoins clarifier cette question au plus vite.

Enfin, le second paquet législatif sera soumis, en principe, au Parlement avant la session d'automne 2004. Il portera sur les systèmes de managed care ainsi que sur le financement hospitalier.

Délibérations

Projet 1

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Stratégie globale, compensation des risques)

21-09-2004	CE	Décision modifiant le projet du Conseil fédéral.
30-09-2004	CN	Divergences.
04-10-2004	CE	Divergences.
06-10-2004	CN	Adhésion.
08-10-2004	CE	La loi est adoptée en votation finale. (42:0)
08-10-2004	CN	La loi est adoptée en votation finale. (162:16)

Projet 2
Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

21-09-2004	CE	Décision modifiant le projet du Conseil fédéral, sous réserve de la clause d'urgence.
30-09-2004	CN	Adhésion, sous réserve de la clause d'urgence.
06-10-2004	CE	La clause d'urgence est adoptée.
06-10-2004	CN	La clause d'urgence est adoptée.
08-10-2004	CE	La loi est adoptée en votation finale. (42:0)
08-10-2004	CN	La loi est adoptée en votation finale. (180:5)

Projet 3
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Tarifs des soins)

21-09-2004	CE	Décision conforme au projet de la commission, sous réserve de la clause d'urgence.
30-09-2004	CN	Adhésion, sous réserve de la clause d'urgence.
06-10-2004	CE	La clause d'urgence est adoptée.
06-10-2004	CN	La clause d'urgence est adoptée.
08-10-2004	CE	La loi est adoptée en votation finale. (42:0)
08-10-2004	CN	La loi est adoptée en votation finale. (115:71)

Le **Conseil des Etats** s'est déclaré en faveur de la stratégie du Conseil fédéral consistant à progresser par étapes dans la nouvelle révision de la LAMal et à subdiviser le projet en plusieurs textes plutôt que de rassembler les différents points de la réforme en un seul nouveau « paquet ». En se déterminant sur cette première partie de la révision, le Conseil s'est cantonné, sans grand enthousiasme, à approuver la prolongation de certains mécanismes déjà en place. Ainsi, la compensation des risques entre assureurs a été simplement prolongée de cinq ans alors que la nécessité d'une action du législateur n'était contestée par personne. Forte de cette constatation, Simonetta Sommaruga (S, BE) a déploré que le système actuel incitât les caisses maladie à concentrer leurs efforts sur la chasse aux bons risques plutôt que de réfléchir à des mesures de gestion des coûts ; sa proposition visant à remédier à cet état de fait en limitant la prorogation à deux ans seulement, dans l'espoir qu'une amélioration puisse être mise au point rapidement, a cependant été rejetée par 31 voix contre 7. Toujours dans le projet 1, le Conseil a conféré au Conseil fédéral, sans opposition, la compétence d'introduire une carte d'assuré. Une autre décision a consisté à fixer la procédure dans les cas où les fournisseurs de prestations ne remplissaient pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations (art. 59 LAMal) : en l'occurrence, le Conseil a repris une proposition du Conseil fédéral initialement destinée au projet 04.032, dont l'examen était programmé pour intervenir plus tard. En complément au projet du Conseil fédéral, le Conseil des Etats a décidé de prolonger de trois ans le gel de « l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie des soins » (art. 55a LAMal) . En effet, il estimait que ce gel devrait être maintenu jusqu'à ce que la question encore controversée de l'obligation de contracter soit réglée ; or, à ses yeux, le moment de lever cette obligation n'est pas encore opportun. En votant le projet 2, le Conseil des Etats a prolongé de deux ans la loi sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton (RS 832.14), qui devait arriver à échéance à la fin de l'année 2004. La question des tarifs pour les soins de longue durée, qui font l'objet de la disposition transitoire de la LAMal, a été traitée par le Conseil des Etats dans un projet 3. À cet égard, il s'est rallié sans opposition à la proposition du Conseil fédéral prévoyant que les tarifs pour soins de longue durée, pour soins ambulatoires ou prodigués dans un home seront gelés jusqu'à la fin de 2006 au plus tard, jusqu'à ce qu'une nouvelle loi fédérale règle la question délicate de la répartition des coûts dans ce secteur.

Au **Conseil national**, l'entrée en matière n'a pas été contestée s'agissant des projets 1 et 2, contrairement au projet 3 (tarifs des soins) qui a fait l'objet d'une proposition de non-entrée en matière de la part d'une minorité de la commission soutenue par le Groupe socialiste et le Groupe des Verts, au motif que le gel des tarifs entraînerait une détérioration de la situation pour les assurés et leurs proches et ferait baisser la qualité dans le secteur des soins. Le Conseil national a néanmoins décidé, par 98 voix contre 61, d'entrer également en matière sur ce projet. Concernant la compensation des risques, le Conseil national a suivi le Conseil des

Etats en en prolongeant la validité de cinq ans. C'est ensuite de justesse, par 85 voix contre 82, qu'a été rejetée une proposition de la majorité de la commission qui demandait au Conseil fédéral de présenter avant la fin de 2006 une proposition de compensation des risques plus efficace, en faisant valoir que le système actuel ne tenait compte que de l'âge et du sexe, et non de l'état de santé des personnes. Ainsi, Jost Gross (S, TG) a déploré que le système portait atteinte au principe de solidarité dans la mesure où les personnes malades migraient de caisse en caisse et que leurs primes tendaient à être plus élevées en moyenne. Mais une minorité de la commission, représentée par Roland Borer (V, SO) et soutenue par les groupes UDC et PRD, a néanmoins eu gain de cause en faisant valoir que l'inclusion dans la loi d'un mandat de ce genre était « contre nature » et que l'espoir de voir émerger un système meilleur restait incertain. Malgré ce rejet, le conseiller fédéral Pascal Couchepin s'est déclaré disposé à examiner d'autres options en matière de compensation des risques avant l'échéance du délai ainsi prolongé. Quant à l'introduction d'une carte d'assuré, le Conseil national est resté moins précis que le Conseil des Etats : par 99 voix contre 61, il a approuvé une proposition d'une minorité de la commission – représentée par Hansjörg Hassler (V, GR) – en laissant au Conseil fédéral le soin de fixer l'étendue des données personnelles que la carte devra contenir moyennant le consentement de la personne assurée. Une proposition de Franziska Teuscher (G, BE), visant à purement et simplement abandonner la carte, a été rejetée par 140 voix contre 18. Dans le dossier du blocage des nouvelles admissions de praticiens, le Conseil a, par 100 voix contre 60, suivi une minorité de la commission, représentée par Franco Cavalli (S, TI), en décidant - à l'instar du Conseil des Etats - de prolonger la période en question de 3 ans, s'opposant ainsi à la majorité, qui entendait prolonger la validité de la mesure concernée jusqu'à ce que la liberté de contracter entre les caisses et les médecins ait été traduite dans les faits. Une autre proposition, visant à mettre fin purement et simplement à cette mesure de blocage, a, quant à elle, été refusée par 131 voix contre 31. Dans le vote sur l'ensemble, le projet 1 a été approuvé par le Conseil national par 106 voix contre 3. Le Conseil national a également approuvé, par 152 voix contre 18, la prorogation de la loi qui règle l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton, après avoir rejeté, par 104 voix contre 72, une proposition de la minorité de la commission (appuyée par les groupes UDC et PRD) qui exigeait des cantons qu'ils fournissent une contribution financière, non seulement aux établissements publics et subventionnés par les pouvoirs publics, mais aussi aux hôpitaux privés. Concernant le projet 3, le Conseil national a également suivi le Conseil des Etats par 105 voix contre 67, décidant de geler les tarifs-cadres pour les homes et pour le Spitex pendant deux ans, sous réserve de l'adaptation au renchérissement. Une minorité de gauche – représentée par Stéphane Rossini (S, VS) - avait tenté auparavant de prévoir au moins pour les cas de « soins lourds » une adaptation au taux intégral du renchérissement intervenu depuis 1998 : cette proposition a été rejetée par 107 voix contre 67.
Dans la procédure d'élimination des divergences, le **Conseil des Etats** a accepté, concernant la carte d'assuré, une formulation de compromis à laquelle s'est rallié le **Conseil national**.
Les deux Chambres ont ensuite voté la clause d'urgence pour les projets 2 et 3.

Studie in dem Sinn, dass man sie als Lösung dieser Probleme einfach übernehmen könnte. Die Kassen sind sich im Moment auch nicht darüber einig, welches die beste Lösung ist. Für mich ist klar, dass wir wirklich sofort hinter dieses Problem gehen und versuchen müssen, es zu lösen. Aber es kann sicher nicht in zwei Jahren eine Vorlage da sein, die bereits verabschiedet ist; es geht ja darum, dass sie in zwei Jahren in Kraft treten müsste. Sonst stehen wir wieder da und müssen den Risikoausgleich nochmals verlängern. Das scheint mir wenig sinnvoll.

David Eugen (C, SG): In der Analyse der Situation gehe ich mit Frau Sommaruga einig. Es ist eine Tatsache, dass das heutige System starke Anreize für die Risikoselektion und praktisch keine Anreize für die Leistungskontrolle enthält. Mit anderen Worten: Jene Versicherer, die Leistungskontrolle betreiben, werden dafür ökonomisch bestraft und nicht belohnt. Sie haben einfach höhere Kosten und entsprechend höhere Prämien, und im Endeffekt ergibt sich die Spirale, dass sich ihre Marktposition immer mehr verschlechtert. Jene hingegen, die eine starke Risikoselektion betreiben, haben keine Leistungskosten, können die Prämien senken und haben damit eine immer stärkere Marktposition. Diese Entwicklung hat sich in den letzten Jahren enorm verstärkt; jeder, der mit diesem System zu tun hat, kann dies auch verfolgen.

Meines Erachtens war der grosse Irrtum bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes die Erwartung, dass auch chronisch kranke Personen die Versicherung wechseln würden. Das ist nicht der Fall, wie wir heute wissen. Wir wissen heute, dass vor allem chronisch kranke Personen die Versicherung praktisch nie wechseln; sie bleiben bei ihrer Versicherung. Denn an sich wäre der beste Risikoausgleich, wenn chronisch kranke Versicherte zu den günstigsten Krankenversicherern gingen; sie hätten dort ja die genau gleichen Leistungen. Das wäre ein automatischer, selbsttätiger Risikoausgleich. Wir müssen jetzt einfach zur Kenntnis nehmen, dass sich die Bevölkerung nicht so verhält. Wer krank ist, wechselt seine Versicherung nicht.

Ich kann das ohne weiteres nachvollziehen; das hat viele psychologische und auch ökonomische Hintergründe. Warum sollte ich eigentlich in dieser Situation die Versicherung wechseln? Also hat sich diese Erwartung, die wir alle seinerzeit hatten, dass sich hier ein natürlicher Durchmischungsprozess vollziehen würde, nicht erfüllt. Im Übrigen sind wir hier überhaupt nicht allein: Alle internationalen Krankenversicherungssysteme haben das genau gleiche Problem, und wenn Sie die Entwicklung in Deutschland etwas verfolgen, so wissen Sie, dass das kürzlich ein grosses Thema war. Man hat entsprechende Lösungen getroffen, und wir werden ähnliche Schritte tun müssen. Es ist also eine Illusion, zu meinen, auch hier sei die Schweiz ein Sonderfall oder eine Insel, wo sich die Dinge anders abspielen als andernorts. Nein, es geht bei uns genau gleich zu! Die Deutschen haben diagnoseorientierte, diagnoseindizierte Kriterien zusätzlich zu Alter und Geschlecht eingeführt. Ich finde, das ist der richtige Weg. Wir müssen das auch machen, aber – hier unterscheide ich mich von Frau Sommaruga – es ist nach meiner Überzeugung nicht möglich, das in zwei Jahren umzusetzen. Aber ich finde, wir sollten in einer der kommenden Vorlagen, die wir noch vor uns haben, die Instrumente einführen, damit wir das tun können. Das heisst, wir müssen insbesondere im Diagnosebereich die entsprechenden Vorkehrungen treffen, damit dann in einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren diese Instrumente auch eingesetzt werden können.

Wenn ich also den Antrag Sommaruga jetzt ablehne, so nicht deshalb, weil ich mit der Analyse nicht einverstanden wäre, sondern weil ich der Meinung bin, wir müssten das auch seriös vorbereiten und dann eine wirklich geklärte Vorlage verabschieden. Insbesondere finde ich aber, der Bundesrat und das BSV sollten die Erfahrungen zu diesen Fragen, die in anderen Ländern gemacht werden – auch in den USA und im Vereinigten Königreich, also in Grossbritannien –, aufnehmen, auswerten und dann die positiven Möglichkeiten für uns vorschlagen. Wir müssen hier das Rad überhaupt nicht neu erfinden; es ist international schon sehr viel gelaufen, worauf wir uns abstützen können.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich möchte nach der heutigen Eintretensdebatte jetzt beileibe nicht als Bremser in Erscheinung treten. Aber, Frau Sommaruga, das haben wir jetzt wirklich gelernt: Zwei Jahre sind schlicht und einfach zu wenig. Was machen wir heute? Wir verlängern dauernd solche Fristen. Dieser Antrag wird wieder dazu führen – das ist absehbar –, dass wir uns in eineinhalb Jahren wieder darüber unterhalten, wie wir diese Frist verlängern werden. Deshalb bin ich dagegen.

Es geht mir aber um einen anderen Punkt, deshalb habe ich das Wort ergriffen. Schauen Sie, gerade beim Risikofonds können wir keinen Schnellschuss machen. Wenn ich gehört habe, in welche Richtungen die Überlegungen gehen, dann befürchte ich, dass wir hier wieder falsche Anreize setzen könnten. Wenn Sie sagen, «ein weiteres problemloses Kriterium» – irgend so etwas habe ich gehört – sei beispielsweise der Spitalaufenthalt im Vorjahr, dann habe ich Mühe. Wozu führt das? Es führt wieder dazu – der schöne alte Brauch –, dass wir Spitalaufenthalt, sprich stationäre Behandlung, und ambulante Behandlung ungleich behandeln. Der Spitalaufenthalt, der zwar bekanntlich unter dem Strich teurer kommt, wird dann über den Risikoanteil ausgeglichen. Damit erhalten die Versicherer schlussendlich den Anreiz, eine Behandlung eher stationär im Spital abzuwickeln, obwohl das teurer ist – ich sage es noch einmal – als eine ambulante Behandlung. Das darf nicht sein. Solche Effekte müssen wir betrachten, da müssen wir sauber vorgehen.

Ich bin dagegen, dass wir hier zu rasch dahinter gehen; das muss sauber geklärt werden.

Ich wäre dankbar, Frau Sommaruga, wenn Sie auf diesen Schnellschuss «zwei Jahre» verzichten könnten.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que la démonstration est faite que le problème de la compensation des risques est un problème qui ne peut pas être résolu avec des solutions simples. Madame Sommaruga a dit: «Il faut changer quelque chose.» Mais pour changer quelque chose, il y a un critère simple: avec un jour d'hospitalisation dans l'année qui précède, on tombe dans la compensation des risques! Donc Monsieur Stähelin a répondu avec raison qu'il y a là une incitation catastrophique à faire des séjours à l'hôpital dès qu'il y a le moindre risque, séjours qui en soi sont chers et qui ensuite entraîneront une sélection négative des risques tout à fait claire.

Il n'y a pas de solution simple, parce qu'il y a non seulement une discussion philosophique, une discussion scientifique, mais il y a aussi de puissants intérêts qui sont cachés derrière beaucoup de prises de position. Par conséquent, lorsqu'il y a ces trois niveaux de discussion, il y a de forts risques de référendum.

Si l'on suit la proposition Sommaruga – deux ans –, cela signifie que si l'on veut avoir mis sous toit la nouvelle formulation de la compensation des risques dans les deux ans, il faut pratiquement présenter l'année prochaine au plus tard une solution au Parlement. Celle-ci devrait être approuvée l'année prochaine et pourrait ensuite être soumise au référendum – parce que le délai d'organisation d'un référendum est de trois mois –, puis il faut fixer le calendrier. Cela équivaut donc pratiquement à une période de deux ans. Cela signifie qu'à peine cet article voté, il faudrait non seulement commencer une discussion d'experts, mais aussi prendre des décisions au niveau du Conseil fédéral, mettre en consultation, et vous présenter une loi l'année prochaine qui puisse être soumise au référendum et, le cas échéant, qu'il reste le temps pour la votation populaire. Alors cinq ans, cela me paraît un temps relativement long, mais vous verrez bien dans la pratique que cela correspond au temps nécessaire pour avoir une alternative, et lorsqu'on discutera l'alternative, il faudra discuter les critères.

Je voudrais simplement ajouter que la chasse aux bons risques existe certainement. Qu'elle soit organisée? J'ai souvent eu le sentiment que, derrière ces critiques, il n'y avait pas seulement une vision désintéressée de la chose, mais qu'il y avait aussi compétition entre assurances; mais que cela existe, c'est probable. C'est d'ailleurs dans la nature même des choses. Quel que soit le système de compensation des risques que vous introduirez, il y aura tout de suite quelqu'un dans les compagnies d'assurances qui réfléchira à la manière de le détourner.
Monsieur David, comme je l'ai évoqué lors du débat d'entrée en matière, a parlé de la possibilité de faire une compensation des risques en fonction du diagnostic. Je crois que c'est probablement la perspective la plus prometteuse; mais là aussi le diable se cache dans les détails. En effet, lorsqu'on a dit cela, il faut ensuite passer à l'acte, définir les maladies qui font l'objet de la compensation des risques et être sûr que la définition que l'on donne de la maladie est acceptée par tous et avec tous les problèmes que cela pose concernant la sécurité du diagnostic, l'erreur, le changement, l'évolution d'une maladie, les aspects secondaires, la différence du coût d'une maladie en fonction de l'âge, en fonction de la situation personnelle des personnes.
Je terminerai par cette dernière remarque. Ces derniers jours, on a fait grand cas d'une étude dite du Fonds national. Il faudrait ajouter que le Fonds national n'a naturellement pas d'opinion sur le sujet et qu'il a simplement financé une étude. Alors, donner le sceau de l'autorité du Fonds national à une opinion – même d'expert –, c'est quelque chose qui relève de la propagande et pas du débat politique fondé.
Je vous suggère de suivre votre commission et de repousser la proposition Sommaruga.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Kommission .... 31 Stimmen
Für den Antrag Sommaruga Simonetta .... 7 Stimmen

Ziff. II
Antrag der Kommission
Streichen
(siehe Entwurf 3)

Ch. II
Proposition de la commission
Biffer
(voir projet 3)

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Nous avons simplement prévu en commission de faire de la disposition transitoire concernant le tarif des soins une loi séparée. C'est le projet 3 figurant dans le dépliant (modification de loi); j'y reviendrai donc plus tard.

Präsident (Schiesser Fritz, Präsident): Wir werden bei der Vorlage 3 auf diesen Punkt zurückkommen.

Angenommen – Adopté

Ziff. III
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

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

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
Für Annahme des Entwurfes .... 34 Stimmen
(Einstimmigkeit)

2. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung
2. Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Deux mots sur cette loi. Etant donné que la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie vient à échéance à la fin de l'année 2004, la présente modification a pour objectif de prolonger le régime transitoire mis en place.
La réglementation stipule que le canton doit contribuer – à raison de 100 pour cent du tarif que l'assureur doit payer pour le traitement d'une personne résidant dans le canton – aux coûts de l'hospitalisation en division privée ou semi-privée d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire qui séjourne dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, qui séjourne dans la division commune de l'hôpital concerné. Cette réglementation ne modifie donc en rien les dispositions transitoires applicables, notamment: l'obligation de contribution du canton ne s'applique pas aux hôpitaux privés non subventionnés.
Les hôpitaux privés nous ont fait savoir leur opposition à la prolongation de ce régime. Les assureurs-maladie, quant à eux, semblent accepter cette situation dans la mesure où la validité de la présente loi est prolongée uniquement jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision dans le domaine du financement hospitalier, et limitée au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006.
C'est donc à l'unanimité que la commission est entrée en matière sur ce projet de loi; elle a accepté ce projet de loi également à l'unanimité.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich möchte hier bestätigen, dass es in dieser Angelegenheit eine Übereinstimmung zwischen Kantonen und Krankenversicherern gibt, weil es nur um eine Verlängerung um zwei Jahre geht. Aber ich möchte hier doch festhalten, dass gemäss Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) die anrechenbaren Kosten die Basis sein müssten. Diese haben eine Grössenordnung von 750 Millionen Franken. Hier wird jetzt wieder die Lösung der Tarife weitergeführt, das heisst 500 Millionen Franken. Die Übung geht also mit 250 Millionen Franken pro Jahr zulasten der Prämienzahler. Das heisst, die Prämienzahler werden in den nächsten zwei Jahren um 500 Millionen Franken mehr belastet, als es gemäss EVG-Urteil der Fall wäre.
Ich bestätige aber, dass wir hier damit einverstanden sind und damit den Weg ebnen, die KVG-Revision voranzutreiben.

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Art. 1 Abs. 1
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, ch. I introduction, art. 1 al. 1
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 2
Antrag der Kommission
Abs. 1
.... danach wird der vom Kanton geschuldete Kantonsbeitrag abgezogen. Der Restbetrag wird der versicherten Person in Rechnung gestellt.

Abs. 2, 3
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 2
Proposition de la commission
Al. 1
.... par le canton est déduite. Le solde est facturé à l'assuré.
Al. 2, 3
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Cette disposition ne change rien au droit matériel et concerne uniquement le déroulement du paiement de la facture. Il s'agit donc là d'une question de procédure que la commission a encore clarifiée par rapport au projet du Conseil fédéral. Le solde des frais hospitaliers non couverts par le tarif de l'assurance obligatoire des soins est à la charge de l'assuré ou, bien sûr, de son assurance complémentaire s'il dispose d'une telle assurance. Il n'y a donc pas de modification matérielle par rapport au projet du Conseil fédéral.

Angenommen – Adopté

Art. 3 Abs. 3; Ziff. II
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 3 al. 3; ch. II
Proposition de la commission
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsident (Schiesser Fritz, Präsident): Über die Dringlichkeitsklausel wird erst nach erfolgter Differenzbereinigung abgestimmt. Die Gesamtabstimmung erfolgt also unter dem Vorbehalt der Abstimmung über die Dringlichkeit.

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

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

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: L'article 9a alinéa 2 de l'ordonnance actuelle sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie prévoit des tarifs-cadres par jour pour les soins en EMS qui sont répartis selon quatre niveaux de soins requis. Il règne toutefois des disparités relativement importantes entre les cantons quant au système par niveau de soins utilisé et au montant de la rémunération.
De plus, ce ne sont pas seulement des systèmes avec quatre niveaux de soins qui sont appliqués, mais aussi des systèmes qui en comportent plus de quatre. Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, il faut toutefois que les tarifs-cadres soient respectés en moyenne. Compte tenu de l'hétérogénéité que connaît la Suisse, une comparaison des tarifs est difficile. En ce qui concerne le Spitex, l'article 9a alinéa 1 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie prévoit des tarifs-cadres pour les soins à domicile qui comportent des limites tarifaires par heure. La situation dans les cantons montre que ces tarifs-cadres sont dépassés uniquement dans le canton de Neuchâtel, mais les fournisseurs de prestations ont apporté la preuve de la transparence des coûts, de telle sorte que les tarifs y sont basés sur des coûts démontrés. Le degré de couverture des coûts dans le domaine Spitex est nettement plus élevé que dans le domaine des EMS, c'est pourquoi un gel du tarif n'a pas de conséquences négatives, d'autant plus que la commission a prévu la possibilité d'adapter ces tarifs au renchérissement.
Dans leur prise de position, les cantons ont mis en avant la question de la protection tarifaire et de la couverture financière manquante qui pourrait être mise à la charge des cantons et des communes dans le cadre de la réglementation actuelle. Ils souhaitaient donc un assouplissement de la protection tarifaire pour la période transitoire de deux ans prévue par la présente loi. La situation actuelle n'est pas très claire dans la mesure où, suivant la situation tarifaire valable dans le canton, il peut se produire que le canton, les communes, les patients ou les prestations complémentaires, soient appelés à compléter les montants qui ne sont pas inclus dans les tarifs.
Il ne faut toutefois pas oublier la dimension temporelle de la discussion que nous sommes en train de mener. Cette disposition transitoire n'est valable que pour deux ans. Dans ce cas, il serait tout à fait disproportionné d'accepter une solution qui remette en cause les principes fondamentaux de la protection tarifaire. Une telle solution aurait en effet pour conséquence d'empoisonner totalement le climat de discussion d'empêcher de trouver une solution à long terme pour le financement des soins.
C'est pourquoi la commission, après en avoir longuement débattu, a décidé sans opposition et quelques abstentions de s'en tenir aux considérations du Conseil fédéral et de ne pas suivre les desiderata des cantons à cet égard.
La commission a néanmoins jugé utile d'ajouter dans cette disposition transitoire la possibilité d'adapter les tarifs-cadres au renchérissement pour pouvoir tenir compte d'une éventuelle inflation qui demanderait une adaptation équivalente des salaires versés.
Dans la mesure où la commission a décidé de faire de cette disposition transitoire une loi spéciale, déclarée urgente, et d'en limiter la durée au 31 décembre 2006, il n'est évidemment plus nécessaire de mentionner la durée de cette réglementation dans le texte même de la disposition transitoire.
Nous vous invitons à suivre la commission et à accepter ce projet de loi.

Forster-Vannini Erika (RL, SG): Gestatten Sie mir nur zwei, drei Bemerkungen zu dieser Übergangsbestimmung, die wir jetzt in ein dringliches Bundesgesetz gekleidet haben.
Ich denke, wir haben hier eine doch befriedigende Lösung gefunden. Die Pflegeheime weisen allerdings mit Nachdruck auf mögliche Probleme in der Finanzierung hin; Frau Brunner hat ja bereits darauf hingewiesen. Wir haben zusätzlich einen Vorbehalt angebracht, der lautet: «Vorbehalten bleiben die vom Departement vorgenommenen Anpassungen an die Teuerungsentwicklung gemäss dem Landesindex der Konsumentenpreise.»
Nun ist mir etwas erst jetzt aufgefallen, und deshalb stelle ich dem Bundesrat noch eine Frage, bzw. ich bitte ihn, mir meine Aussagen zu bestätigen: Aus der Formulierung wird nämlich nicht ohne weiteres klar, welches der zeitliche Ausgangspunkt für die Anpassung der Tarife an die Teuerungsentwicklung ist. In der Kommission sind wir immer davon ausgegangen, dass sich die Anpassung an die Teuerungsentwicklung auf den Zeitraum seit dem Inkrafttreten der Rahmentarife für die Pflege bezieht, d. h. auf den Zeitraum seit dem 1. Januar 1998. Ich wäre dankbar, Herr Bundesrat, wenn Sie das zuhanden des Amtlichen Bulletins bestätigen könnten, denn ursprünglich war es einmal vorgesehen, diesen Zeitraum so ins Gesetz aufzunehmen. Wir haben das jetzt nicht mehr drin, und ich wäre deshalb einfach froh, wenn das so bestätigt wird.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous abordons ici aussi un sujet politiquement très délicat: celui du financement des soins dans les homes. Ce sujet est délicat parce que les définitions ne sont pas très claires et parce que les sommes qui sont en jeu peuvent devenir très importantes. La consultation sur le financement des soins qui est actuellement en cours montre que les intérêts et les visions politiques sont là aussi très différents et qu'il n'y a pas de solution qui puisse satisfaire tout le monde. Il n'y a pas de surprise à

cela, quand on sait qu'il s'agit de montants de centaines de millions de francs; quelqu'un doit les payer: soit les cantons, soit les communes, soit l'assurance-maladie, soit les assurés eux-mêmes. Chacun a le sentiment que c'est l'autre partenaire qui, en toute équité, devrait prendre en charge une part plus importante. Nous viendrons, au mois de décembre, présenter un message sur le financement des soins et le débat aura lieu à ce moment-là. Jusqu'à ce moment-là, il faut garantir que la solution actuellement appliquée continue d'être appliquée, avec quelques aménagements. Pour cela, nous avons prévu cette disposition transitoire et son prolongement pour quelques années.
Les cantons, comme l'a dit Madame Brunner, ont protesté non seulement contre le gel des tarifs, mais aussi contre la garantie tarifaire qui, selon eux, empêcherait de reporter une partie des coûts non couverts par l'assurance-maladie sur les pensionnaires des EMS qui en auraient les moyens. En théorie, le problème posé est important et réel; dans la pratique, encore une fois, c'est beaucoup plus difficile de donner une bonne réponse, car la comptabilité n'est pas toujours suffisamment claire pour qu'on sache ce qui dépasse le tarif fixé.
C'est la raison pour laquelle je partage – c'était la vision du Conseil fédéral – le point de vue de la commission selon lequel ce serait une erreur d'ouvrir la boîte de Pandore pour une période de deux ans et de chercher à résoudre un problème qui n'est pas seulement d'argent, mais aussi de définition et d'équité. Ce n'est pas à travers cette disposition transitoire qu'il faut résoudre ce problème, mais à travers la décision de fond qui viendra avec le message.
Madame Forster, vous avez posé une question à laquelle je peux vous répondre par l'affirmative, comme me le confirme la représentante de l'administration. Mais ne me demandez pas une explication complémentaire sur ce point hautement technique, car j'aurais un peu de peine à vous la donner.

Detailberatung – Discussion par article

Titel
Antrag der Kommission
3. Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Titre
Proposition de la commission
3. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Ingress
Antrag der Kommission
Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom ....
beschliesst:

Préambule
Proposition de la commission
L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le message du Conseil fédéral du ....
arrête:

Ziff. I Einleitung
Antrag der Kommission
Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Ch. I introduction
Proposition de la commission
La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Ziff. I Übergangsbestimmung
Antrag der Kommission
In Abweichung von Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a dürfen bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung für die Kostenübernahme der Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim die aufgrund von Artikel 104a vom Departement festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden. Vorbehalten sind dabei diejenigen Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben. Diese werden auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt. Vorbehalten bleiben die vom Departement vorgenommenen Anpassungen an die Teuerungsentwicklung gemäss dem Landesindex der Konsumentenpreise.

Ch. I dispositions transitoires
Proposition de la commission
En dérogation à l'article 25 alinéa 2 lettre a, les tarifs-cadres fixés par le département en vertu de l'article 104a ne peuvent pas être dépassés jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation relative à la prise en charge des coûts des prestations de soins à domicile, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial. Sont réservés les tarifs et les conventions tarifaires qui ont déjà dépassé les tarifs-cadres au 1er janvier 2004. Ces tarifs sont limités au niveau du tarif valable au 1er janvier 2004. Demeurent réservées les adaptations au renchérissement, prévues par le département, selon l'indice suisse des prix à la consommation.

Ziff. II Abs. 1
Antrag der Kommission
Dieses Gesetz wird nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe b der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

Ch. II al. 1
Proposition de la commission
La présente loi est déclarée urgente conformément à l'article 165 alinéa 1 de la Constitution. Elle est sujette au référendum en vertu de l'article 141 alinéa 1 lettre b de la Constitution.

Ziff. II Abs. 2
Antrag der Kommission
Es tritt am 1. Januar 2005 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2006.

Ch. II al. 2
Proposition de la commission
Elle entre en vigueur le 1er janvier 2005 et a effet jusqu'au 31 décembre 2006.

Angenommen – Adopté

Präsident (Schiesser Fritz, Präsident): Über die Dringlichkeitsklausel wird erst nach erfolgter Differenzbereinigung abgestimmt. Die Gesamtabstimmung erfolgt also unter dem Vorbehalt der Abstimmung über die Dringlichkeit.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
Für Annahme des Entwurfes .... 34 Stimmen
(Einstimmigkeit)

De l'avis de l'exécutif fédéral, l'institution de la procédure de conciliation projetée s'impose donc également pour le personnel de la Confédération. Elle s'avère d'autant plus nécessaire qu'elle permettra désormais une égalité de traitement entre ce dernier et le personnel soumis à des rapports de travail de droit privé. Une telle finalité est, au demeurant, celle recherchée au nom de la symétrie par la motion Hubmann 98.3463 du 8 octobre 1998, qui trouvera ainsi un heureux aboutissement si le conseil entérine la présente proposition de la Commission des affaires juridiques.
Il est à noter que l'instauration de cette commission de conciliation mettra un terme à l'existence de la commission spécialisée, la nouvelle version de l'article 13 alinéa 3 de la loi sur l'égalité se substituant à la norme actuelle y relative.
Enfin, selon les déclarations faites en commission par Madame Patricia Schulz, directrice du Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, les coûts de la nouvelle organisation ne devraient pas dépasser ceux de l'organisation actuelle.
Au bénéfice des explications qui précèdent, la commission vous recommande d'entrer en matière sur cette proposition de modification légale et de lui réserver, quant au fond, une suite pleinement favorable.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral vous propose, en accord d'ailleurs avec la commission et le Conseil des Etats, une procédure efficace contre les discriminations fondées sur le sexe envers le personnel de la Confédération. Le projet prévoit l'institution d'une commission de conciliation; en contrepartie la commission spécialisée instituée par la loi sur l'égalité est supprimée.
Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'égalité en 1996, les cantons sont tenus de désigner des offices de conciliation compétents pour les litiges relatifs à des discriminations dans les rapports de travail de droit privé. Les cantons se sont exécutés et ont introduit une procédure de conciliation; dans la moitié des cantons, cette voie est ouverte également au personnel cantonal.
Au niveau fédéral, la solution est différente. Les employés fédéraux ont la possibilité d'exiger un avis au cours de la procédure de recours. Cet avis est donné par la commission spécialisée instituée par la loi sur l'égalité. Or, la procédure de préavis pose plusieurs problèmes, le principal étant qu'il faut commencer par engager une procédure de recours avant de pouvoir saisir la commission spécialisée. Cela constitue un obstacle important, car les procédures de recours sont lourdes et longues. Cette estimation est confirmée par le faible nombre de cas qui ont été soumis à la commission spécialisée. Depuis le 1er juillet 1996, date de l'entrée en vigueur de la loi, l'avis de la commission a été requis dans sept dossiers.
Les expériences faites au niveau cantonal ont prouvé qu'il était plus efficace de traiter différemment les cas de discrimination. Par leurs interventions, les offices cantonaux interviennent plus rapidement dans les litiges; ils permettent très souvent de trouver des solutions à l'amiable, satisfaisantes pour les parties concernées et moins coûteuses qu'un recours.
C'est la raison pour laquelle nous vous proposons d'adopter, en faveur du personnel de la Confédération, une solution comparable à celle qui existe actuellement dans les cantons, moyennant quoi nous supprimerons l'actuelle commission spécialisée.
Le Conseil des Etats a approuvé ce projet à la quasi-unanimité; la commission l'a accepté à l'unanimité.
Je vous invite à l'adopter.

Präsident (Binder Max, Präsident): Die Berichterstatter verzichten auf eine weitere Wortmeldung.

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

Bundesgesetz über die Gleichstellung von Frau und Mann
Loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes

Detailberatung – Discussion par article

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

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

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 03.071/1351)
Für Annahme des Entwurfes .... 103 Stimmen
Dagegen .... 15 Stimmen

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Zweitrat – Deuxième Conseil

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)

Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5479)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5141)

Text des Erlasses 2 (AS 2004 4373)
Texte de l'acte législatif 2 (RO 2004 4373)

Text des Erlasses 3 (AS 2004 4375)
Texte de l'acte législatif 3 (RO 2004 4375)

Antrag der Mehrheit
Eintreten

Antrag der Minderheit I
(Maury Pasquier, Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Gross Jost, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Nichteintreten auf Entwurf 3

Antrag Huguenin
Rückweisung an den Bundesrat
mit dem Auftrag:
– eine Aufstückelung in einzelne Gesetzentwürfe zu vermeiden, die jeglichen Blick für das Ganze verwehrt und nur die Elemente aufnimmt, aufgrund deren die zweite Revision im Dezember 2003 scheiterte;

– sämtliche Partner des Gesundheitswesens zu versammeln;
– darauf eine umfassende Revisionsvorlage zu unterbreiten.

Proposition de la majorité
Entrer en matière

Proposition de la minorité I
(Maury Pasquier, Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Gross Jost, Rechsteiner-Basel, Rossini)
Ne pas entrer en matière sur le projet 3

Proposition Huguenin
Renvoi au Conseil fédéral
avec mandat:
– d'éviter le saucissonnage des projets de loi qui empêche toute vue d'ensemble et qui ne fait que représenter des éléments à l'origine du refus de la deuxième révision en décembre 2003;
– de réunir l'ensemble des partenaires de la santé;
– de présenter ensuite un projet global de révision.

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: En préambule, permettez-moi de comparer à l'aide d'une image quelque peu audacieuse le travail effectué en commission sur ce sujet sensible: je le compare à une équipe disputant une partie de billard, au cours de laquelle les joueurs – les membres de la commission – ont tenté vainement d'améliorer le résultat d'ensemble et d'aller au-delà de l'objectif initial fixé dans le message du Conseil fédéral. Après plusieurs heures de ricochets contre les bandes de cette table de billard – qui représente le cadre législatif actuel – et malgré toutes leurs tentatives de marquer un point sans prendre un «autogoal», les joueurs ont été forcés de constater leur impuissance, pressés qu'ils étaient par le temps et par l'évidence des faits qui, comme chacun le sait, sont têtus.
Venons-en maintenant à l'objet qui nous occupe: la décision du Conseil fédéral de remettre rapidement l'ouvrage sur le métier après l'échec devant les chambres de la deuxième révision de la LAMal, sous forme de deux paquets législatifs. Le premier paquet qui va nous occuper est composé de quatre messages distincts: 1A, 1B, 1C, 1D, traités en parallèle avec le Conseil des Etats qui fonctionne comme premier conseil.
Aujourd'hui nous allons débattre du message 1A qui doit régler les aspects urgents suivants:
1. la prolongation de la compensation des risques, qui arrive à échéance à fin 2005;
2. la reconduction et le gel des tarifs des soins;
3. la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux, qui arrive à échéance au 31 décembre 2004 et qui devrait être prolongée jusqu'à l'entrée en vigueur du modèle de financement dit dual fixe;
4. l'introduction éventuelle d'une carte d'assuré;
5. les prescriptions relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs.
La commission de notre conseil a décidé d'empoigner en priorité le message 1A, de renvoyer les messages 1B – qui concerne la liberté de contracter – et 1D – qui concerne la participation aux coûts – simultanément avec le deuxième paquet législatif traitant du «managed care», et d'aborder le message 1C qui traite de la réduction des primes, une fois ce premier message 1A terminé. Cette volonté s'explique par la nécessité de privilégier les parties urgentes de la révision, afin d'éviter aussi bien une insécurité juridique préjudiciable à tous les acteurs du système que des conséquences financières qui pourraient avoir des répercussions graves sur ces mêmes acteurs.
Dans le débat d'entrée en matière, il est apparu rapidement au sein de la commission que si chacun pouvait admettre que, dans la situation actuelle, il n'y avait pratiquement pas d'autre solution que de prolonger le système actuel, les avis étaient divergents en revanche quant aux modalités et à la durée de cette prolongation.
Concernant les autres aspects de ce message, la discussion a également fait surgir différentes inquiétudes et interrogations: la nouvelle position des cantons en matière de financement hospitalier, le système dual fixe ne semblant plus leur convenir; l'introduction de la carte d'assuré, que certains souhaitent voir devenir une carte de santé, avec tous les problèmes de protection des données, d'accès aux données en cas d'urgence, sans oublier les aspects techniques et technologiques dont l'application suscite inquiétude, voire parfois même méfiance.
La future carte d'assuré est finalement la seule innovation figurant dans ce premier message, le reste relevant de la prolongation, de l'adaptation ou de la reconduction de mesures déjà en vigueur.
Bref, si l'entrée en matière a été décidée sans opposition, c'est en partie parce que, sur plusieurs points, chacun se rend bien compte qu'il y a urgence à prendre certaines décisions. Les points d'achoppement sont par la suite très vite réapparus dans la discussion de détail, et je vous propose de développer, au moment où nous aborderons les articles concernés, les arguments de la commission.
La commission, qui a pris sa décision sans opposition, vous recommande d'entrer en matière.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Ich darf meinem Kollegen Parmelin noch nachfolgen und Sie an Folgendes erinnern: Die KVG-Revision ist ja im Dezember 2003 gescheitert. Man hat vonseiten des Departementes sehr schnell eine neue Vorlage gebracht. Sie erinnern sich: Im Frühjahr 2004 ist dieses erste Paket, das mein Vorredner gerade charakterisiert hat, verabschiedet worden. Eben ist ein zweites Paket mit substanziellen Themen wie Managed Care und Spitalfinanzierung verabschiedet worden, das uns dann in der Zukunft beschäftigen wird.
Die beiden Räte haben im Frühjahr auch beschlossen, dass die wichtigen Gesetze, die eben eine gewisse Dringlichkeit haben, weil sie zeitlich begrenzt sind, in einem beschleunigten Verfahren parallel behandelt werden. Dieses Vorgehen hat dazu geführt, dass man das erste Paket etwas aufgeschnürt hat, die am dringendsten zu regelnden Bereiche jetzt berät und gewisse komplexere Bereiche etwas zurückgestellt hat. Dabei geht es vor allem um Regelungen, die zeitlich befristet sind, um Themen, die jetzt geregelt werden müssen, damit in Zukunft keine Lücken entstehen. Alles andere wird dann im normalen Verfahren beraten.
Zu den am dringendsten zu regelnden Bereichen aus dem ersten Paket gehören der Risikoausgleich, die Spitalfinanzierung und die Pflegefinanzierung. Dies sind ja auch die drei Vorlagen, die Sie vor sich haben. Dazu kommen neu Themen, die ebenfalls in sich geschlossen sind und weitergebracht werden können, weil sie keine Interdependenzen im ganzen System zeigen: Das sind die Versichertenkarte und die Massnahmen bezüglich Leistungserbringer, die uns beschäftigen werden.
Man darf hier sicher – wie auch die Diskussion der letzten Woche gezeigt hat – Folgendes festhalten: Es ist eine gewisse Enttäuschung darüber, dass nicht mehr Bereiche behandelt werden, dass man nicht weitergekommen ist, vor allem bezüglich der Prämienverbilligung. Es war aber sicher die Meinung der Mehrheit der Kommission, dass bei diesen Dingen eben sehr sorgfältig gearbeitet werden muss. Es sind noch neue Vorschläge dazugekommen, die in den nächsten Wochen nun zügig bearbeitet werden müssen.
Umso mehr ist es ein Anliegen der Kommission, dass die jetzt vorhandenen Vorlagen auch umgesetzt werden können. Ich habe es erwähnt: Sie sind zeitlich begrenzt. Wir müssen entscheiden – es handelt sich um notwendige Schritte. Das Eintreten auf diese Vorlagen war deshalb in der Kommission unbestritten. Alle drei Vorlagen haben dann auch klar die Zustimmung der Kommission gefunden. Wir werden Ihnen dann bei den einzelnen Artikeln die Argumente der Kommission erläutern.
Wie mein Vorredner bitte ich Sie also im Namen der Kommission, einzutreten, den Nichteintretens- und den Rückwei-

sungsantrag abzulehnen, die noch gestellt worden sind. Ich sage dies, ohne dass wir eine Rückweisung in der Kommission diskutiert hätten, aber aus meiner Sicht geht aus dem klaren Eintretensentscheid auch hervor, dass die Kommission vermutlich gegen eine Rückweisung gewesen wäre. Ich bitte Sie also, einzutreten und vor allem den Nichteintretens- und den Rückweisungsantrag abzulehnen. Wir werden dann bei den einzelnen Artikeln die Position der Mehrheit erläutern.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Pour ma part, je vous invite à ne pas entrer en matière sur le troisième volet de ce paquet et à refuser ainsi de geler les tarifs-cadres en vigueur depuis 1998 pour les soins prodigués à domicile et en établissement médico-hospitalier ou EMS. En effet, cette proposition n'est fondée ni historiquement, ni médicalement. Elle ne résulte que des plaintes insistantes des assureurs-maladie et ne fait que retarder d'autant une nécessaire discussion sur le fond.

Sans remonter très loin dans le temps, je vous rappelle tout d'abord que, lors de l'introduction de la LAMal, promesse avait été faite que toutes les atteintes à la santé qui nécessitent des soins seraient prises en charge dans le cadre de l'assurance de base. Or, non seulement tel n'est pas le cas à l'heure actuelle, mais pire, la solution qui nous est proposée aujourd'hui de geler les tarifs jusqu'à la fin de 2006 ne fera qu'aggraver la situation.

Que s'est-il passé pour que l'on en arrive là? Il s'est d'abord avéré que les frais liés aux soins étaient plus élevés que les assureurs ne l'avaient attendu. Est-ce une raison pour autant de ne pas prendre en charge des frais qui sont liés à une atteinte à la santé, même si celle-ci est due à l'âge? Certainement pas. Il convient du reste de rappeler que les soins à domicile et en EMS ne représentent qu'une petite part de l'ensemble des coûts de la santé.

Ce qui a en revanche été fait à juste titre, ce fut de mettre en place des règles de calcul des coûts et d'établir des critères pour permettre, à travers tous les différents systèmes mis en place par les cantons, d'atteindre la transparence des coûts. On a donc édicté de telles règles il y a à peine quelques années. Mais, au moment où ces règles portent leurs fruits, après un grand investissement en temps, en argent et en énergie des gens de terrain, on décide tout soudain de geler les tarifs. Pourquoi? Eh bien, tout simplement parce que cette transparence permet de mettre en évidence que les tarifs-cadres actuellement en vigueur sont insuffisants à couvrir les frais réellement engendrés. D'ailleurs, l'administration le reconnaît relativement cyniquement puisqu'elle écrit, dans un rapport à l'intention des membres de la commission: «Le gel des tarifs-cadres permet d'éviter la tendance à l'augmentation des coûts à laquelle il faut s'attendre pour l'assurance-maladie si la transparence est atteinte.» Il y a une contradiction évidente entre la prescription de mesures destinées à établir la vérité des coûts et un gel des tarifs, et une telle politique n'est rien d'autre que la politique de l'autruche.

Pourquoi donc les coûts des soins augmentent-ils? Bien évidemment en raison de l'augmentation réjouissante de l'espérance de vie – et j'insiste là-dessus: elle est réjouissante –, en raison également d'une volonté de prolonger autant que possible le maintien à domicile, politique dont on ne peut que se féliciter pour des questions de qualité de vie, mais aussi en raison du fait que la prise en charge à domicile est moins coûteuse qu'un placement en EMS ou un séjour hospitalier. Cette politique a des répercussions sur la lourdeur des cas pris en charge à domicile ou en EMS et donc sur l'augmentation des coûts de ces types de prise en charge.

La proposition de geler les tarifs-cadres jusqu'à la fin de 2006 est à rejeter parce qu'elle prive le Parlement d'une nécessaire incitation à trouver une solution durable à ce problème avant 2007.

Elle est également à rejeter parce qu'elle ne contient aucun élément de différenciation entre les soins à domicile et les soins en établissement médico-hospitalier, alors que les premiers sont moins coûteux que les seconds et devraient de ce fait être encouragés.

Mais cette proposition est surtout à rejeter parce qu'elle n'est rien d'autre que le début d'un démantèlement. Elle n'agit en effet pas sur la qualité de l'offre, dont elle ne tient pas compte, mais exerce une pression sur la quantité des soins, sans évaluation de l'état de santé des malades, sans prise en compte de l'augmentation de la charge de travail du personnel soignant.

Pour toutes ces raisons, je vous prie donc de ne pas entrer en matière aujourd'hui sur cette réglementation transitoire du financement des soins, ceci afin de mieux vous occuper dès demain – et pas après-demain, ni la semaine prochaine! – de trouver une solution durable et satisfaisante à cet important problème.

Huguenin Marianne (–, VD): Au nom du groupe «A gauche toute!», je vous propose donc de renvoyer au Conseil fédéral l'ensemble de ce paquet de lois, avec le mandat d'éviter le saucissonnage des projets de loi, qui empêche toute vue d'ensemble et qui ne fait que représenter des éléments à l'origine du refus de la deuxième révision de la LAMal en décembre 2003, de réunir l'ensemble des partenaires de la santé et de présenter ensuite un projet global de révision.

Pauvre révision de la LAMal! L'état dans lequel elle se trouve suscite des métaphores de plus en plus audacieuses de la part du conseiller fédéral en charge du dossier: diligence du Gothard en perdition, Tour de France cycliste; on peut y ajouter le billard du rapporteur de la commission. Pour ma part, j'ai la vision d'un corps dont les membres et les organes sont éparpillés, chacun traité l'un après l'autre et séparément, sans aucune vision d'ensemble. Au fond, de la mauvaise médecine, où chaque spécialiste traite un organe chacun de son côté, au détriment d'une approche globale.

Le rejet de la deuxième révision en décembre 2003 n'a pas été un mouvement d'humeur du Parlement. Il correspondait à des blocages sérieux venant de partenaires essentiels dans ce dossier, comme les cantons, les médecins, ceci sans même mentionner les partenaires politiques. En ne modifiant pratiquement aucun des éléments déjà présentés en 2003, en faisant fi des résultats de la consultation confirmant ces oppositions, et en saucissonnant ensuite ces projets, dans l'espoir de diviser les opposants et de passer en force, le Conseil fédéral fait débattre ce Parlement dans des conditions indignes.

Le groupe «A gauche toute!» maintient donc son opposition à la plupart des mesures envisagées dans les six messages, mais s'oppose aussi à la forme sous laquelle ce débat est mené. Dans le Tour de France, Monsieur le conseiller fédéral, pour reprendre une de vos métaphores récentes, on connaît au moins le trajet et l'arrivée. Ici, nous allons voter des projets de loi séparés, laissant ouvertes toutes sortes de stratégies pour une suite qui semble bien confuse. La victoire d'étape dont vous vous prévalez en annonçant une hausse de 3,7 pour cent «seulement» des primes d'assurance-maladie pour 2005 risque en fait une disqualification pour dopage. Dopage que l'on pourrait, en continuant les métaphores audacieuses, comparer à une transfusion avec le sang des assurés, et particulièrement celui des malades.

L'augmentation de la franchise, de la participation, la réduction des rabais sur les franchises élevées, font que l'on assiste à un transfert de coûts et non à une baisse, alors même qu'à l'époque, une baisse des primes avait été évoquée. La multiplication des franchises à option et les projets du Conseil fédéral d'augmentation de la quote-part des assurés vont encore renforcer ce transfert de coûts et la tendance à la pénalisation des plus pauvres et des malades, ceci alors que la part des ménages ne fait qu'augmenter depuis quarante ans. Le coût de la santé a doublé durant cette période, alors que la part des ménages a été multipliée par 4,7.

Nous sommes en pleine politique de réforme régressive, une politique malthusienne qui freine seulement les dépen-

ses remboursables et rationne les plus pauvres, augmentant ainsi les inégalités déjà existantes devant l'accès aux soins. Nous nous opposerons donc tant aux mesures qui pénalisent les malades, comme l'augmentation de la participation à 20 pour cent, qu'au gel des tarifs dans le secteur des soins à domicile et des EMS, gel qui constitue un transfert de charges sur les cantons ou sur les patients, ainsi que le risque d'une dégradation des soins.

Nous nous opposerons également aux mêmes mesures malthusiennes qui tendent à faire porter aux médecins la responsabilité de la hausse des coûts de la santé. La clause du besoin ou la fin de l'obligation de contracter – mesures qui, selon le conseiller fédéral, sont au coeur de la révision – ne sont en effet, elles aussi, que des tentatives néolibérales de contenir les dépenses de santé par une maîtrise comptable, laissant tout le pouvoir aux assureurs. L'exemple des Etats-Unis démontre à l'envi que la réduction de l'offre publique de soins et la concurrence ne diminuent pas les coûts, mais qu'elles amènent une médecine à deux vitesses, excluant une part importante de la population.

Au nom du groupe «A gauche toute!», je vous invite donc à renvoyer cette loi au Conseil fédéral, en l'invitant à prendre la mesure des divers mécontentements suscités par cette réforme en tranches, à prendre le temps d'une réflexion sérieuse et partenariale et à nous présenter un projet global et, pourquoi pas, innovant.

Ruey Claude (RL, VD): La question qu'on peut se poser, c'est de savoir si la santé et le domaine de la LAMal sont un champ de ruines ou un chantier de luxe.

Un champ de ruines, c'est ce qu'on pourrait en effet voir, face au nombre de propositions contradictoires mort-nées qui sortent régulièrement de tous les côtés de cet hémicycle et de tous les bureaux et offices des différents partenaires du système de santé. Un champ de ruines, on pourrait le voir aussi dans le fait que nous avons été incapables de sortir de nos contradictions politiques lorsque nous avons fait échouer la deuxième révision de la LAMal. Un champ de ruines, on pourrait le voir, enfin, en songeant à la lenteur des travaux de nos commissions, qu'il s'agisse de la commission du Conseil des Etats ou de la nôtre, où nous sommes souvent incapables de faire rapidement des choix clairs. Dans une certaine mesure, on peut donc considérer que nous nous trouvons dans un domaine sinistré.

Mais en ayant un tout autre regard, on peut aussi considérer que nous nous trouvons dans un chantier de luxe. La solidarité entre bien portants et malades n'est-elle pas largement garantie dans ce pays? L'accès aux soins n'est-il pas très solidairement assuré pour tous? Ne nous trouvons-nous pas dans l'un des meilleurs systèmes médical et sanitaire du monde? Ne bénéficions-nous pas, enfin, d'une offre de qualité exceptionnelle?

Donc, on le voit, le monde de la santé est un monde de contrastes. En fait, nous ne nous trouvons ni dans un champ de ruines, ni dans un chantier de luxe, mais dans un domaine qui a – il faut le dire – beaucoup de peine à trouver un cap et à suivre une ligne directrice claire.

Ce qui m'a frappé, personnellement, lorsque que j'ai eu à reprendre en 1994 la responsabilité du domaine sanitaire sur le plan cantonal vaudois, c'est de voir à quel point ce domaine est émotionnel. Il est vrai que s'y jouent la vie, la mort, la douleur, la peur, l'espoir, et que cela ne peut bien sûr pas échapper à l'émotion. Mais j'ai également été frappé de voir que les différents acteurs de santé ont très souvent une vision partielle des choses, sans approche globale; et qui dit vision partielle dit vision partiale, si bien que les conflits d'intérêts des uns et des autres – conflits naturels en soi – sont parfois exacerbés par une conception aveugle – je dirai même opaque – du système. Or, nous devons sortir de cette opacité, d'un système incapable de choisir entre étatisme et concurrence, et qui mélange prix administrés et économicité, ce qui en soi est parfaitement contradictoire.

Il est donc temps de trouver un cap et de l'indiquer. Monsieur le conseiller fédéral, ce cap, cette stratégie, c'est aussi à vous de nous la fournir et de nous la proposer. Nous sommes heureux que vous ayez entamé cette procédure, même si, pour des raisons pragmatiques évidentes, vous venez devant nous avec des projets «successifs». Ces projets, contrairement à ce que vient d'affirmer Madame Huguenin, nous voyons qu'ils s'inscrivent dans une ligne politique cohérente que nous soutenons.

Le groupe radical-libéral affirme en effet que, pour être le plus juste, le plus efficace et le plus supportable pour la collectivité, le système de santé de notre pays doit devenir plus concurrentiel. Il est temps de sortir du vaste atelier protégé dans lequel nous nous trouvons parfois! Ce système doit faire place à plus de mécanismes autorégulateurs et incitatifs, ainsi qu'à plus d'esprit d'entreprise. Il doit conduire à terme à l'abandon des prix administrés, remplacés par des prestations payées à leur juste prix et par un financement qui suit le patient.

Cela signifie que le système doit faire appel à des acteurs responsabilisés et disposant d'une liberté suffisante, qu'il s'agisse des fournisseurs de soins, des assureurs ou des patients qui doivent tous pouvoir devenir de vrais partenaires du domaine de la santé, et pas seulement des personnes dépendantes d'un système administratif ou légal arbitraire. Ce n'est donc qu'en sortant de notre système faussement concurrentiel, du dirigisme des prix administrés et des obligations de tous ordres, qu'en plus du but de solidarité que nous avons atteint, nous atteindrons également le deuxième but nécessaire, soit la maîtrise des coûts.

En bref, le groupe radical-libéral préconise un système de santé fondé sur la responsabilité de tous les acteurs, sur la liberté de choix, sur la concurrence entre les fournisseurs de soins comme entre les assureurs.

Le groupe radical-libéral soutiendra donc globalement le projet qui nous est soumis, tout en s'en écartant lorsque les conditions propres à instaurer la concurrence ne sont pas toujours réalisées. Je pense en particulier à l'égalité de traitement des assurés en chambre privée, entre hôpitaux publics subventionnés ou privés par exemple, et à la nécessité de permettre aux jeunes médecins de pouvoir s'installer sans être bloqués par des entraves étatiques de type malthusien.

Cela dit, je le répète, globalement, nous approuvons le cap choisi.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Sie haben es gehört, die FDP-Fraktion bittet Sie, auf die Vorlage einzutreten und auch den Rückweisungsantrag abzulehnen. Nach dem unrühmlichen Schiffbruch des KVG in der letzten Wintersession stehen wir heute vor dringlich zu bewältigenden Traktanden: vor dem Zulassungsstopp, der abläuft, der Spitalfinanzierung, dem Risikoausgleich und der Fixierung der Pflegetarife. Es ist uns klar, dass in den Kommissionen die Vertragsfreiheit, die Prämienverbilligung und die Kostenbeteiligung noch nicht so weit sind, dass wir auch da in dieser Session mit dem Ständerat gleichziehen könnten.

Erlauben Sie mir hier die Bemerkung, dass wir über solch wichtige Bereiche keine Entscheide im Schnellverfahren fällen sollten. Es war auch an der Grenze des Sinnvollen, in beiden Räten gleichzeitig Geschäfte von solcher Tragweite zu beraten. Wenn wir über Systeme der Prämienverbilligung befinden, müssen Kosten und Nutzen klar ersichtlich auf dem Tisch sein, und auch die Konsequenzen müssen sehr gut abgeklärt werden. Auch die Vertragsfreiheit kann kaum isoliert eingeführt werden, sondern dies geschieht sinnvollerweise im Rahmen der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung.

Zugegeben: Wir kommen mit dieser Teilrevision nur wenig voran, aber es geht wenigstens vorwärts. Unser Ziel ist und bleibt, im Rahmen der Krankenversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger ein gutes Angebot von hoher Qualität zu vernünftigen Preisen zu gewährleisten. Das bedingt aber, dass alle Beteiligten wissen, wo und wie übermässige Kosten entstehen. Das bedingt auch genügend Eigenverantwortung, um keine Leistungen des Angebotes zu beanspru-

chen, die nicht nötig sind, auch wenn man vorher noch so viele Prämien bezahlt hat. Das bedingt aber auch genügend Eigenverantwortung, dass niemand Leistungen verordnet, die behandlungstechnisch nicht wirklich gerechtfertigt sind, auch wenn man an diesen verdienen könnte.
Diese Bedingungen lassen sich mit Anreizen unterstützen, und dafür setzen wir uns ein. Wir begrüssen die hier geforderten Massnahmen. Sie gehen in die richtige Richtung und werden mit weiteren notwendigen Schritten nach und nach zur weiteren Kostendämpfung führen. Im Gesundheitswesen sollten wir – das beweisen alle Umfragen – nicht mit der Holzhammermethode vorgehen. Wir können die Kosten nicht einfach von einem Jahr zum anderen reduzieren. Wir können dies nur Schritt für Schritt tun. Wir sollten zur Kenntnis nehmen, dass die Kosten stetig steigen werden. Ungefähr eine Million Bürgerinnen und Bürger in diesem Land verdienen direkt oder indirekt an den Leistungen im Gesundheitswesen. Sie werden alles daransetzen, nächstes Jahr mindestens gleich viel, aber noch lieber mehr zu haben.
Wir müssen aber auch anerkennen, wenn Schritte Besserungen bringen. Sie haben gestern gehört, dass die Krankenkassenprämien um 3,7 Prozent ansteigen werden. Sie lesen heute in den Zeitungen: «Kosten immer noch nicht im Griff», «Unabänderliche Steigerung», «Stetige Spirale der Gesundheitskosten». Wir müssen aber auch sehen und anerkennen, dass eine Steigerung in dieser geringen Höhe schon lange nicht mehr erreicht worden ist. Wir sollten hier weitere Schritte beschliessen, um diese Entwicklung der Kostenspirale weiter aufzuhalten. Dafür sind wir bereit.
Ich bitte Sie im Namen der FDP-Fraktion, auf diese Vorlage einzutreten und den Rückweisungs- und den Nichteintretensantrag abzulehnen.

Humbel Näf Ruth (C, AG): Der Bundesrat beschreibt in der Botschaft seine Reformstrategie nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision. Er hält dabei fest, dass sich der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung schwergewichtig auf den Bereich der Kostendämpfung konzentriert.
Seitens der CVP teilen wir diese Beurteilung. Die Revision des KVG darf keine weiteren Kostenverlagerungen auf die Krankenversicherer und damit auf die Prämienzahlenden bringen. Sie muss negative, kostentreibende Anreize beseitigen und Transparenz schaffen. Diese Massnahmen braucht es, damit wir unserer Bevölkerung ein qualitativ gutes Gesundheitswesen, eine gute Gesundheitsversorgung erhalten können.
Der Bundesrat unterbreitet uns nun die im letzten Jahr gescheiterte Vorlage in Einzelpaketen; jede Vorlage soll separat dem Referendum unterstellt werden. Dieses Vorgehen ist verständlich und auch gut gemeint. Vonseiten der CVP beurteilen wir es aber als problematisch. Die meisten Teilbereiche sind nämlich eng miteinander verknüpft. Gerade mit der Zielsetzung der Kostendämpfung müssen sie zusammen diskutiert werden können. Wir denken da vor allem an die Teilbereiche Neuregelung der Spitalfinanzierung, Einführung der Vertragsfreiheit, Förderung von Managed Care, von Netzwerken, differenzierte Kostenbeteiligung für die Versicherten bzw. für Patientinnen und Patienten. Letztlich gehören als flankierende Massnahmen auch eine Verbesserung des Risikoausgleichs sowie die Prämienverbilligung dazu.
Die CVP begrüsst daher die Verschiebung der Vorlagen 1B, Vertragsfreiheit, und 1D, Kostenbeteiligung, in das zweite Gesetzgebungspaket. Grundsätzlich unterstützen wir alle Bestrebungen, welche geeignet sind, das Kostenbewusstsein und die Eigeninitiative des Einzelnen zu stärken. Die Höhe der Kostenbeteiligung gehört in diesen Bereich. Die Kostenbeteiligung ist als Kostendämpfungsmassnahme gedacht, richtigerweise muss sie daher auch im Kontext der Kostendämpfungsmassnahmen behandelt werden, das heisst im Zusammenhang mit der Aufhebung des Vertragszwanges und der Förderung von Netzwerken.
Es ist grundsätzlich richtig, in dieser Session ausschliesslich jene Gebiete zu behandeln, wo ein dringlicher Handlungsbedarf vorliegt. Gerade deshalb – weil wir in einigen Gebieten einen dringenden Handlungsbedarf haben – dürfen wir keinen Rückweisungsantrag unterstützen.
Wir beschliessen heute primär Übergangsrecht – dringliches und befristetes Recht. Es ist darum richtig, im Gesetz die Stossrichtung zu signalisieren, das heisst die Richtung, in welche es bei der Revision der zentralen KVG-Bereiche gehen soll. Ich verweise hier auf die Kommissionsfassung zum Risikoausgleich und zur Verlängerung des Zulassungsstopps.
Die CVP-Fraktion unterstützt mehrheitlich die Anträge der Kommission. Wir meinen, dass die Versichertenkarte nicht bloss eine Administrativkarte werden darf, sondern dass sie zu einer Gesundheitskarte ausbaubar sein muss. Dazu braucht es die notwendigen gesetzlichen Grundlagen.
Wir unterstützen die Verlängerung des Zulassungsstopps. Leider kommen wir nicht umhin, diesen als vorübergehende Lösung weiterzuführen. Er ist zweifellos keine befriedigende Lösung, weil er vor allem junge Ärztinnen und Ärzte benachteiligt. Das Ziel der CVP ist es daher, ihn so bald wie möglich durch ein freiheitlicheres Vertragssystem abzulösen.
Die Verlängerung des Risikoausgleichs ist an und für sich unbestritten, selbst wenn seine Mängel in der heutigen Form allgemein bekannt und anerkannt sind. Wenn wir die Wettbewerbselemente im KVG stärken wollen, muss der Risikoausgleich wirkungsvoller ausgestaltet werden, um Risikoselektionen unattraktiv zu machen, und zwar sowohl vonseiten der Versicherer als auch vonseiten der Leistungserbringer.
Die CVP-Fraktion unterstützt auch die Verlängerung des Sockelbeitrages für Zusatzversicherte in öffentlichen Spitälern sowie die Übergangsbestimmung für die Pflegefinanzierung.
Zusammenfassend kann ich festhalten, dass die CVP-Fraktion auf die Vorlage eintritt und mehrheitlich den Anträgen der Kommission zustimmt. Ich bitte Sie, dies auch zu tun.

Rossini Stéphane (S, VS): Le groupe socialiste entre en matière pour les volets 1 et 2 de ce paquet de révision de la LAMal. Notre non-entrée en matière sur le volet 3 a été explicitée tout à l'heure par Madame Maury Pasquier.
Si le groupe socialiste entre en matière, il formule néanmoins des réserves et des critiques relatives à la démarche. On a évoqué tout à l'heure toute une série d'images symboliques. Pour moi, la LAMal, c'est le Titanic qui coule, mais à la seule différence près que sur le Titanic, il y avait un capitaine, alors que dans la LAMal, il n'y en a pas. Je n'attaque pas ici personnellement Monsieur Couchepin, parce que c'est la composante constitutionnelle qui gère la LAMal qui fait que dans ce pays, il n'y a strictement personne – ou trop de monde – pour piloter, ce qui conduit à une responsabilité non définie dans le pilotage de ce système.
S'agissant du constat général, pour le groupe socialiste, d'une part, aboutir à une révision de la loi qui soit de qualité ne peut se faire en additionnant un certain nombre d'éléments partiels sans vision globale. Certes, on va jouer la stratégie politique. Il faut casser les possibilités de référendum ou, en tout cas, les limiter le plus possible, mais cette stratégie ne correspond pas forcément à une politique de santé publique que l'on pourrait mettre en oeuvre. D'autre part, l'amélioration de l'assurance-maladie, inscrite dans le système suisse de santé, n'est pas possible sans avoir une fois pour toutes le courage d'entreprendre des réformes structurelles, institutionnelles, liées au fédéralisme. Personnellement, cela fait cinq ans que j'ai l'impression de parler dans le vide, mais je reste convaincu que dans ce système, si on ne «casse» pas le fédéralisme, on n'aboutira strictement à rien.
Les éléments du débat dans le cadre de la procédure de consultation et des négociations en cours sont les suivants: on peut parler du financement hospitalier, avec la question du financement dual, de la réduction des primes, de la clause du besoin. Tous ces éléments, parmi bien d'autres que nous aurons encore à traiter, montrent les limites de la cohabitation Confédération/cantons.

Bien évidemment, le Conseil fédéral l'a dit dans une réponse à une de mes interpellations: nous avons la «Politique nationale de la santé». Celle-ci est devenue un tout petit espace de dialogue. Mais à quoi nous a conduits ce dialogue? A strictement rien du tout, si ce n'est au chaos: jongler avec le renvoi des objets comme par exemple celui relatif à la réduction des primes. Par conséquent, aujourd'hui, cet espace de dialogue ne résout strictement rien.

Deuxième élément important pour nous, s'agissant du processus en cours: ce que nous allons faire aujourd'hui, c'est vraisemblablement accepter quelques paquets, mais nous n'allons résoudre strictement rien! Nous allons prolonger le statu quo dans toute une série de domaines.

Politiquement, je crois qu'il faut avoir l'honnêteté de l'admettre: ces paquets sont la prolongation d'une situation qui ne donne pas satisfaction à beaucoup d'acteurs; ils ne permettent pas d'aboutir à des changements importants et ne renforcent pas la teneur sociale de la loi. Donc, l'exercice – il faut l'admettre –, s'il nous donne un temps de répit à utiliser peut-être pour alimenter la réflexion ou pour trouver de bonnes solutions, est globalement insatisfaisant parce qu'en matière de compensation des risques, de clause du besoin, de financement hospitalier, nous n'allons rien résoudre! Cela, c'est la réalité: cette étape parlementaire ne sera pas un succès; on ne pourra pas se flatter de cet élément-là.

De plus, je crois qu'au lendemain de l'annonce des augmentations des primes, il faut quand même dire que, dans cette affaire, les grands perdants sont les patients, puisque les charges sont transférées, par l'intermédiaire de l'augmentation des franchises et de la quote-part, sur les patients, dans le cadre du système parfaitement antisocial de la prime par tête tel que nous le connaissons en Suisse.

Très brièvement: le groupe socialiste soutiendra la carte d'assuré.

Nous serons critiques par rapport à la clause du besoin, parce qu'il n'est pas acceptable pour nous de postuler, de lier d'emblée et impérativement cette clause du besoin et sa prolongation à la levée de l'obligation de contracter. En effet, il y a toute une série de problèmes liés à la formation, à l'absence dans ce pays de démographie médicale, aux problèmes posés aux jeunes médecins, aux problèmes posés par les médecins hospitaliers, aux problèmes posés aux cantons pour la gestion de ce dossier, et je crois que là, on ne résout rien non plus.

Dernier point enfin – les autres points seront abordés par mon collègue Gross Jost: le financement hospitalier. Le groupe socialiste soutient ici sans réserve la prolongation, tout simplement parce qu'elle va dans le bon sens, c'est-à-dire dans le sens d'une régulation du système de santé par les pouvoirs publics, avec une planification et des régulations organisées par l'Etat, et non pas par une concurrence qui, dans un système non marchand, est parfaitement illusoire et source d'inégalités sociales.

Gross Jost (S, TG): Die SP-Fraktion beantragt Ihnen wie bereits dargelegt Eintreten auf die Beschlüsse 1 und 2 sowie Nichteintreten auf den Beschluss 3 gemäss Antrag der Minderheit I (Maury Pasquier).

Die zweite Teilrevision des KVG ist im Dezember des letzten Jahres abgestürzt. Aus den Scherben hat der Bundesrat nicht eine neue Gesamtvorlage gezimmert, sondern ein Patchwork aus Einzelpaketen. Die SP-Fraktion unterstützt diese Strategie im Grundsatz, nicht aber das Ergebnis, das sich armselig präsentiert. Hier wurde einfach ein Scherbenhaufen neu arrangiert.

Einerseits wurde die Fortführung von Notrecht quasi zum Dauerzustand erklärt; nämlich beim Zulassungsstopp für neue Arztpraxen, was eine Fortführung einer bürokratischen Regulierung ist, die bezüglich Mengenlenkung kaum Wirkung gezeigt hat und vor allem die jungen Ärztinnen und Ärzte hart trifft, vor allem auch Ärztinnen, die Teilzeitarbeit leisten wollen. Hier hat der Bundesrat eine differenzierende Verordnungslösung versprochen. Ich hoffe, er sagt das hier auch noch.

Bei der Pflege fällt dem Bundesrat zurzeit nichts anderes ein, als die schon längst nicht mehr kostendeckenden Tarife einzufrieren. Hier bedeutet aber Einfrieren der Tarife nicht die Beibehaltung des Status quo, sondern eindeutig eine Verschlechterung zulasten der Versicherten und ihrer Angehörigen.

Ein Armutszeugnis ist auch – darauf hat auch Frau Humbel Näf hingewiesen – die bundesrätliche Ratlosigkeit betreffend Risikoausgleich: Weder die Optimierung des bestehenden Systems noch die Prüfung alternativer Modelle haben in die Revisionsvorlage Eingang gefunden. Immerhin ist der Bundesrat bereit, ein Postulat zur Prüfung einer echten Reform entgegenzunehmen; das ist positiv.

Besorgnis erregend ist andererseits, dass sich auch bei den grossen Reformvorhaben Nulllösungen abzeichnen könnten. Bei der Spitalfinanzierung sagen die Kantone zur dualfixen Leistungsfinanzierung plötzlich oder endlich Nein, weil sich kantonale Subventionen an die Grundversorgung zur schrankenlosen Giesskanne für öffentliche und private Leistungserbringer entwickeln könnten. Bei der Aufhebung oder Lockerung des Vertragszwanges setzt der Bundesrat seltsamerweise auf Konfrontation, auf völlige Vertragsfreiheit, statt den Kompromiss der letzten, gescheiterten Revision wieder aufzunehmen – und riskiert damit natürlich das Referendum der Ärzteorganisationen.

Am alarmierendsten aber ist die Pattsituation bei der Prämienbefreiung der Kinder, einem sozialpolitischen Kerngeschäft, wo die prämiengeplagte Bevölkerung Lösungen erwartet. Da präsentiert Bundesrat Couchepin eher lustlos das Sozialziel der letzten Revision. Ständerat Schwaller schlägt ein entwicklungsfähiges Projekt einer Prämienbefreiung mit Einkommensgrenze nach oben vor. Die Kantone zaubern plötzlich ein neues Modell aus dem Hut, das die Prämienbefreiung der Kinder voll auf die Erwachsenenprämien überwälzt – also Generationenausgleich durch zusätzliche Belastung des Mittelstandes. Und Bundesrat Couchepin lehnt sich zurück und sagt: Wenn ihr euch nicht einig seid, können wir auch nichts machen.

So geht es nicht; es genügt nicht, in der ständerätlichen SGK eine Subkommission einzusetzen. Das ist, Herr Bundesrat Couchepin, ein Appell: Entweder übernimmt das zuständige Departement eine aktive Rolle, hier mit den parlamentarischen Kommissionen eine Lösung zu finden, oder sonst nehmen die Fraktionen oder die Parteien die Sache selber in die Hand, z. B. mit einem «eckigen Tisch» wie bei der 5. IVG-Revision.

Deshalb, liebe Kollegin Huguenin: Ihr Antrag auf Rückweisung an den Bundesrat wäre mir an sich sympathisch, aber ich teile Ihr Vertrauen in den Bundesrat nicht, er werde in Bälde eine überzeugende, umfassende Revisionsvorlage präsentieren. Deshalb bin ich auch nicht der Meinung, wir sollten diesem Rückweisungsantrag zustimmen.

Wir beantragen Eintreten auf die Vorlagen 1 und 2 und Nichteintreten auf die Vorlage 3.

Teuscher Franziska (G, BE): Wir wenden heute 10 Prozent unseres Bruttoinlandproduktes für medizinische Leistungen auf. Aber davon werden wir nicht gesünder, im Gegenteil: Wir konsumieren immer mehr Medikamente. 1995 setzte die Psychopharmaka-Branche noch 255 Millionen Franken um, fünf Jahre später waren es 420 Millionen. Das freut vielleicht Daniel Vasella, der sich sein Jahresgehalt von 24 Millionen Franken erhöhen kann. Wenn die Pharmabranche floriert, ist das sicher kein Anzeichen von erhöhter Gesundheit, sicher kein Anzeichen von erhöhtem Wohlbefinden.

Nach der gescheiterten KVG-Reform vom letzten Jahr verabreicht uns nun Bundesrat Couchepin seine Gesundheitsreform in Salamischeibchen. Wir Grünen vermissen grundlegende Überlegungen über Ursachen und Wirkungen. Bundesrat Couchepin hat zwar unzählige Gespräche mit allen Parteien, Verbänden und Institutionen geführt, aber er tischt uns kein neues Gericht auf. Damit unser Gesundheitssystem nicht kollabiert, bleibt aber auch uns Grünen nichts anderes übrig, als diese Salamischeibchen widerwillig zu

schlucken. So sind wir auch für Eintreten auf die Vorlagen 1 und 2 und lehnen den Rückweisungsantrag Huguenin ab.

Wir Grünen vermissen eine umfassende Debatte über das Scheitern der letzten Reform. Wo sind, Herr Couchepin, die innovativen Würfe, wo ist die Gesamtschau über die Kosten, wo sind die konkreten Lösungsansätze? Wir haben Probleme mit unserer Krankenversicherung. Für viele Menschen in der Schweiz sind selbst die moderaten Aufschläge in der jetzigen Prämienrunde nicht verkraftbar.

Für die Grünen ist der Weg, den Bundesrat Couchepin bei der Reform des KVG einschlägt, der Weg des geringsten Widerstandes. Deshalb stehen wir bereits in einer Sackgasse. Die Positionen sind heute nämlich nicht anders als im Dezember 2003. Wichtige Fragen, wie beispielsweise die der Prämienverbilligung, sind vertagt worden. Herr Gross Jost hat vorhin ausgeführt, welche Vorschläge zur Verbilligung der Krankenkassenprämien bei Kindern auf dem Tisch liegen. Das sind Vorschläge, die man nicht einfach so schnell über die Runden bringen kann und wozu es konkrete Vorschläge auch vom Bundesrat braucht. Die Frage rund um den Medikamentenkonsum und die Medikamentenpreise schiebt Bundesrat Couchepin vor sich hin wie eine heisse Kartoffel.

Wir treten heute an Ort und Stelle, wir zementieren nur den Status quo. In der vorliegenden Teilrevision debattieren wir nur über die Verlängerung von dringlichen Beschlüssen, obwohl ihre Wirkung zum Teil umstritten ist und wir sie nicht ausdiskutiert haben. Wieso will man uns z. B. mit Vergleichszahlen aus Liechtenstein von einem weiteren Zulassungsstopp für Ärzte überzeugen? Sind die Zahlen, die wir in der Schweiz haben, vielleicht nicht so gut? Wieso soll der Risikoausgleich unverändert weitergeführt werden, obwohl Experten dazu raten, weitere Parameter neben Alter und Geschlecht beim Risikoausgleich mitzuberücksichtigen? So, wie die Gesundheitsreform von Bundesrat Couchepin aufgegleist ist, laufen wir Gefahr, dass die sozial Schwächeren im Gesundheitssystem immer mehr leiden. Für Familien sind beispielsweise die Krankenkassenprämien unerträglich hoch, doch gegen dieses unerträgliche Leiden legen wir in der vorliegenden Revision gar nichts vor.

Die Krankenkassenprämien wachsen auch nächstes Jahr, auch wenn Bundesrat Couchepin stolz beteuert hat, dass der Anstieg nächstes Jahr moderat ausfalle. Dies hat nicht mit einer besseren Konstitution der Krankenkassen zu tun, sondern vor allem mit den bundesrätlichen Massnahmen betreffend die Franchisen und den Selbstbehalt. Das ist hier eine Reform auf dem Buckel der Schwächsten.

Wir Grünen fragen uns manchmal, ob man im EDI die Studien eigentlich liest, die man für teures Geld in Auftrag gibt. Dort könnte man z. B. schwarz auf weiss nachlesen, dass die Situation am Arbeitsplatz immer härter und immer gesundheitsschädigender wird.

Arbeit macht krank – das trifft, grob gesagt, für fast jede zweite erwerbstätige Person in der Schweiz zu. 44 Prozent der erwerbstätigen Bevölkerung gaben im Rahmen der kürzlich veröffentlichten schweizerischen Gesundheitsbefragung an, bei der Arbeit starken Belastungen ausgesetzt zu sein, die zu gesundheitlichen Störungen wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder psychischen Problemen führen. Je tiefer ihr sozialer Status, desto häufiger klagen Menschen über gesundheitliche Probleme; je grösser die gesundheitlichen Probleme, desto höher die Kosten im Gesundheitswesen. Wir Grünen verlangen vom Bundesrat, dass er uns auch einmal aufzeigt, wie die Arbeitswelt wieder gesünder werden könnte. Denn wenn die Arbeitswelt gesund ist, können wir auch Gesundheitskosten sparen.

Wie gesagt, uns Grünen bleibt heute nichts anderes übrig, als die Salamischeibchen, die uns Bundesrat Couchepin auftischt, zu schlucken. Wir hoffen aber, dass die weiteren Gänge im Menu der Revision des Krankenversicherungsgesetzes opulenter ausfallen werden.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Wir versuchen, mit einzelnen Korrekturen am Bundesgesetz über die Krankenversicherung die offensichtlichen Probleme in unserem sozialen Gesundheitssystem zu korrigieren. Die gute Absicht, mit diesem Vorgehen Mängel zu beseitigen, möchten wir nicht bestreiten. Das schrittweise Vorgehen ist zweifellos nicht falsch. Allerdings gilt es auch, im Rahmen dieses Neuanlaufs festzuhalten, dass nach wie vor ein Konzept für eine schweizerische Gesundheitspolitik fehlt. Wir haben keine klare Zielsetzung, die diesen Vorlagen – diesen ersten und den weiteren Vorlagen, die noch kommen werden – zugrunde liegen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung und die zurzeit vorgeschlagenen Korrekturen, die uns ja dann noch ein paar Sessionen beschäftigen werden, sind der etwas hilflose Versuch, die 26 kantonalen Gesundheitssysteme in unserem Versicherungsgesetz zu koordinieren. Wir werden also weiter im Dschungel des Gesundheitswesens umherirren und mit unkoordinierten Einzelmassnahmen agieren. Echte Mängel werden damit nicht konsequent behoben. Die Gefahr, dass damit die im Ansatz richtigen Elemente – solche hat es nämlich auch – scheitern werden, weil sie nicht in einem überschaubaren Grundkonzept eingebettet sind, ist damit nicht gebannt. Die Befürchtungen, dass die echten Strukturkorrekturen, um die es dann geht, wiederum keine Mehrheiten finden, sind – so scheint es mir – mit diesem Vorgehen nicht ausgeräumt.

Wir, die SVP-Fraktion, sind – das ist bekannt – Verfechter eines wettbewerblichen Gesundheitswesens, weil wir überzeugt sind, dass mit der Voraussetzung einer grossen Anzahl von Nachfragern und einer ansehnlichen Anzahl von Anbietern Wettbewerb in jedem Fall staatlicher Planwirtschaft überlegen ist. Jeder Wettbewerb braucht besondere Regeln. Das gilt auch für das Gesundheitswesen. Die Voraussetzungen, die in unserem Gesundheitswesens da sind, eignen sich für den Wettbewerb. Das Problem ist, dass Elemente, welche unverrückbar zu diesem Wettbewerb gehören, in unserem Gesundheitswesen nicht vorhanden sind oder dann nicht zur Anwendung gelangen. Es braucht ein Zusammenspiel von Eckwerten, die den Wettbewerb begünstigen, sonst funktioniert er nicht. Und heute müssen wir feststellen, dass diese Eckwerte nicht vorhanden sind oder nicht zur Anwendung kommen.

Es geht leider auch dem neuen Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern, Herrn Bundesrat Couchepin, ab, ein Konzept vorzulegen, mit dem in zügigen Schritten sichtbar auf dieses Ziel hingesteuert wird. Nicht wahr, wenn Sie Interessierte fragen, welche Zielsetzung mit diesen Vorlagen, die wir hier nun vor uns haben, eigentlich verbunden ist, stellen wir fest, dass Leute, die mit dem Gesundheitswesen vertraut sind, nicht sagen können, welche Absicht hinter diesem Vorgehen und diesen Vorlagen steckt. Es fehlt eine verfassungsmässige Voraussetzung, um die 26 kantonalen Systeme durch eine schweizerische Gesundheitspolitik zu ersetzen. Damit wären die Überkapazitäten und die unnötigen Mengenausweitungen einzugrenzen. Das wäre mit einem kantonsgrenzenübergreifenden System möglich, ohne dabei die Kompetenzen der Kantone dort, wo sie sinnvoll sind, und dort, wo sie sinnvoll angewendet werden könnten, zu beseitigen.

Zurück zu den anstehenden dringlichen Elementen, die nun hier zur Diskussion vorliegen. Wie gesagt, diese Schritte sind nicht falsch; allerdings möchte ich diese Vorlagen als eine Art administrative Massnahmen bezeichnen, um etwas Schlimmeres zu verhindern, um die zeitlichen Abläufe zu verlängern. Es ist so eine Art Verwaltungsarbeit, die wir hier für das Gesundheitswesen erledigen, aber mit politischer Zukunftsarbeit hat das nichts zu tun. Wir bedauern, dass es einmal mehr nicht möglich ist, die notwendigen Schritte struktureller Art einer Entscheidung zuzuführen und so unser System wirklich zu einer Besserung zu führen.

Wir werden diese Vorlagen grundsätzlich mittragen, wir werden also den Nichteintretens- und den Rückweisungsantrag ablehnen und für Eintreten stimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Lors de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, on s'est fixé plusieurs objec-

tifs: on a voulu plus de solidarité; on a voulu maintenir un système de santé de qualité; et on a espéré que l'on parviendrait à maîtriser les coûts.
En ce qui concerne la solidarité, je crois que personne ici ne prétend que le système en vigueur en ait engendré moins. Au contraire, il en a engendré plus, parfois même trop, car si l'on exagère dans ce domaine, il y a tout d'un coup le risque qu'il y ait une rébellion d'un groupe à qui on demande trop par rapport à un autre.
Parmi les discussions qu'on a eues ces derniers temps sur la compensation des risques, j'ai été frappé notamment de l'intervention du président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé qui a, avec ses spécialistes, découvert l'extraordinaire importance qu'avait prise la compensation des risques au cours de ces dernières années. Aujourd'hui, il y a environ 4 milliards de francs qui transitent par le fonds de compensation et une très grande partie est naturellement payée par les classes d'âge les plus jeunes, notamment par les jeunes adultes entre 18 et 25 ans. Cette catégorie d'âge sera ainsi plus lourdement frappée, je dirai, par l'augmentation des primes d'assurance-maladie, plus modérée que prévue mais importante quand même, qui interviendra l'année prochaine et qui a été annoncée hier. La catégorie d'âge précitée paie 1700 francs par an – sur ses primes – pour le fonds de compensation des risques. C'est énorme! Et s'ils subissent des augmentations comme celles qu'ils subiront l'an prochain par rapport aux autres catégories, je crains qu'à un moment, il y ait une véritable rupture de la solidarité, parce qu'on demande un effort trop grand à certaines catégories par rapport à d'autres. Mais ce que je veux dire ici, c'est que personne ne prétend que la loi a amené moins de solidarité; elle en a amené plus et peut-être même presque trop dans certains secteurs; je pense encore une fois à cette catégorie d'assurés.
Second élément, la qualité. On a entendu dire au cours du débat précédent que c'est un des meilleurs systèmes de santé du monde; j'espère que c'est le cas. Ce que je constate, c'est que les Français disent la même chose, les Allemands également; il n'y a que les Anglais qui expriment une certaine modestie, mais une modestie limitée, parce qu'ils pensent que leur système n'est pas mauvais; preuve en est que s'ils veulent introduire un certain nombre de réformes, ils ne veulent pas le changer fondamentalement.
Donc notre système est parmi les bons systèmes de santé. C'est quand même la moindre des choses quand on investit pour ce système le 11 pour cent du produit national brut – un peu moins que les Etats-Unis, mais beaucoup plus que beaucoup d'autres pays qui ont un bon système de santé! J'entends dire aussi que la qualité peut et doit être améliorée.
D'autres pays, notamment les pays nordiques, dépensent moins par rapport au produit national brut pour leur système de santé. Je crois que personne n'imagine que l'on puisse transférer un certain nombre de mesures qui ont été prises dans le Nord et qui correspondent à une culture et à une tradition, mais qui ne sont probablement pas exportables vers un pays comme la Suisse. Un expert m'a dit que par exemple, en Suède, on a centralisé les soins pour les enfants dans deux hôpitaux pour l'ensemble du pays, et que les soins de pédiatrie sont donnés à Stockholm et à Göteborg. Si vous habitez à 500 kilomètres de Stockholm, vous amenez votre enfant à Stockholm et vous le faites soigner là. Personne n'imagine qu'on puisse proposer une solution comme celle-là en Suisse, même si Monsieur Rossini souhaite une centralisation et des compétences plus fortes qui seraient données à la Confédération. La Suède est un beau pays, mais ce n'est pas un modèle; sa culture est bien différente de celle d'ici, quoiqu'on puisse aussi prendre de bons exemples là-bas.
Les coûts: là, on n'a pas réussi – en tout cas pas comme cela était souhaitable. Dans le message de l'époque, on n'a jamais dit qu'on voulait voir une augmentation des coûts de la santé parallèle à celle du coût de la vie. On a dit que ce serait bien si l'on arrivait à avoir environ 1,5 pour cent de plus d'augmentation des coûts de la santé que d'augmentation du coût de la vie. Malheureusement, cet objectif n'a pas été atteint et, donc, reste à atteindre. J'espère que les réductions relatives d'augmentation des coûts de la santé nous conduiront dans cette direction, mais on n'a pas encore réussi pour l'instant à le faire, et c'est un des points qui suscite beaucoup de discussions.
C'est vrai que ces deux dernières années, la hausse a été plus faible que les années précédentes. Il y a trois ans, elle était de plus de 6 pour cent; il y a quatre ans, l'augmentation était aussi beaucoup plus forte; l'an passé, elle était de 4,3 pour cent et cette année, elle est de 3,7 pour cent en moyenne: il y a donc une amélioration. Alors, il est facile d'ironiser sur cette amélioration en disant qu'elle est le produit de «trucs», disqualifiant ainsi des mesures qui sont réelles – car vous ne pouvez pas obtenir des résultats sans prendre des mesures! – et qui ont abouti à des résultats.
Ce matin, lorsque je lisais les commentaires, j'avais l'impression que certains commentateurs éprouvaient une grande mélancolie à l'idée qu'on était en train de diminuer la hausse – ce qui est quand même déjà un progrès – et qu'on était passé de plus de 6 à 3,7 pour cent. Il y avait une certaine nostalgie du temps où la hausse était de 6 ou 7 pour cent.
Qu'aurais-je entendu si on en était resté à 6 ou 7 pour cent? Je pense qu'on aurait dit: «Quelles mesures avez-vous prises? Que faites-vous avec les maigres moyens que vous avez en fonction des dispositions légales d'aujourd'hui pour réduire ces augmentations?»
Eh bien, on a pris un certain nombre de mesures. Il ne faut pas les disqualifier, parce qu'elles ont été efficaces. 4,3 contre 6 ou 7 pour cent une année, c'est de l'ordre de 3 pour cent d'économie pour tous les citoyens sur la prime. Cette année, 3,7 au lieu de 6 pour cent ou plus, c'est de nouveau 3 pour cent d'économie. En deux ans, on a ainsi épargné un supplément de primes de l'ordre de 6 pour cent aux citoyens. Si l'on prend une prime annuelle moyenne de 3000 francs, 6 pour cent de 3000 francs, cela fait 180 francs. En contrepartie, on a augmenté la franchise – cela ne touche naturellement que ceux qui consomment – de 230 à 300 francs, c'est-à-dire 70 francs de plus, et j'ai porté la quote-part – cela ne concerne que ceux qui consomment plus de 6000 et moins de 7000 francs – de 600 à 700 francs, soit une augmentation de 100 francs. Par conséquent, celui ou celle qui a été frappé par ces deux mesures – 70 francs d'augmentation de franchise et 100 francs d'augmentation de la quote-part – paie 170 francs de plus, mais en deux ans il a économisé sur sa prime de base 180 francs, c'est-à-dire 6 pour cent de 3000 francs. Donc, même celui-là a gagné quelque chose dans l'opération. Cette mesure qualifiée de peu sociale est en réalité sociale, car elle bénéficie à tous et même celui qui a eu à payer ces deux suppléments est dans une meilleure situation que si l'on n'avait pas pris cette mesure. C'est une mesure limitée que l'on ne peut pas renouveler chaque année, mais elle porte ses fruits et il faut s'en féliciter. Je m'en félicite.
On a aussi pris d'autres mesures dont on a parlé aujourd'hui, notamment une mesure de solidarité qui consiste à limiter les rabais accordés à ceux qui ont des franchises élevées. Ces rabais étaient en réalité de véritables appels – des «Lockvogelpreise» – qui permettaient de sélectionner les risques. Nous avons modifié le système de telle sorte que cette sélection des risques ne soit pas possible et que ceux qui ont une franchise élevée, à l'avenir, paient réellement le montant qu'ils coûtent. Il n'y pas de cadeau qui leur est fait pour sélectionner les risques, c'est une mesure de solidarité qui a été prise.
Une mesure de transparence a aussi été prise; elle consiste à fixer des régions de primes de telle sorte que les comparaisons puissent se faire dans la même zone géographique pour chaque assurance.
Mais toutes ces mesures ne sont pas suffisantes, il faut aller plus loin et il faut réformer sur le fond le système d'assurance-maladie. Le Parlement s'est employé à réformer ce système sur la base d'un message du Conseil fédéral et il a,

lui, décidé l'an passé d'envoyer dans les ténèbres le fruit d'un travail de trois ans – c'était au mois de décembre 2003 –, qui était un projet relativement complexe, mais qui a accumulé les oppositions et qui a fait qu'à la fin, d'une manière assez étroite, il y a eu une majorité qui a décidé de renoncer à l'ensemble du travail des trois ans et qui a refusé le projet de modification de la loi.
La conclusion toute simple est que si l'accumulation des oppositions conduit à une opposition générale, l'alternative est de permettre à chacun de diriger son opposition de manière ciblée sur le point précis qui suscite l'opposition et de repartir avec des paquets séparés, ce que nous avons fait. La vision d'ensemble est connue, elle vous a occupés pendant des années, elle reste la même. Il n'y a que deux alternatives possibles: ou bien on va dans la direction de plus de concurrence, ou bien on va dans la direction de plus d'intervention étatique.
J'ai l'habitude de dire que j'ai été quarante ans de ma vie politicien; par conséquent, je me mets dans cette catégorie honorable. J'ai l'habitude de dire que la solution étatique est naturellement plus favorable pour les politiciens – dont j'ai été, dont je suis encore – parce qu'elle permet d'intervenir régulièrement, de six mois en six mois, pour corriger les erreurs précédentes. Et ainsi, on est toujours présent dans l'opinion publique, toujours en train d'améliorer un système qui est toujours en train d'échapper aux mains et à la vision des responsables de la planification étatique. Tout simplement parce qu'il est dans la nature même des choses qu'un système aussi complexe que celui de la santé ne peut jamais être planifié à partir d'un centre, fût-il aussi compétent et intelligent que celui dont on dispose en Suisse.
Ce n'est pas possible: la planification ne marchera jamais dans un domaine comme celui-là; on le voit bien à travers la compensation des risques. Lorsque vous avez voté en 1996 la compensation des risques, elle était limitée pour dix ans, parce qu'on pensait qu'après dix ans, on n'en aurait plus besoin. Maintenant, on voit qu'il y a nécessité de continuer à la garder en vigueur, mais beaucoup d'entre vous disent qu'il faut aller plus loin encore, parce qu'on n'avait pas vu tous les problèmes qui se posent. Mais dès qu'on commence à entrer dans le détail, on voit qu'il y a de très grandes divergences entre les partisans du changement, les uns voulant une compensation des risques plus fine, fondée sur l'hospitalisation, les autres voulant une compensation des risques en fonction du diagnostic, d'autres encore une compensation des risques affinée en fonction du coût des cas qui sont en cours.
Par conséquent, la planification étatique – c'est ma conviction et celle du Conseil fédéral – peut satisfaire le goût politicien d'intervenir, mais elle ne résout pas les problèmes. Il faut avoir le courage d'aller dans l'autre sens, dans le sens de plus de concurrence. C'est ce à quoi nous visons, et le noyau central de la réforme que nous préconisons est la liberté de contracter. Mais toute une série de mesures d'accompagnement doivent être prises pour que cette mesure joue. Et parmi les mesures d'accompagnement les plus urgentes, il y a un certain nombre de décisions à prendre pour reconduire des institutions qui nous permettent d'éviter des dérapages qui nous empêcheraient de faire la réforme de fond.
Alors aujourd'hui, plusieurs d'entre vous disent: «Les propositions que nous aurons à discuter dans les heures qui viennent n'ont rien d'innovateur.» Bien sûr, c'est vrai. Mais lorsqu'on est dans une situation où on veut réformer, il faut d'abord être sûr que la réforme se fait sur un terrain sain, où il n'y a pas tout d'un coup un dérapage qui entrave la réforme et la rend inefficace ou totalement contre-productive. Et ce que nous faisons aujourd'hui n'est rien de génial, c'est simplement consolider le terrain sur lequel nous voulons apporter des réformes, construire quelque chose de neuf.
Nous vous demandons de prolonger la compensation des risques, nous vous demandons de prolonger la décision relative aux tarifs des soins et la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux. Nous ne prétendons pas qu'avec ça nous aurons réformé le système de santé, mais nous aurons au moins assaini le terrain durant la période pendant laquelle nous devons travailler et bâtir du neuf.
Au cours du débat d'entrée en matière, quelques-uns parmi vous ont apporté des éléments de réflexion complémentaires. Monsieur Rossini a rappelé que dans ce pays, en fonction de l'ordre constitutionnel existant, il n'y a pas un capitaine à la tête du Titanic. Je dois dire que l'exemple est un peu attristant parce que, capitaine ou pas, le Titanic a coulé, parce que des obstacles objectifs étaient là. Même avec un beau capitaine qui est mort en écoutant «Ce n'est qu'un au revoir, mes frères!» ou je ne sais plus quel morceau émouvant, ça n'a pas marché; le bateau a coulé. Alors je vous en supplie, Monsieur Rossini, à l'avenir ne souhaitez pas un capitaine à la tête du Titanic, ça ne sert à rien. Maintenant bien sûr, ce serait apparemment plus facile d'avoir un seul responsable de l'ensemble du système de santé, c'est-à-dire un responsable au niveau fédéral exécutif et législatif. Je crois qu'on est tous conscients que le transfert total ou quasi total à la Confédération des compétences en matière sanitaire n'a aucune chance d'aboutir. Les cantons ne le souhaitent pas, ne le veulent pas. On a fait quelques expériences au cours de ces derniers mois qui montrent que lorsque le lion cantonal sort ses griffes, il vaut mieux se mettre à l'abri. Heureusement, il ne le fait que rarement, mais je crois qu'on aurait là un casus belli qui serait absolument mortel pour ceux qui le souhaitaient.
Monsieur Bortoluzzi a fait un petit bout de campagne pour l'initiative de son parti, sans l'évoquer. Nous discuterons de cette initiative en temps opportun. Sur un certain nombre de points, elle nous paraît aller dans le sens de plus de concurrence; sur d'autres points, elle nous paraît être étatiste, mais on aura une discussion à ce moment-là. Je crois que pour l'instant, il a conclu avec raison que le bon sens commande d'assainir le terrain sur lequel on doit travailler et d'accepter l'entrée en matière sur les différents projets qui sont présentés aujourd'hui et qui ne sont pas révolutionnaires, mais simplement nécessaires si on veut aller plus loin.
Monsieur Gross Jost et Madame Maury Pasquier ont déclaré qu'ils étaient d'accord sur l'entrée en matière, par contre le gel des tarifs n'a pas leur agrément. J'y reviendrai, je crois que cela vaut la peine d'en dire deux mots dans un instant.
Monsieur Gross Jost a aussi évoqué les difficultés pour les commissions parlementaires à se mettre d'accord concernant un arrêté sur la réduction des primes. Il a souhaité que le Conseil fédéral prenne une part plus active à l'élaboration d'une nouvelle solution. Je ne suis pas sûr que lorsqu'il s'agit de distribuer de l'argent, il y ait besoin d'un cuisinier supplémentaire pour distribuer la soupe! J'ai l'impression que lorsqu'il s'agit de distribuer, les cuisiniers sont assez nombreux, mais peut-être à un moment faut-il essayer de coordonner l'action des différents partenaires. Le Conseil fédéral est naturellement d'accord de jouer ce rôle-là, mais à partir du moment où on sent qu'il y a un consensus possible. Je dois dire que je suis quand même un peu étonné de voir qu'on nous fait le reproche de ne pas avoir été plus innovant dans le domaine de la répartition des subsides fédéraux.
Finalement j'ai cru faire plaisir, pour être simple, à la gauche qui avait proposé le but social, et qui avait fait du but social une condition sine qua non de son acceptation de la loi précédente, ou d'une partie de la loi précédente. Et je pensais que vous auriez vu là un geste positif à l'égard d'un partenaire qui est important et sans lequel la réforme du système de santé n'est pas possible.
Je dois dire que mon expérience m'apprend qu'il ne faut jamais croire que ce qui est arrivé dans le passé peut se renouveler. Aujourd'hui la gauche, qui souhaitait le but social dans la loi, n'en veut plus et veut quelque chose de beaucoup plus concret. Soit, j'en prends acte et à l'avenir je n'essaierai pas, à l'avance, de vous faire des concessions pour vous permettre d'accepter le projet, puisque vous n'en êtes pas satisfaits. La politique est ainsi faite, j'en prends acte. Vous n'êtes plus pour le but social, vous êtes pour un autre projet, on en discutera en temps opportun.
Personnellement je suis plutôt assez ouvert à l'idée qu'on favorise la famille et les enfants, avec quand même une préoc-

cupation à laquelle il ne m'a pas été donné de répondre jusque-là. Si vous introduisez la gratuité des primes pour les enfants pendant les 18 ou les 25 premières années – dans la mesure où il y a encore une période de formation –, il y a un risque de favoriser des gens qui n'en ont pas besoin; mais probablement qu'il y a une réponse à cela. Est-ce que vous croyez que ces jeunes, qui ensuite deviennent adultes, auront pris conscience de l'importance d'être un petit peu restrictifs dans la consommation médicale? Imaginez un jeune à qui, pendant 18 ans, on a dit qu'il n'y a pas de restrictions et que c'est gratuit. Il ne subit pas d'augmentation de primes, même s'il consomme beaucoup. Et puis, alors qu'il a entendu ce discours pendant 18 ans, tout d'un coup, lorsqu'il a 18 ans, on lui dit qu'il est maintenant un citoyen responsable, qu'il doit se rendre compte que la consommation médicale a un effet direct sur les coûts de l'assurance-maladie et qu'il doit, depuis ce jour, se restreindre dans sa consommation. Je crois qu'il y a là un problème de fond qui ne nous concerne pas, nous, parce qu'il faudra 18 ans avant que les effets se manifestent, mais cela concerne les générations futures, ce qui me paraît assez inquiétant.

Il n'est pas possible d'imaginer un système dans lequel on rende gratuites les primes pour une catégorie de jeunes en formation sans qu'il y ait quand même une certaine participation aux coûts de la part des parents, en l'occurrence en faveur des jeunes. Mais nous sommes ouverts. Monsieur Gross Jost a discuté avec le Parlement de la solution la meilleure pour répartir ces montants, le problème étant que l'on ne doit pas aller au-delà de ce qui a été prévu par le Conseil fédéral, faute de quoi on met en péril d'autres objectifs, et notamment les objectifs d'assainissement des finances publiques.

Je termine en disant à Madame Maury Pasquier que le gel des tarifs est une de ces mesures provisoires qui n'est justifiable que parce qu'elle ne doit pas durer très longtemps, et nous viendrons en décembre avec un projet de financement des soins de longue durée.

Madame Huguenin, au nom d'une conception d'ensemble, au nom de considérations générales, souhaite avec «A gauche toute!» – «En arrière toute!» – que l'on revienne en arrière. Je ne peux que lui dire: «A gauche toute!» – «En avant toute!».

Votons l'entrée en matière.

Fattebert Jean (V, VD): Vous avez salué, avec raison, que cela fait du bien de diminuer les augmentations des primes, qui sont ressenties par les assurés comme autant de coups de bâton. Vous avez parlé d'un objectif de 1,5 pour cent de plus que l'augmentation du coût de la vie pour les primes. Est-ce un manque d'ambition, de l'humilité, que vous ne puissiez pas envisager de vous aligner sur l'augmentation du coût de la vie?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je réponds à Monsieur Fattebert que cet objectif n'est pas celui de Pascal Couchepin, ni celui du Conseil fédéral 2004, c'est l'objectif qui a été voté par le Parlement lorsqu'il a décidé d'approuver la LAMal. J'ai simplement fait référence à l'objectif qui semblait partagé par tous à l'époque, par le Parlement comme par le Conseil fédéral. C'est un objectif qui, dans les circonstances actuelles, est encore ambitieux, preuve en est que même si on a réussi à diminuer la hausse, elle est encore plus élevée que le coût de la vie de 1,5 pour cent. Je crois que, théoriquement, on pourrait aller plus bas, mais alors il faut aussi relever les conséquences sociales, il faut aussi dire ce que cela signifie pour le citoyen ordinaire. Monsieur Fattebert, l'autre jour dans une émission, vous avez rappelé que vous voulez sauver l'AVS sans augmentation de l'âge de la retraite. Eh bien, je crois que c'est à peu près la même logique que vous préconisez ici. Vous n'arriverez pas à maintenir un système social de qualité sans augmenter les coûts, comme vous n'arriverez pas à sauver l'AVS sans réfléchir aussi à une augmentation de l'âge de la retraite.

Rossini Stéphane (S, VS): Je fais d'abord une remarque: le Parti socialiste est pour le but social, et vous le savez bien. Nous essayons maintenant de trouver des solutions et, vous-même, vous nous avez soutenus, lorsque vous avez combattu ardemment l'initiative socialiste en 2003. Je crois donc qu'il est erroné de dire que nous ne sommes pas pour le but social.

J'aurais une question, outre celle, par rapport au Titanic, de savoir où est l'iceberg, à laquelle vous devriez pouvoir répondre. On me l'a suggérée tout à l'heure, elle n'est pas de moi. Ma question principale, par rapport à la compensation des risques et, quand vous faites référence à la concurrence, au rôle de l'Etat, est la suivante: est-ce à dire que vous voulez une caisse unique, parce que supprimer la compensation des risques, cela veut dire que la concurrence sera, de facto, tuée dans deux ou trois ans? Il ne restera que deux ou trois caisses. Quant à nous, si nous voulons renforcer la compensation des risques, c'est justement parce que nous pensons qu'avec des critères supplémentaires, nous allons permettre à cette compensation des risques de perdurer.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois qu'il y a d'abord une bonne nouvelle, Monsieur Rossini: c'est que vous êtes, comme moi, pour la concurrence. Vous n'êtes pas pour la caisse unique et vous êtes pour l'augmentation de la concurrence. Je crois que c'est une bonne chose et on a déjà fait un bon bout de chemin ensemble si on arrive à se mettre d'accord sur cet objectif essentiel.

Premièrement – je dis cela à titre strictement personnel, je n'ai pas de doctrine là-dessus –, j'ai le sentiment que jusqu'à maintenant, les gens disent beaucoup de mal de la compensation des risques actuellement en vigueur, mais qu'ils ont beaucoup de difficulté à se mettre d'accord sur une alternative.

Deuxièmement, si j'écoute les partenaires de ce dialogue avec un esprit critique, je constate qu'ils évoquent toujours la sélection des risques. Probablement que cela doit exister, parce qu'autrement on n'en parlerait pas autant. Mais je constate aussi que, durant ces dernières années, les caisses-maladie qui ont eu des difficultés ne les ont pas eues parce que la sélection des risques aurait pu être possible en fonction du mauvais système – mauvais entre guillemets, parce que personnellement, je ne le trouve pas si mauvais que cela – de compensation des risques, mais tout simplement parce qu'elles avaient fait des erreurs d'appréciation sur l'augmentation des coûts de la santé pour les années qui allaient venir et sur le montant de leurs primes. La réalité, c'est que depuis l'entrée en vigueur de la loi, aucune caisse-maladie n'a été mise en péril par cette fameuse sélection des risques dont on parle. Par contre, certaines ont frôlé la catastrophe, ou l'ont même subie partiellement, parce qu'ils avaient fait une mauvaise estimation des coûts ou avaient pris des risques trop importants pour essayer d'attirer des clients à tout prix, d'une manière générale, et pas seulement une catégorie parmi d'autres.

Huguenin Marianne (–, VD): L'iceberg est à droite, bien entendu, c'est pourquoi: «A gauche toute!»

Monsieur le conseiller fédéral, je suis fascinée par la façon dont je vous entends parler de la consommation médicale. Vous en parlez comme d'une «consommation consumériste», justement, comment si on allait au supermarché, comme si c'était absolument la même chose. Alors, j'aimerais vous poser deux questions:

1. Quelle différence voyez-vous entre la consommation médicale et la consommation, disons, de chocolat?

2. Pour reprendre votre peur de rendre les jeunes dépendants, je rappellerai que l'école est gratuite; c'est un principe laïc démocratique et radical. Pensez-vous qu'on habitue ainsi les jeunes à la gratuité et pensez-vous imaginer de leur faire payer l'école?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Mais Madame Huguenin, l'exemple de l'école est excellent! Tout le but de

l'école est de donner le goût d'apprendre aux jeunes, le goût de consommer la culture, de consommer la formation! Donc c'est gratuit et on leur dit: «Ecoutez, on vous donne le plus d'offres possibles. Consommez! Mais consommez toute votre vie la formation, l'éducation et la culture!» Et le but de l'école gratuite, d'une certaine manière, si vous voulez m'entraîner sur ce sujet, c'est de donner à chacun la possibilité d'apprendre, d'apprendre à apprendre, et de grandir du point de vue intellectuel. Donc faire la comparaison avec l'école, dans tous les cas, ne va pas, parce que là, précisément, on veut que les gens consomment, on veut leur apprendre à consommer.

Oublions cette comparaison qui me paraît malheureuse. Je suis pour une école gratuite efficace, qui donne à chacun la possibilité de consommer davantage de culture. C'est la vieille tradition radicale comme vous l'avez dit, et je suis content qu'on rende de temps en temps hommage à ce parti qu'on a plutôt l'habitude de décrier!

Mais aujourd'hui, on en est à l'assurance-maladie. Je crois bien sûr qu'une grande partie des gens qui ont recours à l'assurance-maladie n'ont pas une attitude consumériste. Il y a des gens réellement malades et chacun d'entre nous sait qu'on finit tous par mourir, et que la mort est généralement précédée par une période de très forte consommation. Au cours de sa vie, presque chacun d'entre nous a eu un pépin une fois ou l'autre ou a vu des gens qui ont des pépins de santé plus ou moins lourds. Je crois qu'il ne faut pas jouer là-dessus. L'immense majorité des gens consomme parce que c'est nécessaire.

Mais on peut se poser des questions pour une certaine frange de la population. On sera tous d'accord pour dire qu'il faut inciter les gens, dans la mesure où c'est possible du point de vue de la santé, à consommer des génériques plutôt que des médicaments de marque. Je pense que vous êtes d'accord avec moi pour dire qu'il faut faire un pas dans ce sens. Il faut apprendre aux gens à prendre conscience de ce qui peut porter atteinte à leur santé. Il faut leur apprendre que le médecin n'a pas la réponse à toutes les angoisses que l'on peut avoir dans la vie. Il faut aussi apprendre à gérer un certain nombre d'angoisses, il faut apprendre à gérer un certain nombre de difficultés physiques naturelles et normales qui surviennent à chacun et qui ne justifient pas la consommation médicale. Sur ce point-là, vous êtes d'accord avec moi, l'immense majorité des consommateurs médicaux le font avec raison. Et il y a une marge où l'on peut obtenir un comportement plus conscient, plus responsable, qui évite la surconsommation médicale. Et c'est sur cette surconsommation médicale que nous nous penchons et nous pensons que c'est suffisamment important pour que cela puisse avoir une influence. Il faut aussi jouer sur cette marge, comme vous êtes d'accord avec moi de jouer sur la marge qui existe entre le produit générique et le produit de marque.

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: J'interviens juste pour vous dire que naturellement, nous n'avons pas discuté en commission de la proposition de renvoi Huguenin au Conseil fédéral, et vous rappeler que c'est tout de même à l'unanimité que la commission a pris la décision de vous recommander d'entrer en matière.

En effet, soutenir la proposition de renvoi Huguenin, c'est presque à coup sûr générer le chaos absolu et désécuriser bien des acteurs du système de la santé, y compris et surtout les assurés. D'une part, il y a les contraintes des délais, ainsi que Monsieur le conseiller fédéral l'a rappelé, et les échéances de la législation en cours. Cela ne nous autorise pas à cette forme d'équilibrisme. D'autre part, l'expérience du paquet global a montré ses limites. On peut donc tempêter, on peut être d'accord ou pas avec le Conseil fédéral, il n'en demeure pas moins que la voie du «saucissonnage», ainsi que Madame Huguenin l'a qualifiée, est la seule qui, en l'état, semble praticable, même si – je crois que nous sommes nombreux dans cette salle à le penser – elle est loin d'être satisfaisante.

Pour ces raisons, je vous demande de rejeter la proposition de renvoi Huguenin et d'entrer en matière.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Nur noch zwei Bemerkungen:

1. Es wurde hier im Saal sehr bedauert, dass wir mit den Arbeiten zum Sozialziel und zur Prämienverbilligung nicht weiter fortgeschritten sind. Ich möchte Ihnen hier nur mitteilen, dass sich die Kommission sehr intensiv mit diesem Thema beschäftigt hat. Sie hat nicht, wie das berühmte Salonorchester auf der «Titanic», hier einfach bis zum Untergang gespielt; sie hat dieses Thema sehr intensiv angegangen. Ich muss Sie aber daran erinnern, dass neue Vorschläge erst im Sommer auf den Tisch des Hauses gekommen sind, dass die Kantone ganz neue Modelle präsentiert haben und dass es nicht korrekt gewesen wäre, hier schon Ergebnisse zu präsentieren. Die Kommission hat denn auch mit 18 zu 2 Stimmen bei 3 Enthaltungen, also sehr klar, von links bis rechts, den Entschluss gefasst, heute noch keine Erkenntnisse zum Sozialziel vorzulegen, sondern das in der nächsten Runde aufzubereiten.
Dies habe ich gesagt, damit hier gewisse Töne vielleicht richtig interpretiert werden.
2. Damit es noch einmal klar ist: Der Antrag der Minderheit I (Maury Pasquier) auf Nichteintreten wird von der Kommissionsmehrheit klar abgelehnt. Ich darf daran erinnern: Es geht hier nur um Übergangsrecht, es geht nur um die Frage der Verlängerung bis 2006. Selbstverständlich sind die Konzepte für die Pflegefinanzierung schon weit gediehen. Es geht um eine übergangsrechtliche Situation; ohne dieses Übergangsrecht hätten wir sicher einen weiteren Kostenschub in diesem unregulierten Bereich.
Deshalb empfiehlt Ihnen die Kommission hier klarmehrheitlich Eintreten.

Entwürfe 1, 2 – Projets 1, 2
Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition

Entwurf 3 – Projet 3

Präsident (Binder Max, Präsident): Wir stimmen zunächst über den Nichteintretensantrag der Minderheit I ab.

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1353)
Für Eintreten .... 98 Stimmen
Dagegen .... 61 Stimmen

Präsident (Binder Max, Präsident): Wir stimmen nun über den Antrag Huguenin auf Rückweisung der drei Vorlagen an den Bundesrat ab.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag Huguenin .... 16 Stimmen
Dagegen .... 132 Stimmen

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

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Art. 42 Titel
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule, ch. I introduction, art. 42 titre
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 42a
Antrag der Mehrheit
Titel
Versicherten- und Gesundheitskarte
Abs. 1
.... eine Versicherten- und Gesundheitskarte erhält. Diese enthält den Namen ....
Abs. 2
Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird anfangs für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet. Sie kann unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzes auch Zugang zu einer elektronischen Krankenakte bieten.
Abs. 3
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Abs. 4
Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person die folgenden persönlichen Daten, welche von dazu befugten Personen abrufbar sind:
....
Abs. 5
Die Schnittstelle Gesundheit kann im Einverständnis mit der versicherten Person angelegt werden. Die Kantone und die Versicherer einigen sich über die Einführung der Karte.
Abs. 6
Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise den Zugriff auf die in den Artikeln 4 und 5 genannten Daten und deren Bearbeitung.

Antrag der Minderheit I
(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Gutzwiller, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl)
Titel, Abs. 1–3
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates
Abs. 4
Die Karte kann im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten enthalten, die von dazu befugten Personen abrufbar sind. Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Kreise den Umfang der Daten festlegen, die auf der Karte gespeichert werden dürfen.

Antrag der Minderheit II
(Teuscher)
Den ganzen Artikel streichen

Art. 42a
Proposition de la majorité
Titre
Carte d'assuré et de santé
Al. 1
Le Conseil fédéral peut décider qu'une carte d'assuré et de santé soit remise ....
Al. 2
Cette carte comporte une interface utilisateur; elle est initialement utilisée pour la facturation des prestations selon la présente loi. Elle peut également servir de clé d'accès à un dossier médical informatisé sous réserve des dispositions relatives à la protection des données.
Al. 3
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Al. 4
Moyennant le consentement de l'assuré, la carte contient les données personnelles suivantes, qui sont accessibles aux personnes autorisées:
....
Al. 5
L'interface santé peut être introduite moyennant le consentement de l'assuré. Elle donne accès au dossier médical aux seuls prestataires de soins autorisés. Les cantons et les assureurs s'entendent sur les modalités d'introduction.
Al. 6
Le Conseil fédéral règle, après consultation des milieux intéressés, l'accès aux données mentionnées aux articles 4 et 5 et leur gestion.

Proposition de la minorité I
(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Gutzwiller, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl)
Titre, al. 1–3
Adhérer au projet du Conseil fédéral
Al. 4
Moyennant le consentement de l'assuré, la carte peut contenir des données personnelles auxquelles peuvent avoir accès les personnes qui y sont autorisées. Le Conseil fédéral peut définir, après avoir entendu les milieux concernés, l'étendue des données pouvant être enregistrées sur la carte.

Proposition de la minorité II
(Teuscher)
Biffer tout l'article

Hassler Hansjörg (V, GR): In Artikel 42a geht es um die Einführung einer Versicherten- bzw. Gesundheitskarte. Grundsätzlich befürwortet die Minderheit I die Einführung einer Versichertenkarte. Wenn wir auf Bundesebene in dieser Richtung nichts unternehmen, droht ein Wildwuchs von Erfassungssystemen. Einzelne Kantone haben bereits eigene Projekte in die Wege geleitet, um solche Systeme einzuführen. Es braucht daher eine Kooperation und Koordination auf Bundesebene, damit verhindert werden kann, dass verschiedene Lösungen parallel eingeführt werden.
Die Einführung einer Versichertenkarte bringt klare Vorteile und Synergien. Heute ist es zum Beispiel nicht möglich, das Phänomen der parallelen Zweit- oder Drittkonsultation bei Leistungserbringern zu erfassen, geschweige denn zu kontrollieren. Idealerweise wird die Versichertenkarte mit der Zeit auch zur Gesundheitskarte. Aber die Zeit ist noch nicht reif dazu; wir wissen noch viel zu wenig über die Kosten der Einführung einer Patientenkarte. Auf jeden Fall beträgt der finanzielle Aufwand für die Einführung einer Patientenkarte ein Vielfaches desjenigen für die Einführung einer Versichertenkarte. Es braucht nähere Abklärungen, wer bereit und auch in der Lage ist, die Kosten der Einführung einer Patientenkarte zu übernehmen. Wir wissen auch noch viel zu wenig über die technischen Möglichkeiten und die Ausgestaltung einer Patientenkarte. Weiter gilt es festzulegen, welche Daten auf einer Patientenkarte erfasst werden können. Im Gesundheitsbereich handelt es sich bekanntlich um sehr sensible Daten.
Aus unserer Sicht muss es das oberste Ziel sein, mit der Einführung einer Versicherten- bzw. Patientenkarte eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu bewirken. Um dieses Ziel zu erreichen, sind aber in Bezug auf die Einführung einer Patientenkarte noch weitere, umfangreiche Abklärungen erforderlich. All diese offenen Fragen müssen noch sorgfältig abgeklärt werden. Es ist daher richtig, Schritt für Schritt voranzugehen, damit wir von Fehlinvestitionen verschont bleiben.
Darum plädiert die Minderheit I für ein etappenweises Vorgehen. Vorerst soll eine Versichertenkarte eingeführt werden, die nach weiteren Abklärungen zu einer Gesundheitskarte ausgebaut werden kann. Das ist auch die Meinung des Bundesrates. Die Mehrheit möchte die Versicherten- und Gesundheitskarte in einem einzigen Schritt einführen. Das erachten wir in Bezug auf die Kostenfolgen und die technische Machbarkeit als zu risikoreich.
Wir bitten Sie daher, die Minderheit I zu unterstützen und damit in den Absätzen 1 bis 3 dem Bundesrat zu folgen und den neuen Absatz 4 zu unterstützen. Die Minderheit I unterlag der Mehrheit in der Kommission lediglich mit 11 zu 12 Stimmen.

Teuscher Franziska (G, BE): Mit der Versichertenkarte soll ein hehres Ziel verfolgt werden. Dank elektronischer Datenerfassung sind die Daten einfacher zu handhaben. So kann die Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer vereinfacht werden. Je kleiner und je einfacher der administrative Aufwand ist, desto eher können Kosten gespart werden. Da-

gegen kann ja wohl niemand etwas einwenden. Auf den Versichertenkarten sollen auch nur Daten gespeichert werden, die datenschützerisch keine Probleme stellen: Name, Vorname, Adresse und Identifikationsnummer.
Sie werden sich also fragen, warum ich gleichwohl den Antrag stelle, den ganzen Artikel zu streichen. Es gibt für mich verschiedene Gründe, warum ich im Moment – ich betone: im Moment – dem Konzept «Versicherten- und Gesundheitskarte» nicht zustimmen kann.
Zum einen begründet der Bundesrat die Notwendigkeit der Versichertenkarte mit der Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte auf den 1. Juni 2004. Nur, dafür brauchen wir keine Gesetzesänderung – dies hat der Bundesrat auch in seinem Bericht so festgehalten –, eine Versichertenkarte ist bei gewissen Kassen bereits eine Realität. Weil die Versichertenkarten der verschiedenen Kassen alle die üblichen Angaben – wie Name, Vorname, Adresse – enthalten, besteht hier nicht zwingend ein Bedarf zur Synchronisierung der verschiedenen Daten. Im Bereich Versichertenkarten, so, wie er im Moment vom Bundesrat konzipiert ist, besteht daher aus meiner Sicht kein Handlungsbedarf.
Aus dem Bericht, den uns der Bundesrat für die Kommissionsdebatte zur Verfügung gestellt hat, geht aber zum anderen klar hervor, dass hinter der Einführung der einheitlichen Versichertenkarte die Absicht steht, in einem zweiten Schritt eine Gesundheitskarte einzuführen. Das unterstützt auch die Mehrheit der Kommission, wie Sie der Fahne entnehmen können.
Um eine Gesundheitskarte einzuführen, brauchen wir neue gesetzliche Grundlagen, da brauchen wir Artikel 42a. Mit einer Gesundheitskarte bewegen wir uns aber in einem äusserst heiklen Bereich. Mit einer Gesundheitskarte werden nämlich medizinische Daten erfasst. Eine Gesundheitskarte kann auch aus meiner Sicht durchaus Sinn machen. Man kann nämlich damit verhindern, dass ein Patient von zwei verschiedenen Ärzten wegen des gleichen Leidens zweimal hintereinander geröntgt wird. Man kann z. B. auf einer Gesundheitskarte erfassen, welche Medikamente ein Patient bereits einnimmt. Ich persönlich habe nichts gegen eine Gesundheitskarte einzuwenden. Aber ich finde, wir müssen zuerst politisch eine Diskussion darüber führen, was wir mit einer solchen Gesundheitskarte wollen. Denn ich finde es äusserst heikel, wenn wir medizinische Daten auf einer Karte elektronisch speichern.
Von der Seite des Bundesrates und der Kommissionsmehrheit her wird immer wieder gesagt, es sei ja alles freiwillig. Aber wir haben in der Kommission auch zu hören bekommen, was man sich allenfalls zu tun vorstellt, wenn die Leute die Daten nicht freiwillig zur Verfügung stellen. Es wurde gesagt, man könnte von diesen Leuten auch höhere Prämien verlangen. Ich denke, wir müssen zuerst darüber diskutieren, was gespeichert wird, wie gespeichert wird und wer Zugriff zu diesen Daten hat. In der laufenden KVG-Revision haben wir in der Kommission diese Diskussion nicht geführt. Ich möchte in diesem Bereich keinen Schnellschuss.
Ich komme zum dritten Aspekt, der von Herrn Hassler vorhin auch ausgeführt wurde. Im Bereich der Kosten kann im Moment niemand beziffern, was die Einführung einer Versicherten- und einer Gesundheitskarte überhaupt ausmachen würde. Man sprach von einigen Millionen Franken, um die Karte zu entwickeln. Was die Einführung dann kosten würde, dazu wurden keine genauen Millionenbeträge erwähnt. Ich möchte auch bei den Finanzen Transparenz. Ich möchte wissen, was man allenfalls einsparen kann, was man allenfalls zur Verfügung stellen muss, um diese Karten einzuführen. Ich möchte mir lieber Zeit nehmen für diese Debatte, damit wir dann eine gute Lösung für die Versichertenkarte und die Gesundheitskarte haben.
In diesem Bereich besteht für mich kein dringlicher Handlungsbedarf.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Ich bitte Sie im Namen der FDP-Fraktion, hier dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.
Wir begrüssen die Einführung einer Versicherten- und Gesundheitskarte und erhoffen uns davon auf der einen Seite eine unbürokratische Information und Zugänglichkeit von klar umschriebenen Patientendaten und auf der anderen Seite auch einen Beitrag zur Verminderung unnötiger Untersuchungen und Abklärungen. Wir denken, dass das zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten beiträgt, und damit bringt es unweigerlich auch eine Kostendämpfung. Wir erhoffen uns auch den raschen Zugriff auf Hilfeleistung im Notfall und denken, dass damit eine erleichterte administrative Erfassung von Daten für die Rechnungsstellung sichergestellt ist. Es ist auch für uns selbstverständlich, dass der Umgang mit diesen Daten mit Sorgfalt und Umsicht geregelt werden muss. Hier müssen wir aber nicht zunächst eine Diskussion über den Datenschutz führen, sondern wir setzen hier die gesetzliche Grundlage, damit man nachher gewisse Daten abrufen kann.
Wir sind uns bewusst, dass der Ständerat in Bezug auf die Formulierung der Mehrheit noch Verbesserungen anbringen kann und anbringen soll, aber mit dieser Formulierung ist zunächst einmal gewährleistet, dass es nicht nur eine Versichertenkarte, sondern eine Versicherten- und Gesundheitskarte ist. Es ist richtig, dass nicht nur Formalitäten auf der Karte enthalten sind, sonst wäre nämlich der Aufwand für die Einführung einer solchen nicht gerechtfertigt. Es ist auch richtig, dass die Daten mit anderen Sozialversicherungsdaten übereinstimmen müssen und dass das System EU-kompatibel ausgestaltet wird.
Der Unterschied zur Minderheit I besteht auf der einen Seite darin, dass es von Anfang an eine Versicherten- und Gesundheitskarte ist, und auf der anderen Seite besteht er darin, dass es eine Grundlage gibt, um später auch einmal den Zugang zu einer elektronischen Krankenakte zu bieten. Wir sind uns dessen bewusst, dass es um heikle Daten geht, aber wir stellen primär fest, dass der Eigentümer dieser Karte befähigt ist, diese Daten weiterzugeben, und dass der Bundesrat bei allen weiteren Möglichkeiten aufgefordert ist, Regelungen zu treffen.
Ich bitte Sie, hier der Mehrheit zuzustimmen und die Einführung dieser Karte gutzuheissen – auch im Rahmen einer weiteren Massnahme zur Kostendämpfung.

Rossini Stéphane (S, VS): Je ne vais pas reprendre tous les propos de Madame Egerszegi-Obrist, parce que le groupe socialiste partage en grande partie son argumentation pour soutenir cette carte d'assuré et de santé telle qu'elle est proposée dans la version de la majorité de la commission.
Il y a peut-être un élément qu'on a tendance à oublier dans ce débat, c'est que, lorsqu'on parle des coûts du système de santé, il faut d'abord savoir, avoir conscience – et en tirer les conséquences – que ces coûts ne sont rien d'autre que la conséquence des soins qui sont dispensés. C'est pourquoi, si on veut maîtriser les coûts du système de santé, plus particulièrement lorsqu'on ne veut pas toucher à des réformes structurelles, il faut avoir le courage d'essayer de maîtriser le processus du traitement, à savoir avoir la maîtrise des soins qui sont dispensés.
Par conséquent, le groupe socialiste est très favorable à l'introduction, non seulement d'une carte d'assuré initialement utilisée pour la facturation, comme en a décidé la majorité de votre commission, mais également d'un élargissement à une carte qui devienne véritablement un instrument de coordination des soins par la visibilité des traitements qu'elle va introduire. Cela permettra ensuite d'entrer dans une logique d'efficacité, d'efficience et plus particulièrement – comme il a été relevé tout à l'heure – de lutte contre les traitements inappropriés, contre les doublons, qui sont fort coûteux et que connaissent tous les praticiens.
Il y a donc ici un enjeu fondamental d'élargissement, en disposant d'une carte qui ouvre l'accès au dossier médical. Dans la proposition de la majorité de la commission, nous reprenons les éléments proposés par le Conseil des Etats, qui introduisent un certain nombre de données accessibles

en cas d'urgence. Ces données ont déjà un contenu médical, elles sont particulièrement importantes. Nous relevons tout particulièrement la question de l'enregistrement en vue du don d'organes, qui est un élément cohérent par rapport aux décisions que nous avons prises il y a peu dans ce Parlement.
Nous nous opposons par contre à la minorité I (Hassler), tout simplement parce que nous pensons que dans la formulation de la commission, qui reprend notamment à l'alinéa 4 la citation des données personnelles accessibles en cas d'urgence, il y a une volonté, une ligne directrice. Nous pensons que ce signal est important. Il est évident que, fondamentalement, le Conseil fédéral pourrait introduire ou reprendre ces éléments dans le cadre d'une ordonnance, mais nous pensons que le signal qui serait donné serait beaucoup plus fort et qu'il mérite d'être soutenu.
Par contre, nous nous opposons à la proposition de la minorité II (Teuscher) de biffer tout l'article. Bien évidemment, les questions qui ont été posées par Madame Teuscher, soit en commission, soit ici, sont légitimes, notamment en ce qui concerne la protection des données, les éléments du cadre juridique, les éléments financiers, bien que ceux-ci aient peut-être pour nous un peu moins d'importance, parce que si on veut développer un outil, il faut se donner les moyens de le mettre en place de manière tout à fait adéquate, et sans moyens financiers, on ne pourra pas le faire. Donc, tout en reconnaissant la légitimité d'un certain nombre de ces questions, nous ne sommes pas convaincus de la proportionnalité entre le fait de vouloir biffer cet article et la nécessité de se doter d'instruments véritablement de maîtrise et de coordination des soins. Je crois que c'est un enjeu majeur. Si, à l'avenir, on veut maîtriser les coûts de la santé, il faut des outils. La carte de santé et d'assuré est un outil et, surtout, le médecin doit être revalorisé au centre de cette démarche, parce que c'est lui, finalement, qui prescrit, c'est lui qui organise le traitement et c'est par lui que nous pourrons parvenir à une maîtrise efficace des coûts.

Scherer Marcel (V, ZG): Die SVP-Fraktion unterstützt den Antrag der starken Minderheit I (Hassler), der im Wesentlichen der Fassung des Bundesrates entspricht.
Lassen Sie mich den Geist, der in der Kommission herrschte, kurz aufzeigen. In der Diskussion um die Versichertenkarte spürte man die Skepsis und die Angst vor einer zu weit gehenden Transparenz einerseits und andererseits die Bedenken wegen der zu hohen Kosten. Nicht der Name dieses Ausweises – ich sage bewusst Ausweis – ist entscheidend, sondern der Sinn und Zweck eines solchen Projektes.
Hier unterscheiden sich die Auffassungen grundlegend. Ein Teil der Ratslinken möchte mit der Minderheit II (Teuscher) am liebsten die Augen verschliessen vor einer möglichen Transparenz, die sie in anderen Bereichen doch so oft als wichtig bezeichnet. Die Minderheit II will eine Diskussion über eine Versichertenkarte gar nicht erst aufkommen lassen – und dies in einer Zeit, wo ein solches neues Registrierungssystem so schnell wie möglich eingeführt werden sollte. Wir werden den Verdacht nicht los, dass vielleicht ein Teil ihrer Klientel geschützt werden will.
Die sehr knappe Kommissionsmehrheit – 12 zu 11 Stimmen bei 2 Enthaltungen – will in den Grundzügen der Fassung des Ständerates folgen. Sie hat jedoch noch einige Ergänzungen vorgenommen. Zu bedenken ist, dass die Risiken der Kosten zu wenig abschätzbar sind.
Die Minderheit I (Hassler) übernimmt im Wesentlichen die Fassung des Bundesrates. Sie gibt sozusagen diesem Artikel eine gewisse Griffigkeit und vor allem die Möglichkeit einer zukünftigen Anpassung. Die einzige grundlegende Abweichung von der Fassung des Bundesrates besteht in Absatz 4: Die Daten dieser Karte sind nicht «im Notfall» abrufbar, sondern von «befugten Personen» stets abrufbar. Setzen Sie hiermit den Grundstein für eine Versichertenkarte, die ihren Namen verdient, die alle notwendigen Informationen enthält, die hinlänglich bekannte Missbräuche im Gesundheitswesen unterbinden kann und die im Notfall auch Leben retten kann.
Lehnen Sie den Antrag der Kommissionsmehrheit ab, weil sie zu viele Einschränkungen und Aufzählungen bereits im Gesetz verankert haben will und die Kosten noch sehr ungewiss sind. Lehnen Sie den Antrag der Minderheit II (Teuscher) ab, da sie der Zielsetzung der Transparenz- und Effizienzsteigerung einen Riegel vorschieben will.
Die SVP-Fraktion bittet Sie, den Antrag der Minderheit I (Hassler) – also im Wesentlichen die Fassung des Bundesrates – zu unterstützen, weil er Schritt für Schritt die Weichen für eine effiziente Gesundheitspolitik richtig stellen wird.

Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe PDC soutient la majorité de la commission à l'article 42a. Il souhaite ainsi donner une base légale à l'introduction d'une carte d'assuré et de santé, le développement pouvant se faire de manière échelonnée, bien sûr.
Le groupe PDC est ainsi fidèle à une motion que j'avais déposée en 2002 qui demandait l'introduction d'une carte de santé, motion qui avait été acceptée par deux tiers des membres du Conseil national et sans opposition au Conseil des Etats.
A l'examen de la solution du Conseil des Etats, il est apparu que le modèle était très exhaustif et ne permettait pas le développement souhaité, c'est-à-dire une vraie carte de santé.
Nous sommes conscients que la protection des données doit être garantie et nous la voulons, cela est clair. Mais nous voulons aussi, dans un avenir proche, un instrument qui permette la qualité des soins – par l'accès rapide aux données et aux informations –, mais qui considère aussi l'aspect économique, raison de notre proposition un peu plus audacieuse que celle du Conseil des Etats. Les analyses ou radiographies effectuées à double coûtent cher et n'apportent absolument rien au traitement. Ce système encouragera aussi l'abandon d'un certain tourisme médical qui augmente inutilement les coûts. Cela pourrait être aussi un support pour le «managed care» qui fait l'objet d'un paquet ultérieur de cette révision de la LAMal.
Il est, à notre sens, nécessaire d'aller de l'avant dans ce domaine, car des projets de carte de santé se développent dans le pays sous l'impulsion des cantons, des fournisseurs de santé notamment. L'investissement est grand et il risque d'être perdu s'il n'y a pas une coordination dans ce domaine.
Lors de la conférence nationale du 21 août 2001 sur ce thème, à laquelle j'ai participé, il a été établi lors d'une journée de travail – Madame Teuscher demandait une discussion large à ce sujet – que le rôle de la Confédération était indispensable pour pouvoir espérer une réalisation qui s'avère maintenant tout à fait nécessaire. Nous devons donc avoir un peu de courage pour dire oui à un projet plus ambitieux, et qui pourra se réaliser par étapes, je le répète.
Au sujet des coûts. C'est vrai qu'on n'a pas eu une projection des coûts, mais j'ai eu l'occasion de voir des démonstrations de systèmes très intéressants avec des coûts tout à fait supportables. Il y a des références à disposition pour étudier ce genre de systèmes.
Nous savons qu'il faut quelquefois aussi des années pour faire bouger une virgule de cette – je dirai presque: sacrée – LAMal. Donc je donne, par cet article, une ouverture à un développement quand ce sera le moment de le faire.
Alors donnons une chance au futur et disons oui à la majorité!

Studer Heiner (E, AG): Manchmal ist es tatsächlich gut, wie das schon meine Vorrednerin angetönt hat, wenn jemand – auch wenn es in einer Kommission nur eine Einzelperson ist – einen Antrag stellt, damit man sich die grundsätzliche Frage bei der Beratung nochmals vor Augen führt. Von daher macht der Antrag der Minderheit II (Teuscher) Sinn; allerdings können wir ihm nicht folgen, was den Inhalt betrifft. Aber wir haben die Grundsatzfrage aus diesem Grunde auch debattiert und nicht nur über Varianten gesprochen.

Wir sind zur Überzeugung gelangt, dass es richtig ist, diese Karte einzuführen. Sie hat viele Vorteile, einerseits für die betroffenen Menschen, aber andererseits erwarten wir dadurch auch, dass bezüglich Administration und Kosten eine Verbesserung eintritt, die auch ihre Wirkung zeitigen wird.
Dass auch unterschieden wird zwischen dem, was verpflichtend ist, und dem, was man fakultativ bekannt geben kann, scheint uns ebenso richtig zu sein. Die verschiedenen Varianten sind ja nicht so grundlegend anders, und von daher gesehen sind wir der Auffassung, dass diese Varianten auch den Datenschutz, soweit er hier nach wie vor wichtig ist, gewährleisten. Ausnahmen sollen nur dort zulässig sein, wo sie gezielt durch das Gesetz vorgesehen werden.
Wir können deshalb dem Antrag der Kommissionsmehrheit durchaus zustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois qu'avec la version du Conseil fédéral, on fait un pas en avant par rapport à la situation actuelle. Il est nécessaire de légiférer pour éviter qu'une multitude d'initiatives – notamment cantonales – se fassent jour et que, dans un délai relativement proche, il y ait un chaos et une anarchie – si on peut utiliser ce terme dans ce cas-là – en matière de cartes d'assuré qui, ultérieurement, devraient devenir une fois des cartes de santé.
La nécessité de légiférer étant là, il faut voir si on doit, dans un premier temps, introduire la carte d'assuré ou si, comme le souhaitent Madame Meyer Thérèse et Madame Egerszegi-Obrist, il faut introduire une carte d'assuré et une carte de santé. Je crois que la solution qu'a choisie le Conseil fédéral, et qui est celle de la minorité I (Hassler), est de dire: «L'objectif, nous le partageons. Nous partageons l'idée qu'il est souhaitable de développer un jour une carte de santé avec un certain nombre d'informations nécessaires et importantes.» Mais carte d'assuré et carte de santé, ce n'est pas la même lignée dans l'évolution; il y a vraiment un saut qualitatif qui fait que l'on ne peut pas dire qu'une carte d'assuré se développe naturellement en une carte de santé. La carte d'assuré a une ambition plus limitée. C'est déjà un net progrès par rapport à aujourd'hui. La carte de santé va beaucoup plus loin; c'est quelque chose que nous souhaitons atteindre un jour, mais sur quoi il ne faut pas se précipiter sans avoir établi un certain nombre de règles.
Madame Teuscher va trop loin lorsqu'elle dit qu'il ne faut rien vouloir dans ce domaine. Je crois qu'il faut avancer, mais avec prudence. Il y a toute une série de questions qui sont liées à la protection des données. On ne peut pas dire simplement: «C'est quelque chose qu'on résoudra en cours de route.» Il y a l'accès aux données: qui introduit les données dans la carte, qui a accès aux données, qui est responsable des erreurs éventuelles qui ont été commises lors de la saisie des données ou de la manipulation de la carte? Aller trop vite, c'est risquer de faire échouer le projet en déconsidérant les investissements faits et en suscitant des espoirs qu'on n'arriverait pas à combler ou en prenant des risques importants.
Carte de santé n'est pas égal à carte d'assuré. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral ne peut se rallier à la majorité de la commission qui a voté un texte qui commence par: «Le Conseil fédéral peut décider qu'une carte d'assuré et de santé soit remise ....», comme si «carte d'assuré et de santé» était une étape différente d'un même système. Ce n'est pas le cas, la carte de santé est beaucoup plus complète.
Ensuite, il faut quand même prendre en compte les conséquences financières. Il est probable que des économies puissent être réalisées par le biais d'une carte de santé bien faite, mais pour y arriver, il faut des investissements considérables et une étude sérieuse sur le coût et l'efficacité avant de décider de sa réalisation.
C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral soutient la proposition de la minorité I (Hassler), ce qui ne signifie pas, je le répète une fois encore, que nous ne sommes pas d'accord avec le but final, qui est d'avoir une carte de santé, mais nous pensons qu'il faut avancer avec une certaine prudence et une certaine retenue.
Je signale que, en ce qui concerne la proposition de la minorité I, à l'alinéa 4, il est précisé que la carte d'assuré peut contenir des données personnelles auxquelles peuvent avoir accès les personnes qui y sont autorisées. Le Conseil fédéral avait dit: «.... la carte peut contenir des données personnelles auxquelles elle donne accès en cas d'urgence.» Sur le fond, nous sommes d'accord. Parmi les personnes autorisées, il y a naturellement celles qui doivent intervenir en cas d'urgence. La minorité I a voulu utiliser une autre expression parce que, précisément, le cercle des personnes autorisées, si on veut tenir compte des cas d'urgence, ne peut pas toujours être défini avec précision dans une ordonnance et il faut peut-être, à l'occasion, que quelqu'un qui n'a formellement pas le titre lui donnant accès à la carte puisse en cas d'urgence passer sur la règle de droit pour accéder à des informations qui ne sont probablement pas médicales, mais qui précisent, par exemple, qui doit être averti en cas d'accident ou quelles sont les dispositions supplémentaires que la personne blessée souhaite voir concrétisées en cas de grave difficulté.
En conclusion, le Conseil fédéral souhaite avancer dans ce domaine, mais pense que la majorité va trop loin. Par conséquent, il vous recommande de soutenir la proposition de la minorité I (Hassler).
Cela créera une divergence avec le Conseil des Etats et probablement qu'on arrivera finalement à trouver une solution de compromis. Le Conseil des Etats, lui, est très prudent et veut même aller, à mon sens, moins loin que le Conseil fédéral, encore que ce soit une interprétation qui sera peut-être contestée par le Conseil des Etats. Mais c'est l'impression que les débats au Conseil des Etats m'ont donnée.

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: Nombreux sont les intervenants qui ont évoqué une partie des débats de la commission. Je vais donc, à l'article 42a, me concentrer sur l'essentiel et faire tout d'abord un rappel. Il y a effectivement deux concepts qui se sont opposés.
Le premier, c'est celui du Conseil fédéral, amélioré par le Conseil des Etats, auquel s'est d'ailleurs rallié le Conseil fédéral. Il s'agit bien d'une carte d'assuré qui contiendrait essentiellement des données administratives. Elle correspondrait entre autres à ce qui est en train de se mettre en place sur le plan européen avec le fameux formulaire E 111. Schématiquement et caricaturalement dit, ce serait en quelque sorte le standard minimum commun, mais qui laisserait cependant ouverte la possibilité d'évoluer vers une véritable carte de patient ou de santé qui, elle, poserait d'autres problèmes – on l'a vu –, en particulier en matière de protection et d'accès en cas d'urgence à des données médicales.
Le deuxième – c'est la version retenue par la majorité de la commission – ouvre la voie à une véritable carte de patient ou de santé, ainsi que le stipule très clairement l'alinéa 2, tel qu'il a été adopté par la majorité de la commission. Cette dernière a très longuement discuté des différents aspects de cette problématique. Elle s'est inquiétée en particulier du fait que certains cantons investissent déjà dans leurs propres projets et elle estime qu'il conviendrait de chercher au plus vite une harmonisation «par le haut», en concertation avec les cantons afin d'éviter de multiplier les standards en la matière. La commission est également consciente des problèmes informatiques, des réticences – pour ne pas dire des résistances – au sein de certains milieux, ainsi que du fait que les coûts d'une carte de santé sont autrement plus élevés que pour une carte d'assuré simple.
Si la position du Conseil fédéral et du Conseil des Etats qui consiste à vouloir d'abord une simple carte d'assuré avec quelques données de base permettant de faire des expériences et de progresser pas à pas vers une carte de santé est défendable, la commission, à une faible majorité – par 12 voix contre 11 et 2 abstentions –, est d'avis que son concept a l'avantage de faire d'une pierre deux coups en permettant une évolution contrôlée vers une véritable carte de santé.

La minorité I (Hassler) défend la version du Conseil fédéral dans ses trois premiers alinéas et à l'alinéa 4 par contre, elle élargit le champ d'accès aux personnes qui sont autorisées, en plus des cas d'urgence, ainsi que Monsieur le conseiller fédéral Couchepin vient de le rappeler. Cependant, pour la majorité de la commission, le cadre fixé reste trop strict et minimaliste.
C'est pourquoi la majorité de la commission vous invite à soutenir sa proposition et à rejeter la proposition de la minorité I.
Quant à la proposition de la minorité II (Teuscher), la majorité de la commission la rejette très clairement, étant convaincue que l'introduction d'une carte d'assuré et de santé peut être entreprise malgré certains problèmes qu'il convient de régler consciencieusement, tout particulièrement au niveau de la protection des données.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Die Kommissionsmehrheit empfiehlt Ihnen ganz klar, eine Karte zu schaffen – bleibt zu sehen, welche –, also dem Antrag der Minderheit II (Teuscher), dieses ganze Projekt zu streichen, nicht zu folgen.
Bleibt also die Frage, welche Karte. Die Kommission hat sich mit 12 zu 11 Stimmen entschieden, hier eine Karte zu beschliessen, die etwas weiter geht, die drei Teile hat, während die Minderheit I (Hassler) ebenfalls eine Karte vorsieht, die aber etwas weniger weit geht, das Ziel gleichwohl im Auge behält, aber das Ganze etappiert.
Die Karte gemäss Mehrheit würde erstens eine Schnittstelle für die Rechnungsstellung für Leistungen nach KVG, zweitens persönliche Daten und drittens eine Schnittstelle zu einer späteren möglichen Krankengeschichte beinhalten; ich will jetzt nicht auf die technischen Einzelheiten eintreten. Der Unterschied zur Minderheit I liegt darin, dass der Antrag der Minderheit I auch die Schnittstelle für die Rechnungsstellung, auch die persönlichen Daten – allerdings nicht aufgelistet im Gesetz –, nicht aber schon eine Schnittstelle zu einer Krankengeschichte beinhaltet. Darin liegt der Unterschied. Ich kann Ihnen die Details ersparen, Sie haben es gesehen. Sie haben zu entscheiden: Wollen Sie eine Karte, die so eine Schnittstelle zu einer möglichen elektronischen Krankengeschichte beinhaltet, oder wollen Sie eine Karte, die nur persönliche Daten und eine Benutzerschnittstelle zur Rechnungsstellung beinhaltet? Das sind die Unterschiede zwischen Mehrheit und Minderheit I.
Die Kommissionsmehrheit empfiehlt Ihnen, das etwas weiter gehende Projekt zu favorisieren. Sie empfiehlt Ihnen aber sicher, dem Antrag auf Streichung nicht zuzustimmen.

Erste Abstimmung – Premier vote
Für den Antrag der Minderheit I .... 99 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 61 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote
Für den Antrag der Minderheit I .... 140 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II .... 18 Stimmen

Art. 55a
Antrag der Mehrheit
Abs. 1
.... fest. Er kann diese Massnahme bis zur Einführung der Vertragsfreiheit verlängern.
Abs. 4
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit I
(Ruey, Guisan, Meyer Thérèse)
Abs. 1, 4
Streichen

Antrag der Minderheit II
(Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Gross Jost, Guisan, Maury Pasquier, Rossini, Teuscher)
Abs. 1
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 55a
Proposition de la majorité
Al. 1
.... correspondants. Il peut prolonger cette mesure jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter.
Al. 4
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité I
(Ruey, Guisan, Meyer Thérèse)
Al. 1, 4
Biffer

Proposition de la minorité II
(Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Gross Jost, Guisan, Maury Pasquier, Rossini, Teuscher)
Al. 1
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Ruey Claude (RL, VD): Nous traitons ici, avec cet article 55a, la question des médecins et du blocage du nombre de médecins.
Je vous rappelle que cette disposition avait été adoptée dans le cadre des Bilatérales, lorsqu'il s'agissait de prendre des mesures d'accompagnement – «flankierende Massnahmen» – et que celles-ci ont été mises en vigueur, en effet, il y a deux ans, avec un résultat qui ne s'est pas avéré particulièrement heureux, ni surtout particulièrement effectif.
Aujourd'hui, on nous propose de reconduire cette mesure, et il nous paraît que, si elle était déjà peu utile il y a quelque temps, elle l'est encore moins aujourd'hui. C'est une mesure de type étatique, de politique de planification, dont Monsieur le conseiller fédéral nous a dit tout à l'heure tout le mal qu'il fallait en penser; c'est une mesure antilibérale, et c'est une mesure qui est évidemment en retard d'une guerre, comme toujours quand il s'agit de prendre des mesures étatiques de ce type. Il s'agit en fait de «staatliche sozialistische Massnahmen».
Cette mesure a pour effet d'empêcher les jeunes médecins bien formés, qui connaissent les meilleures méthodes, qui connaissent la meilleure gestion économique des dossiers – parce qu'aujourd'hui, on apprend aussi mieux à le faire –, de venir sur le marché, et de les laisser dans les hôpitaux. Par conséquent, on transfère dans une certaine mesure sur l'hospitalier ce qui se fait autrement dans l'ambulatoire, et l'on sait que la plupart des coûts, chez nous, viennent de l'hospitalier, et non pas de l'ambulatoire. On empêche le développement de la qualité. On n'a, les analyses faites par la Confédération elle-même l'ont montré, eu aucun effet sur la réduction du nombre de médecins. Finalement, de façon paradoxale, dans certains cantons, on a vu pratiquement une explosion du nombre de médecins à la suite de la mise en vigueur de cette mesure, parce que, précisément, tous ceux qui hésitaient à se mettre sur le marché l'ont vite fait avant que cette mesure entre en vigueur. Vouloir la prolonger aujourd'hui, c'est une solution qu'on nous présente dans l'attente de l'avenir, mais cette solution, ayant été mauvaise autrefois, reste mauvaise aujourd'hui, et précisément je ne vois vraiment pas pourquoi nous aurions la nécessité de la reproduire.
Le canton de Vaud, qui a maintenant un délégué aux affaires fédérales, vient d'envoyer à ses parlementaires une note venant du Département de la santé et de l'action sociale. Le canton de Vaud nous a lui-même indiqué que cette mesure n'avait aucun effet, qu'elle était négative pour les jeunes, qu'elle n'avait aucun effet sur les réductions des coûts de la santé, qu'à la limite elle pouvait même accroître les coûts par l'effet de transfert sur l'hospitalisation; ce qui fait que je vous recommande de ne pas céder à ce que le secrétaire général du Parti radical-démocratique, dans une dernière livraison, indiquait lui-même: «Il est scandaleux que la mesure prise par Madame Dreifuss de limiter l'arrivée de jeunes médecins sur le marché soit maintenue. C'est quelque chose de totalement contraire à l'économie de santé.»

Cavalli Franco (S, TI): Wir wollen eben die Ständeratslösung. Warum finden wir, dass die Ständeratslösung im jetzigen Moment die bessere – oder die weniger schlechte – Lösung ist?
Auf der einen Seite lässt die Ständeratslösung dem Bundesrat jede Möglichkeit, diese Massnahme der Entwicklung der Situation anzupassen. Es ist unbestreitbar, dass wir momentan eine Übergangssituation haben, vor allem mit der Einführung der neuen Arbeitszeiten in den Spitälern. Es gibt momentan einen grossen Mangel an Assistenzärzten. Schon jetzt stammen in grossen Spitälern in der Schweiz die neuen Ärzte zu fast 50 Prozent aus dem Ausland. Die Ständeratslösung kann also kurzfristig eben auch dieser Entwicklung Rechnung tragen und wird eben den jungen Assistenzärzten vielleicht die Möglichkeit geben, eine noch bessere Ausbildung zu bekommen, was auch nicht schlecht ist.
In den letzten Jahren haben wir eine nicht sehr gesunde Entwicklung in Richtung einer zu schnellen Praxiseröffnung gesehen. Aber wie gesagt, die Lage kann sich relativ schnell ändern. In diesem Sinne ist die Ständeratslösung die bessere Lösung, denn sie lässt dem Bundesrat die Möglichkeit offen, auf diese Massnahme zu verzichten, sobald z. B. die Notstandssituation behoben ist. Wir sind aber auf jeden Fall gegen die Lösung der Mehrheit. Wir werden dieser Lösung, selbst wenn wir mit dem Antrag der Minderheit II unterliegen, nicht zustimmen können, weil es uns haarsträubend scheint, dass man eine solche Massnahme mit einem noch nicht existierenden Gesetz verbindet. Die Mehrheit sagt, das gelte bis zur Einführung der Vertragsfreiheit. Ob es aber je zu einer Einführung der Vertragsfreiheit kommen wird, ist sehr zweifelhaft. Auch die letzten Umfragezahlen zeigen, dass die grosse Mehrheit des Schweizervolkes das nicht will. Es könnte also gut sein, dass diese Vorlage selbst dann, wenn wir das hier irgendwann nächstes Jahr beschliessen, durch das Referendum bachab geschickt werden wird. Technisch gesehen scheint es uns absolut nicht zulässig zu sein, eine so wichtige Massnahme für die jungen Ärzte mit einem Gesetz zu verbinden, das vielleicht, aber höchstwahrscheinlich nie kommen wird.
In diesem Sinne sind wir für die Lösung des Ständerates, die alle Möglichkeiten offen lässt und nicht etwas zementiert, was nicht zementierbar ist.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Wir sehen das weniger restriktiv als Herr Cavalli. Ich bitte Sie, hier dem Antrag der Mehrheit, allenfalls auch dem Beschluss des Ständerates zuzustimmen. Unsere Haltung ist ganz klar: Egal welche Version Sie bevorzugen, wir wollen die Vertragsfreiheit einführen. Wir würden uns freuen, wenn die Ärzte diesen Ball aufgreifen würden und mit uns Politikerinnen und Politikern die Kriterien aktiv mitgestalten würden, um vorwärts zu kommen.
Zugegeben, der Zulassungsstopp ist eine unliberale Massnahme, aber wir haben sie nun mal eingeführt, wir können sie nicht nächstes Jahr, wenn die Frist abläuft, von einem Tag auf den anderen wieder abschaffen, sonst hätten wir «un chaos total». Das gilt es zu verhindern. Deshalb bitten wir Sie, hier der Verlängerung des Zulassungsstopps noch einmal zuzustimmen. Wir werden uns bemühen, die Einführung der Vertragsfreiheit möglichst rasch nachfolgen zu lassen, sodass der Zusatz, dass man den Zulassungsstopp gelten lässt, bis die Vertragsfreiheit eingeführt ist, überflüssig ist. Wir sind aber davon überzeugt, dass wir diese einführen müssen, zusammen mit der neuen Spitalfinanzierung. Wir wollen nicht noch Jahre vergehen lassen. Die Mehrheit und die Minderheit II wären also in diesem Sinne für uns gleich. Auf jeden Fall soll man hier den Antrag der Minderheit I (Ruey) ablehnen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à adopter la proposition de la minorité II (Cavalli), acceptant ainsi de prolonger d'une nouvelle période maximale de trois ans le gel d'admission de fournisseurs de prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Notre groupe soutient cette proposition, dans la mesure où la première période de trois ans arrive à son terme l'été prochain et que l'évaluation de ses effets, apparemment nuls, a de fait été faussée parce que nombre de nouveaux médecins se sont empressés de demander leur admission avant l'entrée en vigueur annoncée du gel, comme l'a d'ailleurs rappelé Monsieur Claude Ruey. Il est dès lors impossible d'évaluer vraiment les conséquences de la décision que nous avions prise à ce moment-là. Pour avoir une chance d'approcher la vérité quant à savoir si, effectivement, c'est le nombre de médecins installés qui entraîne une augmentation de la consommation et donc des coûts de la santé, il faut, à tout le moins, prolonger cette mesure d'une nouvelle période de trois ans.
Nous sommes bien sûr conscients qu'une telle mesure n'est pas franchement sympathique, notamment pour les jeunes médecins, ni très enthousiasmante, mais il nous semble nécessaire de bénéficier de ce nouveau délai pour mener notre réflexion à terme. Nous souhaitons toutefois que cette mesure soit mise en oeuvre sans pénaliser les médecins qui sont prêts, par exemple, à reprendre à plusieurs le cabinet d'un médecin partant à la retraite – donc avec une certaine souplesse.
Lors des débats en commission, le conseiller fédéral Couchepin nous a assuré que tel serait bien le cas et je pense qu'il nous le confirmera tout à l'heure. Ce laps de temps devrait également nous permettre de mettre en place des mesures plus efficaces de maîtrise des coûts, notamment la promotion de réseaux de soins, mais il n'est en revanche pas question, pour le groupe socialiste, de lier cette prolongation de trois ans à l'introduction de la liberté de contracter. Le débat sur l'introduction de la liberté de contracter doit être mené indépendamment de celui sur le gel d'admission de nouveaux fournisseurs de prestations.
Si l'on veut trouver une solution qui puisse rallier une majorité, non seulement devant le Parlement, mais aussi, le cas échéant, devant le peuple, il ne sert à rien de se fixer absolument, comme le fait la majorité de la commission, sur une levée future de l'obligation de contracter. Il est bien plus sage de ne pas mentionner cet élément dans la loi que nous discutons aujourd'hui et de mener, dans le paquet suivant qui nous est déjà annoncé, la discussion sur de nouveaux critères liés à l'obligation de contracter.
Si vous décidez, en revanche, de suivre la majorité de la commission, j'attire votre attention sur le fait que vous donnez là un argument merveilleux aux tenants d'un éventuel référendum.
Sachez encore que, dans ce cas, le groupe socialiste rejoindrait la minorité I (Ruey), et préférerait biffer tout l'article plutôt que de voir déjà inscrite dans la loi la levée de l'obligation de contracter.
Non, décidément, en l'état, la solution la plus raisonnable est d'accepter cette prolongation souple du gel des admissions, sans la lier à une future levée de l'obligation de contracter, donc de suivre la minorité II (Cavalli).

Stahl Jürg (V, ZH): Die SVP-Fraktion unterstützt in Artikel 55a die Mehrheit der Kommission. Wir alle wissen, dass der Ärztestopp ausläuft und dass bis zur definitiven Lösung in einer Art Übergangsfrist das Instrument des Ärztestopps um drei Jahre verlängert werden soll. Sie können nachvollziehen, dass mich das sehr interventionistische Instrument des Ärztestopps nicht zu begeistern vermag. Trotzdem sind wir gezwungen, die Gründe, die zur Einführung dieses unrühmlichen Instruments geführt haben, in Erinnerung zu rufen. Herr Ruey hat die Gründe bereits erwähnt, und ich muss sie an dieser Stelle nicht wiederholen.
Die richtige Antwort auf den Zulassungsstopp ist die Lockerung des Vertragszwangs. Aus diesem Grund hat die Mehrheit der SGK entschieden, die Themen Zulassungsstopp und Vertragsfreiheit aneinander zu koppeln. Diese Koppelung hat bei genauerem Hinsehen wesentliche Vorteile, nicht nur die vom Ständerat vorgeschlagene Verlängerung des Ärztestopps. Sie ermöglicht eben eine Diskussion – eine

breite Diskussion – und die Ausgestaltung einer geeigneten, praxisorientierten und in Partnerschaft mit allen Beteiligten erarbeiteten Lösung der Vertragsfreiheit. Sie erlaubt aber auch, dass nicht eine einseitig selektive Aufhebung des Vertragszwangs, welche nur die Ärzte im ambulanten Bereich treffen würde, unter Zeitdruck eingeführt wird, sondern dass nach der Neuordnung der Spitalfinanzierung eine breitere, gesamtheitliche Vertragsfreiheit greifen kann.
Diese Diskussionen müssen wir führen, und die Leistungserbringer können sich dabei mit einer fundamental ablehnenden Haltung nicht aus ihrer Verantwortung stehlen. Hier sind alle Partner gefordert: die Leistungserbringer, die Versicherer, aber auch wir aus der Politik.
Zum Schluss habe ich noch eine Frage an den Bundesrat: Kann ich davon ausgehen, dass der Bundesrat und die Verwaltung die Auslegung und Umsetzung des Ärztestopps in der Verlängerung auch auf alle kostentreibenden Mengenausweitungen bei bestehenden Angeboten anwenden werden?
Die SVP-Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit der Kommission. Ich bitte Sie, dies auch zu tun.

Fasel Hugo (G, FR): Der Zulassungsstopp wurde seinerzeit eingeführt, als wir die Freizügigkeit gegenüber den EU-Ländern eingeführt hatten, und er sollte dazu beitragen, den Zustrom von Ärzten und Ärztinnen aus dem EU-Raum zu ordnen und zu beschränken. Mit den Unterlagen, die die Kommission zur Verfügung hatte, haben wir auch eine Studie erhalten, die über die Wirkungen des Zulassungsstopps wenig Positives sagt. Demgegenüber haben die Kantone diesen Ärztezulassungsstopp im Konkreten eher situativ und pragmatisch, manchmal sogar konstruktiv umgesetzt – also zwei eher verschiedene Bilder.
Die grüne Fraktion stimmt deshalb der Minderheit II (Cavalli) zu, auch wenn man diese Massnahme in die Kategorie der unschönen Notwendigkeiten einordnen muss. Die grüne Fraktion lehnt umgekehrt die Mehrheit, die den Zulassungsstopp mit der Vertragsfreiheit verknüpfen möchte, klar und deutlich ab. Hier geht es um nichts anderes als um einen etwas faulen Trick: Man versucht, über das Gesetz den Druck auf die Ärztegesellschaften zu erhöhen – man könnte auch sagen, sie weich zu klopfen –, damit der Ärztestopp so lange andauert, bis sie, eben weich geklopft, der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zustimmen. Den Kontrahierungszwang aber aufzuheben und dann die Sache neu zu ordnen ist eine wesentlich anspruchsvollere Angelegenheit, als eine Ärztegesellschaft weich zu klopfen. Man sollte diese Verbindung, die hier von der vorberatenden Kommission des Nationalrates geschaffen wurde, klar und deutlich ablehnen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs verlangt mehr Aufmerksamkeit, als hier in einem Nebensatz Druck zu erzeugen und sie dann durchzusetzen.
Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit II (Cavalli) zuzustimmen.

Huguenin Marianne (–, VD): Au nom du groupe «A gauche toute!», je soutiens l'amendement de la minorité I (Ruey) à l'article 55a, amendement visant à biffer l'alinéa 1 contenant la clause du besoin et la possibilité de renouveler cette mesure une fois. Nous nous opposerons également à l'amendement visant à pouvoir prolonger cette mesure jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter.
Les associations professionnelles médicales sont unies contre ces deux mesures, mais il serait faux de voir ici une défense corporatiste d'une profession libérale. Dans le débat d'entrée en matière, en développant ma proposition de renvoi, j'ai pour ma part, et contrairement à Monsieur Ruey, parlé de «mesures malthusiennes et néolibérales» à propos des tentatives de limiter les coûts de la santé en voulant diminuer l'offre.
Il faut ne jamais avoir été sur le terrain, dans les hôpitaux ou dans les cabinets médicaux, pour oser sérieusement affirmer, comme le fait aujourd'hui dans le «Blick» Monsieur Manfred Manser, directeur d'Helsana, que la Suisse a 4500 médecins de trop. Il faut ne pas avoir entendu ce que disent les patients sur le manque de temps et de disponibilité des médecins. Il faut surtout n'avoir aucune idée et aucune culture de ce qu'est la pratique médicale actuellement, de son évolution. Le développement énorme des savoirs et des spécialités nécessiterait, par exemple, une coordination bien plus importante entre confrères pour soigner mieux et plus économiquement. Ce développement ainsi que l'évolution du statut du patient nécessitent également plus de temps pour informer, expliquer, convaincre. Les besoins sont encore énormes en Suisse dans certains domaines comme la médecine du travail. La seule clause du besoin applicable à notre avis dans le domaine de la santé concerne les assureurs et les consultants: il y en a sûrement de superflus!
Avec la clause du besoin, vous prétendez freiner un camion lancé à toute vitesse, alors que celui-ci est déjà enlisé. La pénurie de médecins s'annonce déjà, particulièrement en médecine générale, domaine que chacun prétend central à la politique de la santé. Dans le canton de Vaud, il devient pour le moins difficile de trouver simplement des remplaçants lorsque des généralistes quittent leur pratique. Des dérogations ont dû être faites à la clause du besoin, les patients ne trouvant simplement pas de médecin disposé à les prendre en charge. Dans plusieurs cas, ce sont des médecins français qui ont dû venir à la rescousse. Le risque est de former encore plus de spécialistes qui, du secteur hospitalier, passeront à l'ambulatoire dès qu'ils le pourront, mais cela freinera la formation et l'installation de généralistes. Il faut redonner envie, avenir et perspective aux jeunes médecins et à ceux qui aimeraient se former dans ce domaine.
Nous vous invitons donc à renoncer à la clause du besoin.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est d'avis qu'il est nécessaire de se donner la possibilité de reconduire la limitation du nombre des fournisseurs de soins à la pratique indépendante. Nous sommes d'avis qu'il faut le faire parce que la situation l'exige. Comme l'a dit Monsieur Fasel, cette disposition a été introduite pour répondre au risque d'afflux de médecins venant de l'extérieur. Certes, l'expérience montre que, dans notre pays, l'émigration et l'immigration de médecins ne sont pas choses très courantes. Néanmoins, lorsque les différences sont beaucoup plus importantes en matière de gains espérés, il y a certainement une dynamique de migration qui risque de s'installer.
Dans quelques mois, nous allons, je l'espère, approuver l'extension des accords bilatéraux aux pays de l'Est nouvellement devenus membres de l'Union européenne, et il y a certainement un potentiel de migration de médecins venant de ces régions qu'il faut pouvoir limiter dans la mesure du possible et du nécessaire. Le seul instrument dont nous disposions, c'est celui qui a été utilisé durant ces dernières années: la limitation d'accès que nous vous proposons de reconduire pour trois ans.
Le Conseil des Etats a décidé que cette mesure devait être limitée, en ce sens qu'elle ne pouvait être renouvelée qu'une fois; c'est-à-dire que, comme elle a déjà été prise pour trois ans, elle ne pouvait être renouvelée qu'une fois encore pour trois ans. Il a décidé aussi quelles devraient être les conditions de cette mise en pratique. Le Conseil national veut aller plus loin et propose d'étendre la validité de l'arrêté jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter.
En soi, avec un petit sourire, je serais tenté de dire que c'est une excellente idée, mais je crois que, objectivement, ça ne va pas et qu'on ne peut pas, comme l'a dit Monsieur Cavalli – sur ce point, je partage sa conviction –, faire dépendre une loi d'une autre loi dont on ne connaît pas encore les contours à ce jour et qui ne viendra peut-être jamais. Il s'agit là d'une mesure exceptionnelle, qui n'est pas tout à fait compatible avec l'ordre constitutionnel. C'est une mesure qui est nécessaire provisoirement. Je ne pense pas qu'on puisse la prolonger pour une durée indéterminée, en fonction d'un changement qui interviendra peut-être et dont on ne connaît pas la configuration future.
C'est la raison pour laquelle nous vous recommandons de suivre la minorité II (Cavalli).

J'espère que cette invitation ne détournera pas certains d'entre vous de le faire; le Conseil fédéral soutient la minorité II.
Je crois que c'est Madame Maury Pasquier qui m'a posé la question de savoir si des médecins exerçant à temps partiel pouvaient se partager le job. Je vais vous donner lecture d'un texte que nous avons préparé et qui doit être clair: «Il n'est pas nécessaire d'ancrer une telle précision dans la loi. En effet, la réglementation actuelle que l'on entend prolonger de trois ans permet déjà aux cantons de tenir compte des situations particulières, comme le travail à temps partiel ou les transferts de cabinets, par exemple en autorisant des admissions exceptionnelles. L'étude portant sur l'analyse des effets de l'article 55a LAMal montre que les cantons ont largement fait usage de la liberté qui leur est accordée par le droit fédéral pour procéder à l'aménagement du régime du besoin. Dans la mesure où la réglementation en vigueur permet ainsi aux cantons d'aménager des solutions souples, le Conseil fédéral les encourage à le faire.»
Nous vous invitons à soutenir la minorité II (Cavalli). Faites-vous ce petit plaisir!

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: Je crois que, toutes tendances confondues – on l'a bien vu –, chacun trouve l'article 55a critiquable. Il s'est d'ailleurs vu attribuer tous les défauts possibles et imaginables: vexatoire; aujourd'hui encore: antilibéral; dissuadant de s'engager dans une carrière médicale pour les uns, disproportionné et ayant des effets pervers pour d'autres, allant même jusqu'à diminuer la qualité de la médecine.
Une large majorité de la commission s'est cependant ralliée à la version du Conseil des Etats, faute de meilleure solution dans l'immédiat, et, après une discussion animée, elle vous invite donc à rejeter la proposition de la minorité I (Ruey) qui demande la suppression des alinéas 1 et 4. En effet, c'est en quelque sorte une solution d'urgence – ainsi que Monsieur Cavalli l'a dit: «la moins pire» – qui est choisie à cet article. Les dispositions sur l'obligation de contracter ne sont de toute façon pas aptes à remplacer l'actuel système dans les délais.
Nombreux sont celles et ceux qui ont abordé – pour rappeler la genèse de cette mesure – le contexte des Bilatérales I – je n'y reviens pas. Je précise que la majorité des cantons souhaitent le maintien de cet article dont ils usent comme instrument de planification dans le secteur ambulatoire.
La commission, à une faible majorité, par 12 voix contre 11, vous invite donc, à l'alinéa 1, à compléter la version du Conseil des Etats de façon à prolonger la mesure jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter et à rejeter la proposition de la minorité II (Cavalli).

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Darf ich zuerst noch klären: Obwohl man hier im Saal viel von einem Ärztestopp gesprochen hat, geht es ganz klar um den Bedürfnisnachweis für die Zulassung aller Leistungserbringer und -erbringerinnen, also nicht nur der Ärzte. Das nur, damit das klar ist; das ist ja auch eine Frage, die etwa Herr Stahl gestellt hat.
Nun, Sie haben es gehört: In der Kommission waren die Meinungen geteilt darüber, was dieser Zulassungsstopp bisher wirklich gebracht hat, ob er sinnvoll ist, welche Auswirkungen er hatte; die Auswirkungen auf Junge wurden bedauert. Aber mit 15 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung war es ein klarer Mehrheitsentscheid der Kommission, dass der Stopp verlängert werden sollte. Er läuft am 3. Juli 2005 aus. Sie haben es gehört: Eines der wichtigsten Argumente ist das Personenfreizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU, das seit dem 1. Februar 2004 in eine neue Phase getreten ist, indem der Inländervorrang nicht mehr gilt, d. h., ein EU-Arzt kann auch in der Schweiz eine Zweitpraxis eröffnen; Deutschland, Italien und Frankreich haben Tausende von arbeitslosen Ärzten. Das ist wohl das Hauptargument für die Verlängerung.
Die Kommission hat deshalb mit 15 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung dem Prinzip der Verlängerung zugestimmt. Damit ist auch klar, dass die Kommission Sie mit sehr klarer Mehrheit bittet, entweder der Mehrheit oder der Minderheit II – gemäss Ständerat – zu folgen, sicher aber nicht der Minderheit I, die in der Kommission nur 3 Stimmen hatte.
Bleibt die Frage, ob diese Verlängerung des Stopps sozusagen ergänzt oder «garniert» werden soll mit dem Junktim der Vertragsfreiheit. Auch das ist kein Geheimnis: Sie sehen es dem Ergebnis von 12 zu 11 Stimmen zugunsten der Mehrheit an, dass diese Frage sehr umstritten war. Sie können die Frage für sich selber beantworten, ob es sinnvoll ist, zwei sehr unterschiedliche Konzepte in einen Artikel zu packen oder nicht. Die Kommissionsmehrheit empfiehlt Ihnen allerdings, dies zu tun, und beantragt Ihnen, ihrem Antrag zuzustimmen.
Ich darf schliesslich zuhanden des Amtlichen Bulletins erklären, dass wir die wichtige Frage diskutiert haben, ab wann diese vorgesehene Erneuerung – der Bundesrat kann die Massnahme ein Mal erneuern – gilt. Es ist ganz klar: Die jetzt beginnende Verlängerung wäre die letzte, weil dann schon drei Jahre ins Land gegangen sind. Das scheint mir für die zukünftigen Leistungserbringer sehr wichtig. Es geht also um eine einmalige Verlängerung, die, sollten Sie ihr zustimmen, jetzt dann beginnen würde.
Insgesamt fiel also der Entscheid zugunsten der Mehrheit mit 12 zu 11 Stimmen. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Erste Abstimmung – Premier vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1358)
Für den Antrag der Minderheit II .... 100 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 60 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1359)
Für den Antrag der Minderheit II .... 131 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I .... 31 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées

Art. 59
Antrag der Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit
(Guisan, Cavalli, Fehr Jacqueline, Robbiani)
Titel
Nichteinhaltung des Zulassungsvertrages
Abs. 1
.... gegen die im Gesetz (Art. 56 und 58) oder im Zulassungsvertrag (Art. 35a) vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen ....
Abs. 1bis
Gegen Versicherer, welche die Bestimmungen des Zulassungsvertrages oder der Tarifverträge nicht einhalten und ungerechtfertigte einseitige Massnahmen ergreifen, wie insbesondere Zahlungsverzögerung oder Nichtzahlung der Honorare oder administrative Behinderungen, kann von den Leistungserbringern Klage erhoben werden.
Abs. 2
.... auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer, eines Leistungserbringers oder eines Verbandes der Leistungserbringer.

Antrag Huguenin
(Ergänzung zum Antrag der Minderheit Guisan)
Abs. 2
.... eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer, eines Leistungserbringers oder eines Verbandes der Leistungserbringer, der Versicherten oder eines Verbandes der Versicherten, der Patienten oder eines Verbandes der Patienten.

Art. 59
Proposition de la majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité
(Guisan, Cavalli, Fehr Jacqueline, Robbiani)
Titre
Non-respect du contrat d'admission
Al. 1
.... ou dans le contrat d'admission (art. 35a) font l'objet ....
Al. 1bis
Les assureurs qui ne respecteraient pas les dispositions du contrat d'admission ou des conventions tarifaires, et prendraient des mesures unilatérales injustifiées, notamment des retards ou des non-paiements d'honoraires, ainsi que des harcèlements administratifs, peuvent faire l'objet d'une plainte des fournisseurs de prestations.
Al. 2
.... d'assureurs, d'un fournisseur de prestations ou d'une association de fournisseurs de prestations.

Proposition Huguenin
(ajout à la proposition de la minorité Guisan)
Al. 2
.... d'assureurs, d'un fournisseur de prestations ou d'une association de fournisseurs de prestations, d'assurés ou d'une association d'assurés, de patients ou d'une association de patients.

Guisan Yves (RL, VD): Ce projet de loi, et non seulement l'arrêté fédéral qui nous occupe aujourd'hui, est profondément déséquilibré au profit des assureurs. Un tel déséquilibre – pire: une véritable loi répressive et antimédicale –, au mépris de tout partenariat, ne sert pas les objectifs poursuivis et au contraire, est générateur d'un climat conflictuel majeur à leurs dépens.
Les assureurs ne sont pas plus des anges sur la scène de la santé que les autres partenaires. L'absence de structure démocratique des caisses-maladie fait qu'elles représentent, dans la règle, bien davantage les intérêts de leur direction que ceux des assurés. Qui plus est, elles n'ont pas de compétences particulières leur permettant de garantir la qualité des prestations. Pour elles, la meilleure qualité est surtout la moins chère possible, indépendamment du contexte médicosocial et de ses exigences. Enfin, cet article, tel que rédigé, n'ajoute strictement rien aux dispositions de la loi actuelle, et même les aggrave.
La transgression des articles 56 et 58 peut déjà être combattue, mais de manière équilibrée, par tous les partenaires, par le biais de l'article 89 qui permet une plainte au tribunal arbitral cantonal. L'article 59, tel que présenté, n'est qu'une synthèse des dispositions existantes avec quelques détails supplémentaires. Celles-ci ont démontré clairement leurs limites. Il y a toujours de bonnes raisons pour avoir procédé de manière différente aux usages, et les experts appelés à soutenir le point de vue de l'une et l'autre partie ne parviennent jamais à s'entendre. Le juge ne peut alors que constater qu'il ne peut trancher dans ce domaine médical qui n'est pas le sien. En dehors de dérapages absolument majeurs et gros comme des maisons, il est, dans la règle, contraint de les renvoyer dos à dos.
Ce que propose l'article 59 aboutit probablement au même résultat. Mais en plus, il a un défaut majeur, celui de n'accorder le droit de porter plainte qu'aux seuls assureurs, renforçant ainsi des comportements corporatistes aux dépens du partenariat et de l'intérêt général.
C'est pourquoi je vous propose de modifier cette rédaction pour la rendre plus pertinente, plus percutante, mais plus juste aussi. En faisant référence dans le titre au contrat d'admission et aux composantes de qualité et d'économie du traitement figurant dans le futur article 35a, et auquel personne ne s'oppose quant au principe, il est fait allusion à des dispositions que les deux partenaires – les payeurs et les fournisseurs de prestations – auront négociées et acceptées de part et d'autre.
De toute évidence, ces dispositions doivent faire référence non seulement aux articles 56 et 58, mais aussi à l'article 32, postulant que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Cela va obliger les deux parties à concrétiser l'article 32 par des conditions précises, indispensables à l'application des articles 56 et 58, qui parlent de leur non-respect. Dans ces conditions, la liste des contraventions mentionnée à l'article 59 prend une toute autre signification. Mais pour aboutir à une négociation équilibrée des dispositions de ce futur contrat, les deux parties doivent se trouver sur un plan d'égalité. Si l'une d'entre elles se trouve d'entrée de cause désavantagée par la loi, il est impossible de s'attendre à une négociation sereine visant à préserver non seulement les intérêts des deux parties en présence, mais aussi ceux de la santé publique et de l'assurance sociale. Il n'y a donc aucune raison de priver les fournisseurs de prestations de droits de plainte. Une fois encore, les assureurs ne sont pas des anges, pas plus que les autres. Il doit donc être possible de porter plainte contre eux aussi, c'est une question d'équité et d'application de la loi.
Pour toutes ces raisons, je vous prie de soutenir ma proposition de la minorité à l'article 59.

Huguenin Marianne (–, VD): J'aimerais défendre ici une proposition qui est en fait une proposition subsidiaire, puisque c'est un complément à la proposition de la minorité Guisan. Je propose en effet qu'à l'article 59 alinéa 2, on ajoute aux deux parties en cause, c'est-à-dire aux assureurs et aux fournisseurs de prestations, le troisième partenaire que sont les assurés et les patients, en ajoutant que «des assurés ou une association d'assurés, des patients ou une associations de patients» peuvent également porter plainte.
Par sa proposition de minorité, notre collègue Guisan cherche en effet à rétablir un équilibre ô combien menacé. L'article de loi présenté donne uniquement aux assureurs la possibilité de dénoncer ceux qui manqueraient aux exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations.
En ne ciblant ces manquements possibles que sur les fournisseurs de prestations, le législateur admet au fond très symboliquement et implicitement que seul le critère économique l'intéresse. Il jette ainsi à la poubelle la garantie de la qualité des prestations. La proposition de la minorité Guisan rétablit donc un équilibre, en incluant la possibilité que les assureurs puissent aussi ne pas respecter la qualité des prestations, ou ne pas respecter le contrat d'admission. Elle donne aux fournisseurs de prestations ou à leur association la possibilité de devenir partie plaignante.
Permettez-moi de citer ici quelques extraits du rapport du Groupement latin des assurances sociales, rapport effectué à la demande de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales. Ce rapport fait état de nombreux manquements des assureurs à leur mission, manquements tout à fait volontaires, visant à éliminer certaines catégories de patients. Il se base sur des dénonciations précises dont ont été informées les autorités cantonales. Sont mentionnées: absences de réponses aux demandes d'affiliation malgré plusieurs rappels, absences d'affiliation en raison du retour tardif des compléments d'information ou d'une prétendue perte du dossier, retards de la confirmation de l'affiliation par le nouvel assureur auprès de l'ancien assureur, avis de mutation non remis à l'autorité cantonale, questionnaires de santé inclus dans la proposition d'assurance avec obligation d'y répondre – même pour l'assurance de base –, retards dans le versement des prestations, prestations refusées injustement, compensations illégales entre primes et prestations.
Comme on le voit, les motifs de plaintes envers les assureurs sont multiples et le groupe «A gauche toute!» soutient donc la proposition de la minorité Guisan.
Mais nous désirons clairement rajouter à la liste des personnes ou associations ayant qualité pour porter plainte les assurés et leurs associations, ainsi que les patients et leurs associations. La liste établie ci-dessus démontre en effet

clairement que ceux-ci doivent pouvoir être partie prenante et égaux en droits.

Ruey Claude (RL, VD): Madame Huguenin, j'ai entendu avec intérêt ce que vous avez raconté, mais ne vous rendez-vous pas compte que la systématique de la loi prévoit que le contrôle des assurances se fait à un tout autre endroit de la loi et qu'il s'agit là uniquement des prestations? Evidemment, ce ne sont pas les prestations d'assurance qui sont en cause. Dès lors, je vois mal dans quelle logique on viendrait, au moment où l'on contrôle les prestations sanitaires, parler du fonctionnement des assurances. N'avez-vous pas vu qu'il y avait une différence de systématique dans la loi?

Huguenin Marianne (–, VD): Nous sommes ici au niveau de la LAMal, Monsieur Ruey, et je crois qu'il s'agit ici d'un choix politique qui consiste, dans cette loi-cadre sur l'assurance-maladie – et mon collègue Guisan le fait en permettant aux fournisseurs de prestations d'être aussi partie plaignante –, à mettre les fournisseurs de prestations et les patients ou les assurés à égalité avec les assureurs.

Gross Jost (S, TG): Die SP-Fraktion ist in Bezug auf den Minderheitsantrag Guisan gespalten. Ich sage Ihnen warum: An sich hat man Verständnis dafür, dass eine gewisse Opfersymmetrie, gewissermassen ein pönales Gegenrecht zu Sanktionen, auch gegen Versicherer, im Gesetz sein soll, wenn dieses Sanktionssystem schon gegenüber den Leistungserbringern gilt.
Wenn Sie nun aber das Gesetz konsultieren, dann sehen Sie, dass Sie dieses Sanktionssystem in Bezug auf die Versicherer durchaus schon im Gesetz haben – das entspricht meiner persönlichen Auffassung. Sie haben Artikel 21 KVG, insbesondere Absatz 5. Hier kann das Bundesamt sehr weit gehende Sanktionen gegen pflichtvergessene Versicherer ergreifen: Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustands, Verwarnung, Ordnungsbussen bis hin zum Entzug der Bewilligung. Die Versicherer sind ja im Rahmen des staatlichen Konzessionssystems mit der Durchführung der Grundversicherung beauftragt. Deshalb gibt es dieses Sanktionssystem und diese strenge Aufsicht seitens des Bundesamtes schon im bestehenden Gesetz. Deshalb findet ein Teil der SP-Fraktion – ich persönlich auch –, dass diese Ergänzung bei Artikel 59 nicht nötig ist.
Dazu kommt als zweiter Grund, dass das Schiedsverfahren nach Artikel 89 KVG für Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern natürlich auch den Leistungserbringern zusteht, wenn diese mit den Versicherern im Streit liegen. Das ist so ausgestaltet. Dort können natürlich auch entsprechende Klagen gegen die Versicherer angebracht werden.
Die eine Seite möchte hier die Opfersymmetrie auch in diesem Artikel noch ausgedrückt haben, die andere Seite verweist auf die bereits bestehende Regelung betreffend Aufsicht und Sanktionen. Wenn man der Auffassung von Frau Huguenin folgt – in Kombination mit der Minderheit Guisan –, dann ist es sicher sinnvoll, hier die Patientenorganisationen auch zu erwähnen. Das würden wir eventualiter sicher unterstützen, wenn die Minderheit Guisan durchkäme.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: La proposition de la minorité Guisan, comme on vient de le dire, n'est pas à sa place ici. Tout le système a une autre logique et la proposition de minorité méconnaît la volonté du législateur de confier le contrôle d'un certain nombre de prestations à la Confédération, plus spécialement à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et non pas à des organismes privés. Il ne s'agit pas ici d'établir une égalité contractuelle ou une égalité entre deux parties à un contrat, il s'agit de définir les responsabilités de chacun et de définir qui doit contrôler le système: c'est l'OFSP, et non les fournisseurs de soins, qui peut contrôler l'efficacité de l'exécution de la mission des assureurs. Le problème ici est celui du contrôle des prestataires de soins.
Je suis d'ailleurs surpris de voir les représentants du monde médical s'exprimer pour combattre cette disposition. Souvent, lorsque j'ai eu des rencontres avec le monde médical, ou plutôt avec les représentants professionnels du monde médical, ils disaient non à la liberté de contracter, mais oui à une clause qui renforcerait le contrôle de ce qu'on appelait les «moutons noirs». Et tout d'un coup, lorsqu'on introduit cette clause, il y a une opposition fondamentale et on essaie, à travers la proposition de la minorité Guisan, d'introduire quelque chose qui est un corps étranger dans la systématique de la loi, qui n'est pas du tout sur le même niveau et qui est quelque chose de différent.
Je dois dire de manière très claire que le Conseil fédéral ne peut comprendre ce point de vue et vous demande de soutenir la majorité.

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: Très rapidement: la majorité de la commission vous invite à suivre le Conseil des Etats et à rejeter la proposition de la minorité Guisan, le but de cet article étant de s'attaquer aux fournisseurs de soins qui abusent du système, et d'exercer à leur encontre une véritable fonction de surveillance. Cela a été dit, les éventuels abus de la part des assureurs doivent se régler, selon la majorité de la commission, à un autre endroit et à un autre niveau.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Sie haben es gehört: Die Mehrheit der Kommission schlägt Ihnen vor, den Minderheitsantrag Guisan nicht zu honorieren. Es ist klar: Unbestritten ist – das darf man am Schluss des Tages Herrn Guisan zugute halten –, dass auch Versicherer wirtschaftlich und qualitativ gut arbeiten müssen; nur kann man das nicht hier regeln. Deshalb: Nein zu dieser Minderheit, Ja zur Mehrheit.

Erste Abstimmung – Premier vote
Für den Antrag der Mehrheit .... 118 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 16 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote
Für den Antrag Huguenin .... 54 Stimmen
Dagegen .... 88 Stimmen

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

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

Zehnte Sitzung – Dixième séance

Donnerstag, 30. September 2004
Jeudi, 30 septembre 2004

08.00 h

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)

Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5479)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5141)

Text des Erlasses 2 (AS 2004 4373)
Texte de l'acte législatif 2 (RO 2004 4373)

Text des Erlasses 3 (AS 2004 4375)
Texte de l'acte législatif 3 (RO 2004 4375)

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

Art. 60 Abs. 4–6
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 60 al. 4–6
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 105 Abs. 4bis
Antrag der Mehrheit
.... verlängert. Der Bundesrat legt bis Ende 2006 einen Vorschlag für einen wirkungsvolleren Risikoausgleich vor.

Antrag der Minderheit
(Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Gutzwiller, Hassler, Parmelin, Ruey, Stahl, Triponez)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 105 al. 4bis
Proposition de la majorité
.... à l'alinéa 4. Le Conseil fédéral présente avant la fin de 2006 une proposition de compensation des risques plus efficace.

Proposition de la minorité
(Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Gutzwiller, Hassler, Parmelin, Ruey, Stahl, Triponez)
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Borer Roland (V, SO): Obwohl ich hier für eine Minderheit spreche, möchte ich doch meine Interessen offen legen. Ich arbeite im Bereich des Gesundheitswesens eng mit der Kranken- und Unfallversicherung Groupe Mutuel zusammen.
Worum geht es bei diesem Minderheitsantrag? Es geht eigentlich darum, dass wir Ihnen beliebt machen, am Status quo festzuhalten. Es geht also nicht etwa darum, den Risikoausgleich zu streichen, sondern einzig und allein darum, dass man nach heutigem Regime die Risiken – wenn man dem so sagen will – Alter und Geschlecht weiterhin zwischen den Kassen ausgleichen will, aber nicht noch zusätzliche Parameter in die Prüfung einführen will.
Gründe gäbe es viele, ich möchte mich hier auf die wesentlichen beschränken. Der allerwesentlichste ist der, dass ein Auftrag an den Bundesrat so, wie er hier von der Mehrheit vorgeschlagen wird, in einem Gesetz keinen Sinn macht. Es ist absolut unlogisch, einen Auftrag an den Bundesrat in dieser Form in einem Gesetz, in einem einzelnen Gesetzesartikel, zu formulieren. Wenn schon, wäre die Lösung in Form eines Postulates oder in Form einer Motion der richtige Weg. Aber so ist es artfremd.
Es gibt aber auch sachliche Gründe, weswegen man sehr vorsichtig sein muss, am Risikoausgleich weiterhin Änderungen vornehmen zu wollen. Ich habe manchmal das Gefühl, dass gewisse Parlamentarierinnen und Parlamentarier nicht wissen, worum es eigentlich geht. Ich nehme die Versicherung, die ich vorgängig genannt habe, als Beispiel; ich erlaube mir das. Bei einem Grundversicherungsprämienvolumen von ungefähr 2 Milliarden Franken bezahlt dieser Versicherer 171 Millionen Franken Risikoausgleich! Tatsache ist also, dass ungefähr 8 Prozent – 8 Prozent! – des Prämienvolumens in den Risikoausgleich fliessen.
Wenn Sie jetzt noch die Mechanik anschauen, wie die Prämien aufbereitet werden müssen, wie sie beim BSV angemeldet werden müssen und vor allem zu welchem Zeitpunkt, so können Sie sich vorstellen, dass bei dieser jährlichen Prämienanpassung, die genehmigt werden muss, eine Komplizierung des Systems der Prämienverbilligung nicht ohne ist. Grob gesagt: Heute müssen Sie im März des Jahres X wissen, was im Folgejahr an Prämien nötig ist, um die Kosten zu decken. Sie müssen das unter dem Gesichtspunkt tun, dass ungefähr 8 Prozent der Prämien gar nicht geplant werden können, weil die Kosten bei anderen Kassen anfallen. Wenn wir uns diese Mechanik einmal näher zu Gemüte führen, so stellen wir fest, dass es schwierig sein wird, hier noch weitere Kriterien einzuführen.
Nur noch ganz zum Schluss: Wenn wir über den Bereich Krankheit oder über den Bereich Grossrisiko als Element des Risikoausgleichs diskutieren, stelle ich hier einfach folgende Frage in den Raum – Sie können sie sich selber beantworten –: Macht es schlussendlich Sinn, dass ein Versicherer unter Umständen in den letzten zwei Monaten des Jahres einen Versicherten noch überzeugt, eine vielleicht nicht unbedingt dringende Operation vorzunehmen, nur damit sein Kostensaldo im Bereich des Risikoausgleichs besser wird und er weniger Leistungen bezahlen muss?
Diese Gedanken machen Sie sich bitte selber, und unterstützen Sie den Antrag der Minderheit zu Artikel 105.

Triponez Pierre (RL, BE): Im Namen der geschlossenen FDP-Fraktion empfehle ich Ihnen, beim Risikoausgleich in Artikel 105 der Minderheit zu folgen. Ich möchte jetzt nicht

nochmals im Detail auf die Begründungen eingehen, die Herr Borer hier vorgebracht hat. An und für sich ist ein Risikoausgleich in einem wettbewerbsorientierten Bereich ohnehin nicht ganz unproblematisch. Aber wir haben uns jetzt während Jahren an diesen Risikoausgleich gewöhnt, und die Minderheit will deshalb am heute bestehenden System festhalten. Es gibt ja heute zwei Kriterien für den Risikoausgleich. Das eine Kriterium ist das Alter. Man will also verhindern, dass hier eine Konkurrenzsituation entsteht, in welcher eine Versicherung bezüglich des Alters der Versicherten nur gute Risiken hat. Das zweite Kriterium ist das Geschlecht.
Man kann sich natürlich alle möglichen Kriterien vorstellen, um dieses System, wie ich immer wieder höre oder lese, zu «verfeinern». Aber «verfeinern» heisst ohne Zweifel auch, dass es komplizierter würde und dass es neue Möglichkeiten gäbe, hier solche Türen zu öffnen.
Im Namen der FDP-Fraktion bitte ich Sie, dem Bundesrat – das möchte ich auch noch klar betonen – und auch dem Ständerat zu folgen und der Minderheit zuzustimmen.

Robbiani Meinrado (C, TI): Une sélection, perverse d'ailleurs, des risques reste dans l'assurance-maladie un danger persistant. La compensation des risques constitue donc un instrument indispensable visant d'un côté à contrecarrer cette tendance à la sélection des risques, et de l'autre à réaliser les conditions d'une concurrence plus correcte entre les assureurs-maladie.
Le groupe démocrate-chrétien, dans sa majorité, soutient donc la proposition de la majorité de prolonger de cinq ans la durée de validité des dispositions en vigueur. L'insertion de cette compensation dans la LAMal avait un caractère temporaire: elle avait été prévue pour dix ans. Il ne s'agit toutefois pas, purement et simplement, d'y rajouter cinq années de plus. Le nouveau délai doit être, de toute façon, utilisé pour élaborer une solution qui puisse avoir un caractère plus structuré et plus durable. Il s'agit donc d'utiliser ce délai pour améliorer et codifier définitivement les mécanismes de compensation des risques, ou bien même, pour élaborer un instrument alternatif permettant d'atteindre le même but.
Concernant l'avenir du système en vigueur, il faudra en particulier «approfondir» la possibilité de compléter les critères actuels, qui prennent en considération l'âge et le sexe des assurés, en tenant compte aussi de l'état de santé des assurés. Il faudra aussi vérifier si, au lieu d'une compensation calculée ex post, on ne pourrait pas introduire des éléments et des mécanismes plutôt basés sur des perspectives de risques. On pourrait aussi explorer d'autres pistes pour approfondir le sujet pour voir si on pourrait élaborer des modèles alternatifs. On a d'ailleurs cité souvent la possibilité de constituer un «pôle de hauts risques».
Toutes ces attentes et ces intentions d'approfondir la question ont obtenu l'adhésion du Conseil fédéral, qui a répondu positivement à un postulat de la commission qui demande l'examen de nouvelles variantes en matière de compensation des risques. Pour la majorité de notre groupe, cela n'empêche toutefois pas de soutenir la proposition de la majorité de la commission, dont le but est de conférer un caractère plus contraignant à l'élaboration d'une proposition de compensation des risques plus efficace, et cela en fixant un délai à fin 2006 pour l'élaboration de ladite proposition.
Donc la majorité du groupe démocrate-chrétien est favorable à la proposition de la majorité de la commission et soutient cette proposition d'élaboration d'une solution avant la fin de 2006.

Ruey Claude (RL, VD): Mon cher collègue, vous venez d'indiquer que ce système de recherche de nouveaux instruments en matière de compensation des risques était extrêmement complexe, que ça nécessitait des études approfondies, que ça pouvait avoir des effets indésirables. Vous savez très bien que si l'on avait une compensation des risques trop «détaillée», on risquerait même d'arriver à fin contraire. Alors, n'y a-t-il pas contradiction lorsque vous dites qu'il faut faire des recherches approfondies et en même temps fixer un délai qui est quasiment impossible à tenir?

Robbiani Meinrado (C, TI): Cher collègue, vous savez certainement que, sur ce sujet, il y a déjà pas mal de recherches approfondies et de rapports disponibles qui devraient permettre, à notre avis, de faire un choix avant le terme de ce délai.

Gross Jost (S, TG): Die SP-Fraktion bittet Sie, bei Artikel 105 die Mehrheit zu unterstützen. Die SP-Fraktion unterstützt die befristete Weiterführung des Risikoausgleichs ohne Begeisterung, denn das heutige System hat gravierende Mängel. Wie die Ergebnisse eines Nationalfondsprojektes, des Nationalen Forschungsprogramms 45, zeigen, werden mit der Beschränkung auf die Risikofaktoren Alter und Geschlecht nur gerade 20 Prozent der gesundheitlichen Unterschiede ausgeglichen. Damit werden gerade kranke Menschen weiterhin zwischen einzelnen Kassen hin und her geschoben, und sie zahlen tendenziell immer höhere Prämien. Einzelne Kassen schaffen Tochtergesellschaften mit unterschiedlichen Versicherten- und Prämienstrukturen, oder sie haben dies bereits getan. Damit durchbrechen sie das Prinzip der Einheitsprämie.
Die Gegner des Risikoausgleichs haben uns immer wieder erklärt, dieser behindere einen wirksamen Wettbewerb der Kassen. Die im Nationalfondsprojekt engagierten Forscher widersprechen dem ganz klar, und ich frage hier die Herren Borer, Triponez und Ruey, ob sie die Ergebnisse dieser Untersuchung, dieses Forschungsprojektes, auch tatsächlich zur Kenntnis genommen haben. Die Forscher sagen ganz klar: Wettbewerb verlangt Risikoausgleich.
Würde beispielsweise die Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Ärzten eingeführt, ohne den Risikoausgleich zu differenzieren, bestünde für Versicherer ein Anreiz, künftig keine Verträge mit Ärzten von vielen chronisch kranken Patienten mehr abzuschliessen.
Das ist das Ergebnis dieses Forschungsprojektes, und darauf könnte man aufbauen. Darauf könnte auch der Bundesrat für eine Reform des Risikoausgleichs aufbauen. Der Risikoausgleich funktioniert heute mehr schlecht als recht, verzerrt den Wettbewerb, mindert die Effizienz im Gesundheitswesen und gefährdet die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken.
Als hochinteressanten Lösungsansatz präsentiert im Rahmen dieses Forschungsprojektes Professor Holly von der Universität Lausanne ein Modell, das eine Definition von 17 diagnosebezogenen Risikokategorien umfasst, die inskünftig in den Risikoausgleich einbezogen würden; ergänzt würde dieser Risikoausgleich – immer nach den Vorschlägen von Professor Holly – durch einen Hochrisikopool für sehr hohe, aber nicht voraussehbare Behandlungskosten. Damit würde auch das vielfach kritisierte System des nachträglichen Kostenausgleichs durch eine prospektive Umverteilung aufgrund der Diagnose- und Risikostruktur der Versicherten ersetzt, wie es in Holland bereits bestens funktioniert.
Ich bin Ihnen, Frau Kollegin Humbel Näf, deshalb sehr dankbar für Ihren Antrag, der zum Antrag der Kommissionsmehrheit wurde: Er verpflichtet den Bundesrat, die Vorschläge für einen wirkungsvolleren Risikoausgleich bis Ende 2006 vorzulegen. Eine solche Fristansetzung ist im Übergangsrecht – und hier geht es nur um Übergangsrecht – durchaus möglich und durchaus nicht unüblich. Zumindest aber, das scheint im Rat unbestritten, ist dem Postulat der SGK-NR mit gleicher Stossrichtung, aber mit weniger ultimativer Fristansetzung zuzustimmen. Auch der Bundesrat beantragt Zustimmung zu diesem Postulat.
Warum eine raschere Gangart im Sinne der Mehrheitsfassung notwendig ist, zeigt eben das Nationale Forschungsprogramm 45 auf. Eine Lockerung des Vertragszwangs ohne Reform des Risikoausgleichs ist nicht zu verantworten und würde zusätzlich der Entsolidarisierung in der Grundversicherung Vorschub leisten.
Ich bitte Sie deshalb, der Mehrheit zu folgen.

Stahl Jürg (V, ZH): Zu Beginn möchte ich meine Interessenbindung offen legen: Ich bin Mitglied der Geschäftsleitung einer Versicherungsunternehmung, welche in den acht Jahren seit Inkrafttreten vom Risikoausgleich nicht profitierte.
Die SVP-Fraktion wird dem Bundesrat, dem Ständerat und folglich der Minderheit Borer folgen. Der gemeinsame Nenner, den bestehenden Risikoausgleich um weitere fünf Jahre zu verlängern, ohne ihn zu verändern, scheint uns richtig und in der laufenden, aufgeteilten KVG-Reform konsequent.
Der Risikoausgleich – wir haben es gehört – basiert auf den Kriterien Geschlecht und Alter. Somit erhält der Versicherer für jede versicherte Frau die Differenz zu den Durchschnittskosten der Erwachsenen. Er erhält ebenso für jede ältere Person die Differenz zu den Durchschnittskosten sämtlicher Erwachsener. Dank diesem Mechanismus und diesen präzisen Faktoren wird den Versicherern, welche im Verhältnis mehr Frauen und ältere Menschen versichern, dieses zusätzliche Risiko durch die übrigen Krankenversicherer ausgeglichen. Die Absicht bei der Einführung war – das ist jetzt ganz wesentlich –, die Erosion des Versichertenbestandes bei Versicherern zu vermeiden, welche mehr ältere Personen und Frauen versichern. Nach acht Jahren Risikoausgleich zeigen die Zahlen, dass es zu keiner Erosion gekommen ist. Die Versichertenbestände sind grösstenteils stabil bis ansteigend. Da hätte man durchaus den Antrag stellen können – wir haben darauf verzichtet –, den Risikoausgleich nicht mehr zu verlängern. Denn alles in allem bleibt der Risikoausgleich ein wettbewerbsfremdes Element.
Trotzdem ist die SVP-Fraktion für eine Verlängerung. Wir wehren uns aber entschieden gegen die immer wieder geforderten Änderungen und vor allem «Verfeinerungen» im Risikoausgleich. Mit Änderungen wie Hochkostenpool, Hospitalisierungsausgleich, Ausgleich der Fälle chronischer Erkrankungen usw. – und mir sind die Resultate dieser Forschungsstudien bestens bekannt – wird versucht, soziale Probleme unter wissenschaftlich-theoretischen Gesichtspunkten zu therapieren. Die Kostenfolgen, die Frage der Realisierbarkeit und die Wettbewerbsverzerrung werden gänzlich auf der Seite gelassen.
Die SVP-Fraktion lehnt den Antrag der Mehrheit ab, denn der Risikoausgleich muss ein Risikoausgleich bleiben, muss auf objektiven Kriterien beruhen und darf nicht zu einem Kostenausgleich, zu einer -umverteilung, verkommen. Die praktische Umsetzung mit mehreren Kriterien ist höchst problematisch; insbesondere das Führen einer zentralen Datenbank mit Daten über den Gesundheitszustand der Versicherten ist gefährlich und kaum aktuell zu halten. Die daraus resultierenden Administrationskosten sind sehr, sehr hoch. Die Komplexität eines «verfeinerten» Ausgleichs – und das scheint mir etwas ganz Wesentliches – fördert Fehler und Betrug. Und das Wesentliche: Die Überlegungen in der SVP-Fraktion gehen dahin, dass die versicherten Personen überhaupt keine Vorteile haben, wenn wir den Risikoausgleich anpassen. Im Gegenteil: Die Gefahr, dass das System verteuert wird, ist sehr gross, und wir alle wissen, dass die Verteuerung des Systems Konsequenzen hat – vor allem für die Prämienzahler.
Die versicherten Menschen stehen bei uns im Mittelpunkt. Darum bitte ich Sie, bei Ihren Überlegungen dem Bundesrat, dem Ständerat, welcher diese Bestimmung einstimmig gutgeheissen hat, und der Minderheit Borer – der Entscheid in der Kommission wurde mit 11 zu 10 Stimmen gefällt – zu folgen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Tout d'abord, je constate que personne ne conteste la nécessité de prolonger, pour cinq ans, le système de la compensation des risques. Je crois qu'il n'y a pas eu de discussion de principe et c'est bien ainsi. Sur ce point, les assureurs sont d'accord de signer un armistice provisoire et de prolonger pour cinq ans la compensation des risques.
Faut-il fixer dans la loi l'obligation de proposer un système nouveau? Nous pensons que non. La question se posera de toute façon puisque la prolongation est limitée à cinq ans. Il n'est pas nécessaire d'imposer de manière positive un changement sans savoir dans quelle direction il faut aller. Or, toutes les discussions qu'on a eues concernant un nouveau système de compensation des risques montrent qu'«il y a beaucoup de maisons dans le jardin du Père» et qu'il y a beaucoup de solutions possibles qui s'excluent mutuellement. La difficulté viendra au moment où l'on décidera concrètement quelles «améliorations» – parce que je ne suis pas sûr que ce soient de réelles améliorations – on veut apporter au système.
Dans cette perspective, obliger à changer le système sans savoir plus ou moins la direction dans laquelle on veut aller est une sorte de cri digne de l'opéra: «Je meurs, je meurs, je meurs!» – et tous les soirs, on recommence le même exercice. Mais je crois que ce n'est pas bien du point de vue politique. Lorsqu'on s'engage à quelque chose en politique, il faut avoir la conviction qu'une solution est possible. On ne peut pas dire simplement comme à l'opéra: «Je veux changer, je veux changer, je veux changer!» sans savoir exactement ce que l'on veut réellement changer.
C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à soutenir la minorité Borer.
Par contre, nous ne nous opposons pas au postulat 04.3440 de la commission, qui nous invite à vous présenter un rapport sur ce sujet.

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: A nouveau, nous avons affaire à un article dont le but est de prolonger la durée de validité d'un système, à savoir celui de la compensation des risques. Dans un pareil cas se pose d'une part la question du maintien du système tel quel, et d'autre part celle de la durée de la prolongation.
Là encore, à cet article, nombreux sont celles et ceux qui pensent que la compensation des risques doit être améliorée; et certains pensent qu'à trop prolonger la durée du système actuel, il y a un risque de ne finalement rien entreprendre. A contrario, il est apparu de façon tout aussi évidente que le système était d'une telle complexité qu'il semblait particulièrement difficile de tenter de l'améliorer au travers de dispositions relevant du droit d'urgence.
Malgré la volonté affichée du côté du Conseil fédéral d'empoigner rapidement une réforme du système, volonté confirmée par l'acceptation par le Conseil fédéral d'un postulat de la commission sur le sujet – Monsieur le conseiller fédéral Couchepin vient de rappeler tout cela –, une courte majorité de la commission – la décision a été prise par 11 voix contre 10 et 1 abstention – a jugé tout de même bon de compléter la version du Conseil des Etats en inscrivant dans la loi elle-même et avec une échéance précise cette volonté affichée par le Conseil fédéral.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Sie haben festgestellt, dass die Verlängerung des Risikoausgleichs eigentlich in beiden Varianten, die Ihnen vorliegen, unbestritten ist. Die Frage ist ausschliesslich, ob es einen Zusatz braucht, der fordert, dass bis 2006 eben ein Vorschlag für einen wirkungsvolleren Risikoausgleich vorliegt. Sie haben es gehört, die Kommission hat dieser Variante mit 11 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung den Vorzug gegeben. Die Gründe wurden ebenfalls teilweise schon genannt: Man möchte einen wirkungsvolleren Risikoausgleich. Der Risikoausgleich soll ja einen echten Wettbewerb fördern. Er soll nicht Anreize geben für eine Jagd auf gute Risiken, sondern er soll eben strukturelle Ungleichheiten zwischen den Kassen, sprich Alter und Geschlecht, ausgleichen – Ungleichheiten, die den Wettbewerb verfälschen oder behindern. Bis jetzt sind diese Kriterien ja Alter und Geschlecht. Sie sind transparent und klar; sie sind klar definiert. Die Frage ist, in welche Richtung weiter verfeinert werden kann. Kollege Gross Jost hat schon auf die Ergebnisse von Professor Holly und Kollegen im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 hingewiesen. Dort gibt es etwa die Vorstellung, dass ein Hospitalisationskriterium diesen Risikoausgleich «verfeinern» könnte.

Die Mehrheit der Kommission ist also der Meinung, dass für den Bundesrat ein zusätzlicher Auftrag in das Gesetz eingebaut werden soll. Sie haben ebenfalls festgestellt, dass parallel dazu das Postulat 04.3440, «Varianten zum Risikoausgleich», von der SGK eingereicht worden ist, das das gleiche Thema – Weiterarbeiten am Risikoausgleich – beinhaltet. Dort gibt es keine Minderheit; die SGK beantragt Ihnen also dieses Postulat praktisch einstimmig zur Annahme. Der Bundesrat ist damit einverstanden.
Wir beantragen Ihnen mit 11 zu 10 Stimmen, der Mehrheit zu folgen.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Minderheit .... 85 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit .... 82 Stimmen

Ziff. II
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. III
Antrag der Kommission
Abs. 1
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates
Abs. 2
Es tritt nach unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2005 in Kraft. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten im Falle eines Referendums und der Annahme des Gesetzes in der Volksabstimmung.

Ch. III
Proposition de la commission
Al. 1
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Al. 2
Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1er janvier 2005. Le Conseil fédéral fixe l'entrée en vigueur en cas de référendum et d'acceptation de la loi par le peuple.

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1362)
Für Annahme des Entwurfes .... 106 Stimmen
Dagegen .... 3 Stimmen

2. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung
2. Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Detailberatung – Discussion par article

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

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

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 1
Antrag der Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit
(Ruey, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Scherer Marcel, Stahl, Triponez)
.... von öffentlichen, privaten oder öffentlich subventionierten ....

Art. 1 al. 1
Proposition de la majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité
(Ruey, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Egerszegi, Scherer Marcel, Stahl, Triponez)
.... des hôpitaux publics, privés ou subventionnés ....

Ruey Claude (RL, VD): Il faut s'en souvenir, cette loi urgente, adoptée en juin 2002, était à l'époque une solution de secours, dans la mesure où un arrêt du Tribunal fédéral des assurances de Lucerne renversait la conception qu'on se faisait du «Sockelbeitrag», de la subvention à l'assuré bénéficiant de soins de base dans une chambre commune, en l'étendant aux chambres privées des hôpitaux. A l'époque, le choc financier que cela représentait pour les cantons avait nécessité cette loi qui permettait de l'absorber en douceur. Il s'agit donc d'une solution d'urgence, qui était imparfaite.
A l'époque, le débat avait déjà eu lieu de savoir pourquoi on ne traitait pas sur pied d'égalité les chambres privées quelles qu'elles soient puisque, en l'occurrence, il s'agit uniquement de chambres privées et de prise en charge dans des chambres privées. Curieusement, la loi faisait une différence entre les chambres privées d'un hôpital public ou subventionné et les chambres privées d'un hôpital privé, alors que dans les deux cas, il s'agit de la même chose.
A l'époque déjà, on nous avait répondu qu'il s'agissait d'une solution transitoire et d'urgence et que ceci allait changer avec la deuxième révision de la LAMal et le financement des prestations qui serait immédiatement en vigueur – «très prochainement», nous disait Madame Dreifuss, alors conseillère fédérale.
Or, vous le savez, cela n'a pas été le cas puisque la deuxième révision de la LAMal a échoué et l'inégalité de traitement qui a été créée subsiste. Or, nous sommes surpris et déçus de voir que le Conseil fédéral maintient cette discrimination entre les patients, maintient cette inégalité de traitement entre assurés, et entre hôpitaux aussi.
Prenons tout d'abord l'inégalité de traitement entre assurés. A partir du moment où nous sommes tous obligés d'être assurés puisqu'il y a ce que nos «frères» appellent en allemand le «Versicherungsobligatorium», le «Sockelbeitrag» – la contribution de base – doit être attribué à chacun. Or, si vous choisissez d'aller dans un hôpital privé – par exemple, dans mon canton, l'hôpital de la Source qui forme beaucoup d'infirmières, qui est bien connu, mais qui est privé –, il se trouve que vous ne bénéficiez pas, en tant qu'assuré, du «Sockelbeitrag». Par contre si vous allez à l'hôpital de Morges, qui est voisin, vous bénéficiez tout à coup de la subvention de l'Etat parce qu'il est indirectement subventionné par l'Etat. Il y a donc une inégalité de traitement entre les assurés qui est inadmissible et cela n'est pas tolérable plus longtemps.
Il y a aussi une inégalité de traitement entre les hôpitaux. Si je reprends l'exemple de ces deux hôpitaux, à partir du moment où vous êtes dans une chambre purement privée et qu'il ne s'agit pas de la mission de base, soit pas d'une chambre commune, il n'y a aucune raison de les traiter différemment. En les traitant différemment, on va d'ailleurs dans le sens contraire de ce que veut le Conseil fédéral lorsqu'il nous explique qu'il veut aller vers plus d'économicité, plus d'esprit d'entreprise et plus de concurrence.

Cette situation était peut-être envisageable à titre très transitoire et pour «monter en puissance», comme on l'a dit. Mais aujourd'hui, on ne peut pas la prolonger, d'autant plus que cette distorsion-là risque de créer des pressions à la hausse sur les prix. Cela n'est pas seulement dommageable pour les hôpitaux concernés; cela peut aussi être dommageable pour le système de santé en tant que tel, dans la mesure où on fait bénéficier d'un avantage des hôpitaux publics ou parapublics qui ne sont pas forcément les meilleur marché, ni les plus efficients, et qui ne bénéficient plus, si je puis dire, de la concurrence des autres puisqu'on fait une distorsion de concurrence.
On va nous dire tout à l'heure que pragmatiquement, il faut prolonger une solution qui est bien sûr transitoire, mais qui changera. Il nous paraît cependant qu'il faut renoncer à ce provisoire. Il n'y a rien de pire que le provisoire qui dure. Il n'y a rien de pire qu'une injustice qui dure. Et l'effet économique risque bien d'être très négatif, comme le dit d'ailleurs l'Association suisse des cliniques privées: «Mit einer solchen wettbewerbsverzerrenden Lösung wäre das langsame Sterben der Privatspitäler nur noch eine Frage der Zeit. Darüber hinaus wird aber auch das öffentliche, private und Halbprivatangebot gefährdet, ist doch gerade die Auswahlmöglichkeit einer der Beweggründe, welcher zum Abschluss einer solchen Versicherung führt.» En d'autres termes – et j'essaie de le traduire de l'allemand –, c'est non seulement la capacité concurrentielle des cliniques privées qui sera remise en cause, mais c'est également le fait de pouvoir avoir dans nos hôpitaux publics et parapublics des chambres privées qui serait paradoxalement menacé par le fait que les assurés vont peu à peu renoncer à des assurances complémentaires. Cela finalement coûtera plus cher à l'ensemble de la collectivité. Il n'y a donc pas de raison d'attendre, il n'y a pas de raison de maintenir cette injustice.
C'est le bon sens, l'égalité de traitement, et je crois même pouvoir le dire, la lutte contre la hausse des coûts qui doivent nous inviter à accepter la proposition de minorité.

Gross Jost (S, TG): Herr Kollege Ruey, Sie wollen mit Notrecht Artikel 49 Absatz 1 KVG ändern, darauf läuft es hinaus.
Können Sie mir sagen, weshalb Sie in der Kommission nicht so fair waren, dann gleich eine Änderung von Artikel 49 Absatz 1 KVG zu beantragen, der ganz ausdrücklich von «öffentlichen» und «öffentlich subventionierten» Spitälern spricht? Warum hatten Sie nicht den Mut, diesen Artikel 49 Absatz 1 so zu revidieren, wie Sie es jetzt mit Notrecht tun wollen?

Ruey Claude (RL, VD): Pouvez-vous me répéter le contenu de l'article 49 dont vous parlez? – A vrai dire, je ne comprends pas le sens de votre question, parce qu'encore une fois, il ne s'agissait pas de droit d'urgence – on l'a déjà dit –, il s'agissait de trouver une solution par rapport à un droit qui aurait dû s'appliquer en vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. A un moment donné, on a voulu éviter que les cantons paient plus d'un coup et on les a fait payer par étapes. Ce processus est terminé! Maintenant les cantons sont arrivés au maximum et par conséquent, il n'y a plus de raison de continuer à les «protéger», si je puis dire, pour éviter la dernière étape qui consiste à mettre sur pied d'égalité hôpitaux publics et privés.
Vous me signalez l'article 49, mais je vous rappelle que la loi prévoit à l'article 39 que l'on doit tenir compte de manière adéquate du secteur privé. C'est le législateur qui a voulu cela lorsqu'il a modifié la LAMal!
Voilà la raison pour laquelle je ne pense pas qu'il soit contradictoire d'adopter la position qui est la mienne aujourd'hui.

Humbel Näf Ruth (C, AG): Die CVP-Fraktion unterstützt in der Frage des Sockelbeitrages für Zusatzversicherte in öffentlichen Spitälern die Kommissionsmehrheit.
Wir sind grundsätzlich auch für gleiche Wettbewerbsbedingungen für öffentliche und private Spitäler. Gleiche Voraussetzungen und gleiche Bedingungen für öffentliche und private Spitäler können und dürfen sich aber nicht ausschliesslich auf Finanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand beschränken, sondern müssen ebenso die Leistungs- und Kostentransparenz der Privatkliniken einbeziehen. In diesem Bereich gibt es sehr grosse Differenzen. Wir müssen uns aber auch den Sinn dieses dringlichen Rechtes wieder in Erinnerung rufen: Der Sockelbeitrag für Zusatzversicherte in öffentlichen Spitälern bezieht sich eben ausschliesslich auf öffentliche Spitäler, weil die Kantone nur in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern ihren Beitrag an die Kosten von Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung leisten. Geht ein Allgemeinversicherter in ein Privatspital, das auf einer kantonalen Spitalliste steht, haben die Krankenversicherer die vollen Betriebs- und Investitionskosten zu bezahlen. Auch ein Allgemeinversicherter bekommt in einem Privatspital also keine Leistungen seitens des Kantons. Es wäre daher völlig unlogisch, wenn sich die Kantone an den Kosten von Zusatzversicherten in Privatkliniken beteiligen müssten, während die Krankenversicherer bei Grundversicherten den vollen Beitrag aus der obligatorischen Versicherung zu bezahlen haben.
Der Antrag der Kommissionsminderheit hätte zur Folge, dass die Kantone ab dem nächsten Jahr mehrere Hundert Millionen Franken an zusätzlichen Kosten übernehmen müssten. Eine solche Kostenverschiebung von Zusatzversicherungen auf die Kantone darf nicht ohne Not mit Dringlichkeitsrecht verfügt werden, sondern muss vorher mit den Kantonen abgesprochen werden.
Es gibt in der Tat grundsätzlich keinen Grund, öffentliche und private Spitäler, welche auf den kantonalen Spitallisten stehen, nicht gleich zu behandeln. Wettbewerbsverzerrungen können und dürfen aber nicht mit Dringlichkeitsrecht beseitigt werden, sondern dies muss auf dem Weg der ordent-lichen KVG-Revision erreicht werden. Vonseiten der CVP-Fraktion fordern wir daher die direkte Einführung des monistischen Finanzierungssystems ohne Umweg über ein dual-fixes System.
Im Moment bitten wir Sie aber, sich der Kommissionsmehrheit anzuschliessen und den Sockelbeitrag weiterhin auf öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler beschränkt zu lassen.

Guisan Yves (RL, VD): Le maintien des dispositions actuelles à l'article 1 alinéa 1 n'a manifestement pas les effets souhaités. En effet, en postulant qu'il s'agit exclusivement des «hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics», une discrimination est établie d'emblée à l'égard des hôpitaux privés. Ils peuvent parfaitement figurer sur la liste de leur canton sans être subventionnés et jouer un rôle absolument essentiel dans la capacité de prise en charge. Eliminer des institutions de la sorte par la bande, alors que les hôpitaux publics ou reconnus d'intérêt public ne seraient pas en mesure d'absorber nécessairement cette clientèle, a quelque chose de manifestement incongru. Nous sommes en train d'avaliser la prolongation d'une loi urgente, et non pas de formuler dès à présent de nouvelles modalités de financement. Mais le changement proposé va dans le sens des propositions du message et des dispositions prévues par le système dual fixe, bien que ces éléments demandent à être précisés dans le détail.
Il ne s'agit pas seulement d'une question de principe – modifier des dispositions transitoires pour les adapter immédiatement aux nouvelles orientations –, mais aussi des conséquences pratiques du blocage en cours. Le texte du Conseil fédéral et de la majorité obligerait les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics à absorber toute la clientèle privée qui entend jouir normalement de ses droits, conformément à la décision du Tribunal fédéral des assurances. Il existe au gré des cantons des statuts divers où, en particulier, un hôpital privé figure sur la liste en tant que tel mais où le patient, lui, est subventionné à titre individuel.
Enfin, le maintien des restrictions actuellement en vigueur va manifestement à l'encontre de l'orientation donnée au projet futur puisque le financement à la prestation devrait au

contraire aboutir à un relâchement de la planification au profit de modalités qui suivent le patient.
Au vu de ces différentes considérations, je vous prie, au nom du groupe radical-libéral, de suivre la minorité.

Cavalli Franco (S, TI): Die Mehrheit und der Bundesrat wollen die jetzige Situation verlängern bis zum Moment, in dem wir die Botschaft, die schon vorliegt und die die Spitalfinanzierung definitiv regulieren wird, diskutieren können. Das wird in etwa sechs Monaten der Fall sein. Ich freue mich schon jetzt auf die Diskussion, die wir darüber führen werden, ob wir, wie der Bundesrat schon angemeldet hat, dann definitiv – aber geordnet – auch die Privatkliniken finanzieren sollen oder nicht. Ich freue mich auf diese Diskussion. Es gibt genügend wissenschaftliche Beweise dafür, dass dies dann zur Mengenausweitung und zur Kostensteigerung führen wird. Aber diese Diskussion können wir heute nicht führen. Sie ist dann vorgesehen, wenn wir die Botschaft in der Hand haben und darüber befinden werden.
Die Minderheit will den Kantonen diese neue Situation schon jetzt per Notrecht aufzwingen. Die Kantone haben dagegen schon den grössten Widerstand angemeldet, und zwar wehren sie sich nicht nur gegen diese Lösung, die ihnen per Notrecht aufgezwungen würde, sondern auch gegen die definitive Lösung. Die Kantone sagen, dass sie nie imstande sein werden, auch für Privatspitäler zu bezahlen. Sie haben bereits jetzt vom Referendum gesprochen. Die Kantone haben in diesem Punkt mehr Mut gezeigt als das Parlament.
Als wir die Bestimmung angenommen haben, über die wir jetzt diskutieren, haben wir einfach einen Kniefall vor dem Versicherungsgericht gemacht. Da das KVG unklar war, hat das Versicherungsgericht gesagt, man müsse für Privatpatienten in öffentlichen Spitälern auch bezahlen, aber wir hätten auch das Gesetz klären und es so formulieren können, dass das nicht mehr möglich gewesen wäre. Das ist es, was die Kantone jetzt vorschlagen. Sie schlagen nämlich vor, dass man die ganze Problematik noch einmal aufrollt und das Gesetz klärt.
Sie sehen, wie unklar die Lage ist, was für grosse Widerstände vor allem vonseiten der Kantone kommen, und zwar einhellig. In dieser Situation mit einem kleinen Komma, per Notrecht, den Kantonen eine solche milliardenschwere Lösung aufzuzwingen ist unmöglich und wäre sehr unseriös.

Teuscher Franziska (G, BE): Ich kann dort anknüpfen, wo Herr Cavalli aufgehört hat.
Ich frage Sie: Wollen Sie bei den Privatspitälern nun wirklich per Notrecht eine völlig neue Finanzierung ins Gesetz aufnehmen? Gestern bei der Eintretensdebatte wurde immer wieder gesagt, wir würden bei dieser KVG-Revision im Moment nur das Dringendste aufnehmen. Ist es nun wirklich dringend, dass sich die Kantone auch an den Kosten der Privatspitäler beteiligen? Die grüne Fraktion ist ganz klar der Meinung, dass dem nicht so ist! Wir unterstützen den Antrag der Mehrheit der Kommission.
Sie alle wissen, dass sich die Kantone gegen die Ausweitung des dringlichen Bundesbeschlusses auf die Privatspitäler wehren. Wenn man auch die Privatspitäler durch die Kantone finanzieren lassen würde, würde das einen enormen Kostenschub im Gesundheitswesen verursachen.
Wenn Sie dem Antrag der Minderheit Ruey zustimmen, dann riskieren Sie wegen dieser Frage ein Referendum. Wir müssen in einem weiteren Schritt in der KVG-Revision über die Finanzierung der Spitäler diskutieren. Die grüne Fraktion ist zwar der Meinung, dass die Kantone sich nicht an der Finanzierung der Privatspitäler beteiligen sollten; aber wenn Sie wollen, dass wir diese Debatte führen, können wir das sachlich und überlegt in einer nächsten Phase der KVG-Revision tun. Wenn Sie dem Antrag der Minderheit Ruey zustimmen, nehmen Sie diese Debatte vorweg. Auch hier gilt wie bei fast allem in dieser KVG-Revision: Wir müssen Bestehendes fortführen, bis wir eine umfassende Diskussion über gewisse entscheidende Punkte geführt haben. Dazu gehört die Spitalfinanzierung.
Ich bitte Sie deshalb im Namen der grünen Fraktion, dem Antrag der Mehrheit der Kommission zuzustimmen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Wir haben es hier mit einer ausserordentlich ärgerlichen Sache zu tun. Frau Teuscher, es geht nicht nur darum, dass mit dieser Gesetzgebung eine objektbezogene Wettbewerbsverzerrung stattfindet; ich empfinde es als viel schlimmer, dass eine subjektbezogene Verzerrung stattfindet – eine Ungleichbehandlung von gleich Versicherten. Das ist hier das Hauptproblem.
Man ist bei der Einführung dieser Notmassnahme – oder dieser provisorischen Massnahme – davon ausgegangen, dass diese Sockelbeitragslösung im Rahmen der 2. KVG-Revision ersetzt wird. Aus heutiger Sicht möchte ich festhalten – die Revision ist ja vor einem Jahr gescheitert –, es ist nicht so sicher, ob wir im vorgesehenen Zeitrahmen eine Spitalfinanzierung unter Dach und Fach bringen, die auch dieses Problem lösen wird.
Hier stellt sich die Frage: Soll diese Ungleichbehandlung von Versicherten – ich möchte das in den Mittelpunkt stellen – einfach weitergeführt werden? Bei der Einführung der Massnahme haben die Versicherungen im Sinne eines Stillhalteabkommens gesagt, dass sie trotz der Ungleichbehandlung durch den Gesetzgeber nicht beabsichtigen, deswegen in der kurzen Zeit die Prämien je nach Leistungserbringer unterschiedlich zu erheben – immer mit Blick auf eine absehbare, für alle Versicherten gleich lautende Lösung. Diese Lösung ist wiederum in etwas weitere Ferne gerückt, und das lässt sich vor allem gegenüber den Versicherten nicht mehr rechtfertigen. Es geht meines Erachtens erst in zweiter Linie um die Privatspitäler.
Der Antrag der Minderheit Ruey ist richtig, weil er nach wie vor eine Lösung in der Übergangsregelung darstellt, eine Nennung der Spitäler, eine objektbezogene Nennung. Diese Massnahme wird aber für Zusatzversicherte prämienwirksam, weil dadurch eine Gleichbehandlung aller Gleichversicherten im Zusatzversicherungsbereich stattfindet. Das ist die Lösung des Problems, welche die Minderheit Ruey vorschlägt. Wir werden diese Lösung der Minderheit unterstützen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Pour commencer avec ce qui vient d'être dit, Monsieur Bortoluzzi déclare avec raison que le système actuel implique des distorsions de concurrence. Mais comment les supprimer? Il faut le faire à travers un système réfléchi qui est la levée de l'obligation de contracter – que Monsieur Ruey combattra par ailleurs –, qui est la réponse logique au problème, et l'introduction du système moniste.
Introduire cet élément de concurrence dans le système actuel, sans changer le fond, c'est-à-dire sans introduire la liberté de contracter, c'est faire avancer la carriole dans deux directions différentes, et cela ne marche pas. Les cantons, avec raison, s'opposent avec vigueur à ce que voudrait Monsieur Ruey dans le système actuel. Par contre, lorsqu'on aura la liberté de contracter, eh bien la situation changera et il y aura égalité de traitement de tous ceux qui offrent des prestations. Ce seront le prix et la qualité qui décideront.
Dans le système actuel, changer à travers le droit d'urgence la disposition de l'article 49 que l'on a évoquée tout à l'heure est quelque chose d'étrange, qui n'est pas acceptable, et qui entraînera simplement des augmentations de coûts pour l'assurance-maladie et des primes supplémentaires.
Je commence à m'interroger, Monsieur Ruey, sur la philosophie qui conduit vos différentes propositions. Vous êtes contre l'arrêté limitant l'accès des prestataires de soins au marché. Si on vous avait suivi, il y aurait eu une augmentation des prestataires de soins, et par là même des coûts. Vous êtes contre la liberté de contracter qui permet d'exercer une certaine pression sur les coûts. Vous êtes pour la suppression de la limitation du subventionnement et pour l'extension de celui-ci à toutes les cliniques privées ou aux

hôpitaux publics. A la fin, quand on fait l'addition de vos propositions, elles vont toutes vers l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie, au moment même où sans doute vous appelez au courage de prendre des mesures de limitation des coûts. Ce n'est pas possible de mener une politique comme celle-là, soit, dans la pratique, d'être systématiquement contre toutes les propositions qui limitent les coûts et, à la fin, de faire un discours général appelant au courage et à prendre des mesures de limitation des coûts réels! Je crois que la contradiction est telle qu'elle doit être une fois publiquement dénoncée.
C'est la raison pour laquelle je pense qu'il y a encore un argument supplémentaire qui me pousse à vous demander instamment de soutenir la majorité et d'éviter une confrontation avec les cantons.

Ruey Claude (RL, VD): Vous faites allusion à des contradictions, Monsieur le conseiller fédéral. D'abord où et à quel moment m'avez-vous entendu dire quelque chose contre la liberté de contracter dans ce débat, dans cette assemblée? Jamais. Ici, vous ne l'avez pas entendu. De quelle liberté de contracter parlez-vous? Votre projet parlait de la liberté de contracter pour l'ambulatoire. Pouvez-vous me dire quel est le rapport entre l'ambulatoire et l'hospitalier? Nous sommes dans l'hospitalier en ce moment, il n'y a strictement aucun rapport. De quelle liberté de contracter parlez-vous quand on maintient les obligations, les prix imposés, la protection tarifaire? Est-ce cela la concurrence et est-ce cela la liberté de contracter? C'est cette liberté de contracter croupion que je combats. Cela n'est pas la liberté de contracter concurrentielle que les radicaux-libéraux de ce pays appellent de leurs voeux.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Vous ne m'avez posé qu'une seule question: où vous ai-je entendu plaider contre la liberté de contracter? Au cours d'un séminaire organisé par notre «holding» commune, libérale-radicale!

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Herr Bundesrat, wie vertreten Sie es gegenüber Zusatzversicherten, dass sie in einem öffentlichen Spital Leistungen vom Staat subventioniert erhalten und mit gleicher Versicherung und mit gleichem Leistungsbezug im Privatspital diesen Beitrag nicht erhalten? Es ist eine Ungleichbehandlung von Bürgerinnen und Bürgern. Das ist meines Erachtens nicht haltbar. Das ist das Problem.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois qu'on peut faire un long débat sur ce qu'est l'égalité de traitement. L'égalité de traitement implique que l'on traite différentes personnes de la même manière dans les mêmes circonstances.
Or, ce ne sont précisément pas les mêmes circonstances si quelqu'un, qui a par ailleurs une assurance complémentaire, va se faire traiter dans un hôpital privé ou dans un hôpital public. Selon toutes les définitions juridiques, l'égalité de traitement, c'est de traiter de même manière des personnes différentes dans les mêmes circonstances.
Vous évoquez précisément un cas où les circonstances ne sont pas les mêmes. Il n'y a rien qui viole l'égalité de traitement dans le fait de traiter différemment des personnes différentes dans des circonstances différentes.

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: La petite partie de ping-pong qui vient d'avoir lieu vous résume à peu près la discussion qui s'est déroulée en commission. Celle-ci a longuement débattu de la proposition défendue par la minorité Ruey. Son acceptation amènerait des changements fondamentaux dans le système. On peut parfaitement admettre que le fameux «montant-socle» dont parle Monsieur Ruey appartient aux patients et non aux institutions et s'engager pour une modification du système.
Néanmoins, pour la majorité de la commission, il apparaît que suivre une telle nouvelle voie, au travers d'une législation urgente, recèle trop d'inconvénients, à commencer – et cela a été rappelé ici par de nombreux intervenants – par l'opposition farouche des cantons. En effet, le risque d'un chaos programmé avec le lancement d'un référendum est considérable, l'enjeu financier étant d'aggraver les charges des cantons de 400 à 500 millions de francs.
Si donc chacun est d'avis qu'un débat de fond doit avoir lieu sur la question du financement des hôpitaux, la majorité de la commission juge qu'il est dangereux de changer les règles en vigueur au travers d'une prolongation de loi, dont ce n'est manifestement pas l'objectif premier. Le but est bien, comme d'ailleurs pour une bonne partie de tous les projets que nous venons de discuter, d'éviter un vide juridique en attendant l'entrée en vigueur d'un nouveau mode de financement des hôpitaux.
Toutes ces raisons, ainsi que la grande insécurité qu'une acceptation de la proposition de la minorité Ruey amènerait, incitent la commission, qui a pris sa décision par 12 voix contre 8 et 3 abstentions, à vous recommander de rejeter cette proposition de minorité et d'en rester ainsi au texte du Conseil fédéral adopté par le Conseil des Etats.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Sie haben es gehört: Für die Mehrheit geht es ganz klar nicht primär um die Frage einer neuen Finanzierung für die Spitäler. Herr Cavalli hat darauf hingewiesen, dass diese in den nächsten Reformpaketen à fond diskutiert werden wird. Es ging hier auch nicht prinzipiell um die Frage der gleich langen Spiesse, die immer wieder zitiert werden, oder um die Frage der Gleichbehandlung, sondern es ging der Mehrheit vor allem darum, dass hier der falsche Ort, der falsche Zeitpunkt, wäre, diese Frage zu regeln. Sie haben es gehört: Wenn Sie sie regeln wollen, dann müssen Sie das in Artikel 49 KVG tun. Dort spricht man eben nur von «öffentlichen» und «öffentlich subventionierten» Spitälern. Wenn etwas geändert werden soll, dann muss man es im Kontext von Artikel 49 Absatz 1 tun; Herr Gross hat darauf hingewiesen.
Für die Mehrheit gibt es vier klare Gründe, weshalb der Antrag der Minderheit Ruey abgelehnt werden muss:
1. Wir sind hier im Dringlichkeitsrecht, es geht um eine Verlängerung der Spitalfinanzierung bis 2006. Es kann nicht angehen, dass man im Dringlichkeitsrecht einen bestehenden KVG-Artikel – hier eben Artikel 49 – ändert.
2. Die Kantone würden – sollten Sie der Minderheit Ruey folgen – Ende September 2004 vor die Aufgabe gestellt, in ihren Budgets für 2005 rund eine halbe Milliarde Franken «einzupacken». Dieser Affront den Kantonen gegenüber ist ebenfalls nicht statthaft.
3. Bei der Minderheit Ruey wäre unschön, dass die allgemeinen Abteilungen der Spitäler gar nicht mehr erwähnt wären. Das ist vielleicht ein Versehen – sicher nicht ein beabsichtigtes Weglassen –, aber es geht natürlich nicht an, dieses nur für Halbprivat- und Privatabteilungen, nicht aber für allgemeine Abteilungen zu regeln. Frau Humbel Näf hat das klar erwähnt.
4. Nachdem sich neue Entwicklungen in der Diskussion um die Spitalfinanzierung ergeben, insbesondere nachdem die Kantone sich etwas von der dual-fixen Finanzierung abgesetzt haben, ist ein zusätzlicher Grund vorhanden, der es schwierig machen würde, hier in einer Übergangsfinanzierung nun eine grundsätzlich neue Spitalfinanzierungslösung zu finden.
Sie sehen also, es sind vier klare Gründe, die gegen diese Minderheit sprechen. Die Mehrheit – die Kommission entschied mit 12 zu 8 Stimmen bei 3 Enthaltungen – empfiehlt Ihnen sehr klar, in diesem dringlichen Übergangsrecht bis 2006 keine grundsätzlichen Änderungen der Spitalfinanzierung vorzunehmen, sondern das dort zu diskutieren, wo es diskutiert werden muss, wenn die neuen Vorlagen auf dem Tisch des Hauses sind.
Folgen Sie also der Mehrheit.

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1363)
Für den Antrag der Mehrheit .... 104 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 72 Stimmen

Art. 2; 3 Abs. 3; Ziff. II
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 2; 3 al. 3; ch. II
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1364)
Für Annahme des Entwurfes .... 152 Stimmen
Dagegen .... 18 Stimmen

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

Detailberatung – Discussion par article

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

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

Angenommen – Adopté

Ziff. I Übergangsbestimmung
Antrag der Mehrheit
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Eventualantrag der Minderheit II
(Maury Pasquier, Cavalli, Egerszegi, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Gross Jost, Rechsteiner-Basel, Rossini)
.... nicht überschritten werden. Das Departement erhöht die Pflegetarife der Stufen 3 und 4 von Artikel 9a KLV auf die Einführung dieses Gesetzes hin und um die seit 1998 aufgelaufene Teuerung. Die Summe dieser Teuerung aller Tarifstufen wird auf die Stufen 3 und 4 umgelegt. Vorbehalten sind dabei diejenigen Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben. Diese werden auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt. Vorbehalten ....

Ch. I dispositions transitoires
Proposition de la majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition subsidiaire de la minorité II
(Maury Pasquier, Cavalli, Egerszegi, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Gross Jost, Rechsteiner-Basel, Rossini)
.... médico-social. Le département augmente les tarifs des niveaux de soins 3 et 4 de l'article 9a OPAS à la date d'entrée en vigueur de la présente loi et d'un taux correspondant au renchérissement intervenu depuis 1998. La somme totale du renchérissement de tous les niveaux tarifaires est affectée aux niveaux 3 et 4. Sont réservés les tarifs et les conventions tarifaires qui ont déjà dépassé les tarifs-cadres au 1er janvier 2004. Ces tarifs sont limités au niveau du tarif valable au 1er janvier 2004. Demeurent ....

Rossini Stéphane (S, VS): Lors du débat d'entrée en matière, Madame Maury Pasquier a développé sa proposition de non-entrée en matière de la minorité I sur ce projet 3. Quant à moi, je vais reprendre la proposition subsidiaire de la minorité II (Maury Pasquier) qui vise à recentrer l'action du gel des tarifs, puisque c'est de cela qu'il s'agit, sur les niveaux de soins 3 et 4.
D'abord, sans reprendre tous les éléments qui ont déjà été développés, j'aimerais, dans le cadre du contexte politique à l'intérieur duquel s'inscrit cette proposition, rappeler un élément qui nous paraît quand même particulièrement difficile à accepter. Depuis l'introduction de l'assurance-maladie et le choix politique d'obligation d'assurance et de couverture des soins, il avait été demandé à tous les partenaires des soins à domicile et des établissements médicosociaux de réaliser la transparence des coûts. Durant toute cette période, avec cette demande d'exigence de transparence, on a dit: «Quand la transparence sera réalisée, quand on pourra démontrer véritablement quels sont les coûts, on pourra les mettre totalement à la charge de l'assurance-maladie.» Qu'est-ce qu'on observe aujourd'hui? Une chose qui est particulièrement grotesque: à partir du moment où tous ces partenaires ont réalisé la transparence, on les punit et leur dit: «Non, ça va coûter trop cher et on ne va pas payer ça par l'assurance-maladie.»
Voilà ce qui se trouve derrière cette proposition et je considère que cela n'est pas très cohérent dans l'esprit de l'assurance-maladie, et cela n'est pas du tout correct vis-à-vis des partenaires qui ont investi et engagé beaucoup de moyens en ressources humaines et financières pour réaliser la transparence.
Bien évidemment, on devra poursuivre cet effort de transparence pour disposer d'un monitoring qui soit le plus pertinent possible afin de maîtriser effectivement les coûts dans le domaine des soins à domicile et des établissements médicosociaux.
Par conséquent, au vu de cette situation, on ne peut pas admettre que le gel des tarifs soit introduit comme proposé dans ce projet 3 de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, tout simplement parce qu'il y a un certain nombre de problèmes de fond auxquels sont confrontés les acteurs du terrain. Manifestement, les gens qui sont pris en charge à domicile entrent notamment beaucoup plus tard dans les établissements médicosociaux et représentent des cas beaucoup plus lourds. Par conséquent, on ne peut pas mettre sur le même plan l'ensemble des patients pris en charge à domicile ou en EMS. C'est la raison pour laquelle nous aimerions au moins, avec cette proposition subsidiaire de la minorité II, que le Parlement cible l'aménagement des tarifs en sorte que nous puissions augmenter les tarifs des niveaux de soins 3 et 4, c'est-à-dire ceux des cas les plus lourds. Il faut impérativement que l'on puisse permettre d'éviter que des charges trop élevées soient directement imposées aux patients et à leur famille et soient par conséquent soustraites du volet social de l'assurance-maladie.
Je crois que la proposition subsidiaire de la minorité II vise à cibler un financement là où véritablement il y a des besoins, en l'occurrence pour les cas lourds, sans quoi nous renforcerions encore les inégalités liées aux primes par tête de l'assurance-maladie, comme je l'ai dit hier.
Enfin, il faut savoir que cette répartition des charges entre l'assurance-maladie, les pouvoirs publics et les patients est très inégale selon les cantons; et au sein de ces derniers, elle est encore très inégale entre les établissements médicosociaux. Une nouvelle réglementation est en consultation; c'est quelque chose de complexe qu'on ne peut pas régler en quelques semaines – nous aurions pu anticiper davantage, certes, mais aujourd'hui on en est là. Or dans l'attente de cette nouvelle réglementation, je crois qu'il faut éviter d'accroître les inégalités entre les patients avec ce gel des tarifs, notamment aux dépens des cas les plus lourds, qui n'ont pas choisi d'être malades et qui sont souvent les personnes les plus âgées.
Je vous invite à soutenir cette proposition subsidiaire de la minorité II, qui a pour but de rétablir une certaine équité et d'atténuer l'effet antisocial, tel qu'il découle de la version de la majorité de la commission.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Die FDP-Fraktion wird hier die Mehrheit unterstützen. Wir sind uns bewusst, dass das ein Kompromiss ist. Das KVG hat ganz klar versprochen, dass medizinisch verordnete Leistungen überall bezahlt werden, sei es stationär in einem Spital, sei es am-

bulant über die Spitex zu Hause oder in einem Pflegeheim. Damals waren auf der einen Seite die projektierten Zahlen für diese Art Gesetz nie richtig budgetiert. Auf der anderen Seite sind diese Pflegekosten durch die Fallpauschalen und das Bestreben, die stationären Aufenthalte immer kürzer werden zu lassen, gestiegen. Da muss man sich überhaupt nicht wundern, dass man eine relativ grosse Steigerung feststellt. Nun müssen wir die Pflegefinanzierung neu ordnen, und zwar mit Einbezug der anderen Sozialversicherungen.
Hier geht es nur um die Übergangsbestimmungen, bis es so weit ist. Die Tarife sollen hier eingefroren werden. Wenn man Tarife einfriert und nur noch an die Teuerung anpasst, ist das für jene Heime ungerecht, die gut gewirtschaftet haben und darauf geachtet haben, dass sie nie irgendetwas Überflüssiges im Budget hatten. Diese werden dann bestraft, während die anderen, die relativ grosszügig vorgegangen sind, ein solches Einfrieren schliesslich viel besser überwinden können.
Beim Abwägen aller Vor- und Nachteile müssen wir sagen: Wir müssen diese Kosten im Griff haben. Deshalb unterstützt die FDP-Fraktion hier die Mehrheit. Wir legen aber Wert auf Folgendes: Wenn Anpassungen gemacht werden, sollen diese vornehmlich die Pflegestufen 3 und 4, die Schwerstpflegebedürftigen, betreffen, um hier wirklich auch der sozialen Aufgabe gerecht zu werden.
Ich bitte Sie, hier diese Übergangsbestimmungen anzunehmen, mit den gemachten Vorbehalten.

Humbel Näf Ruth (C, AG): Niemand ist erfreut, auch im Pflegebereich auf Dringlichkeitsrecht zurückgreifen zu müssen, zumal die Probleme in der Pflege, namentlich in der Alterspflege, seit der Einführung des KVG bekannt sind.
Das KVG legt aber lediglich den Grundsatz fest, dass ambulante und stationäre Leistungen in der Pflege gleich zu behandeln sind, es definiert nicht das Leistungsspektrum. In der Leistungsverordnung hingegen ist dann das Spektrum der Leistungen, welche von den Krankenversicherern zu bezahlen sind, sehr weit definiert worden. In der vollständigen Umsetzung der Verordnungsbestimmungen brächte es für die Krankenversicherung und damit für die Prämienzahlenden Mehrkosten von etwa 1 Milliarde Franken. Eine solche Kostenverschiebung von Privaten und der öffentlichen Hand einerseits hin zu den Krankenversicherern und den Prämienzahlenden andererseits ist nicht vereinbar mit dem Ziel der Kostendämpfung in der Krankenversicherung. Beim Eintreten haben verschiedene Votantinnen und Votanten ihre Kritik und Besorgnis über die wachsende Prämienbelastung insbesondere für junge Familien geäussert. Auch unter diesem Aspekt ist eine Kostenausweitung im stationären und ambulanten Pflegebereich nicht vertretbar; sie würde massive zusätzliche Prämienbelastungen insbesondere für junge Familien bringen. Um einen Prämienschub zu verhindern, müssen wir diesem Bundesgesetz zustimmen.
Bei der befristeten Einfrierung der Tarife geht es primär darum, für alle Beteiligten, für Patientinnen und Patienten, Pflegeheime, Kantone und Versicherer, eine gewisse Rechtssicherheit zu schaffen, damit sie wissen, was in den nächsten zwei Jahren gilt. Ohne dieses Gesetz bekämen wir durch eine Flut von Beschwerden an den Bundesrat chaotische Zustände.
Das Bundesamt für Gesundheit hat in Aussicht gestellt, die Rahmentarife für die beiden oberen Pflegestufen, also für die Pflegestufen 3 und 4, zu erhöhen. Das ist richtig so. Wir lehnen aber eine vollständige Teuerungsanpassung ab 1998 ab und sind daher auch gegen den Antrag der Minderheit II.
Die CVP-Fraktion unterstützt die Fassung der Kommissionsmehrheit, des Bundesrates und des Ständerates und lehnt den Antrag der Minderheit ab. Sie empfiehlt Ihnen, dasselbe zu tun.

Hassler Hansjörg (V, GR): Die Finanzierung der Pflege befriedigt heute in der Tat nicht. Die Krankenversicherer übernehmen nur einen Teil der Pflegekosten, der Rest wird in den Kantonen auf verschiedenste Art und Weise finanziert. Entweder werden die Restkosten durch die Kantone selber, durch die Gemeinden, durch die Patienten oder durch «Mischformen» davon getragen. Die Situation ist in dieser Form tatsächlich unbefriedigend. Wir werden die Frage der Pflegefinanzierung definitiv lösen müssen. Der Bundesrat hat dementsprechend zu zwei verschiedenen Modellen zur Finanzierung der Pflegekosten soeben eine Vernehmlassung durchgeführt.
Bis zur Einführung einer neuen Gesetzesgrundlage ist aber eine Übergangsregelung unerlässlich. Die SVP-Fraktion unterstützt die vom Ständerat beschlossene Lösung. Diese schafft Rechtssicherheit und für die Übergangszeit klare Verhältnisse. Wir begrüssen es auch, dass die Tarife für die oberen Pflegestufen in den Pflegeheimen erhöht werden, weil dort der Deckungsgrad eindeutig am schlechtesten ist. Wir sind auch damit einverstanden, dass die Tarife ganz allgemein der Teuerung angepasst werden können. Um aber eine sprunghafte Erhöhung der Pflegekosten vermeiden zu können, ist ein Einfrieren der Pflegetarife für eine kurze Übergangsfrist nicht zu umgehen.
Der Ständerat hat diese Übergangsbestimmung als dringlich erklärt, was in Anbetracht des Handlungsbedarfes sinnvoll ist. Die Übergangsregelung soll vom 1. Januar 2005 bis Ende 2006 gelten. Auf den 1. Januar 2007 müssen wir also eine neue, definitive Lösung für die Finanzierung der Pflegekosten gefunden haben. Für diese relativ kurze Übergangszeit ist die vom Ständerat vorgeschlagene Regelung sinnvoll und richtig.
Die SVP-Fraktion unterstützt daher die Lösung des Ständerates und der Mehrheit und lehnt den Antrag der Minderheit ab.

Fasel Hugo (G, FR): Die grüne Fraktion wird dem Antrag der Minderheit II zustimmen. Zwei, drei Bemerkungen dazu: Wir ziehen hier im Bereich der Spitex und der Pflege die Kostenbremse. Es sind beides Bereiche, die sich erst in jüngster Zeit entwickelt haben. Wenn wir das Gesamtvolumen der Gesundheitskosten betrachten, sehen wir auch, dass beispielsweise nicht die Spitex der grosse Kostenträger ist, obwohl man das immer behauptet; im Gegenteil, aufs Gesamte gesehen, leistet die Spitex einen Beitrag zu einer günstigeren Versorgung der schweizerischen Bevölkerung. Das heisst, man setzt hier den Sparhebel grundsätzlich am falschen Ort an.
Es ist auch darauf hinzuweisen, dass man nicht berücksichtigt, was effektiv passiert und stattfinden wird, wenn wir die Pflegetarife einfrieren. Es ist ja nicht so, dass dann nichts geschieht, sondern es werden neue Verhaltensweisen kreiert; das heisst, wir müssen uns auch überlegen, ob dann Pflegebedürftige schliesslich früher an einem weit teureren Ort landen, also statt zu Hause oder im Pflegeheim dann im Spital. Das ist die teuerste Version! Mit der Einfrierung der Tarife werden wir genau dieser Entwicklung, hin zu einer noch teureren Versorgung, Vorschub leisten.
Wenn wir hier schon am Schluss der Beratungen angelangt sind, möchte ich auf den ganz grossen Anfang im Rahmen der Eintretensdebatte von gestern zurückkommen und wiederholen, was man immer wieder wiederholen muss, und das geht an die Adresse des Bundesrates: Wir haben nun ein ganzes Paket von Massnahmen beraten; etwas fehlt in diesem ganzen «Umzug» von Sparmassnahmen, es ist der Bereich der Medikamentenpreise. Der Bundesrat macht eine grosse Kurve darum herum. Wir reden über den Ärztestopp; wir reden über die Einfrierung von Tarifen; wir reden über Sparmassnahmen im Pflegebereich. Aber um dieses Thema, bei dem wir auch nachweisbar in unserem Gesundheitswesen Kosten haben, die gesenkt werden könnten – statt dass man alte Präparate neu verpackt und sie dann als neue Medikamente zu teuren Preisen verkauft –, macht der Bundesrat eine grosse Kurve. Ich habe oft das Gefühl, dass die chemische Industrie hier unsere Gesundheitspolitik bestimmt und nicht das Parlament.
Ich bitte Sie, dem Antrag der Minderheit II zuzustimmen.

Goll Christine (S, ZH): Aufgrund bestimmter Äusserungen, die ich in der Debatte von heute Morgen wieder gehört habe, möchte ich doch in Erinnerung rufen, was unsere Pflicht und unsere Aufgabe ist: Unsere Pflicht ist es, die Verfassung und das Gesetz, in diesem Fall das KVG, einzuhalten. In diesem Zusammenhang erinnere ich Sie an das Gleiche, woran Sie vorhin bereits Kollegin Egerszegi erinnert hat: Unser KVG schreibt vor, dass die grundversicherten Pflegekosten vollständig durch die Krankenversicherung zu übernehmen sind. Es gibt hier keinen Interpretationsspielraum, Frau Humbel Näf. Egal, ob Menschen im Spital gepflegt werden müssen, egal, ob sie im Alters- oder Pflegeheim gepflegt werden, egal, ob sie spitalextern, also mit Spitex, zu Hause gepflegt werden; der Verfassungs- und der Gesetzesauftrag sind absolut klar.

Ich muss Ihnen sagen, Herr Bundesrat: Ich finde es absolut unerträglich, wenn einzelne Gesundheitsdirektionen in bestimmten Kantonen – ich erwähne meinen eigenen Kanton, den Kanton Zürich – plötzlich die Verfassung und das Gesetz neu interpretieren. Sie erinnern sich daran, dass die Gesundheitsdirektorin des Kantons Zürich plötzlich verlauten liess, dass die grundversicherten Personen in der Pflege schlechter gestellt sein sollen als die privatversicherten, zusatzversicherten Personen. Das ist unhaltbar, Herr Bundesrat.

In diesem Zusammenhang erinnere ich auch noch einmal daran, dass erst Anfang 2003 die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung in Kraft gesetzt wurde und dass diese Verordnung heute zunehmend die notwendige Transparenz bringt. Mit dieser Übergangsbestimmung, über die wir heute im Entwurf 3 entscheiden, setzen wir diese Verordnung zwei Jahre, nachdem sie in Kraft getreten ist – man muss sich das vorstellen –, ausser Kraft, obwohl gleichzeitig angekündigt worden ist, dass im dritten KVG-Paket, das der Bundesrat ja dann, wie er angekündigt hat, im Winter präsentieren wird, die Neuordnung der Pflegefinanzierung geregelt werden soll. Der Bundesrat setzt hier also – für zwei Jahre, notabene – mit einer Übergangsbestimmung, mit einem Provisorium, eine Verwaltungsmaschinerie in Gang. Das ist nicht nur ineffizient und bürokratisch, das beinhaltet ganz klar auch einen Leistungsabbau. Sie müssen deutsch und deutlich übersetzen: Wenn Sie von Einfrieren der Tarife sprechen, ist es klar, dass es dabei um einen Leistungsabbau geht, auf dem Buckel der pflegebedürftigen Menschen und auf dem Buckel des Pflegepersonals.

Das war auch der Grund dafür, dass wir Ihnen in der Eintretensdebatte beantragt haben, nicht auf diese Übergangslösung einzutreten. Sie haben gestern anders entschieden. Begründet wird diese Massnahme mit der Kostensteigerung und auch mit der demographischen Entwicklung. Ich möchte Sie aber doch bitten, auch neuere Studien und Untersuchungen zur Kenntnis zu nehmen, nämlich diejenigen, die davon ausgehen, dass sich tatsächlich auch in naher oder mittelbarer Zukunft eine Reduktion der Pflegebedürftigkeit ergeben könnte. Es sind nämlich nicht nur die demographische Entwicklung und das Älterwerden der Menschen von Bedeutung, sondern es gibt auch geriatrisch-präventive Programme, und es gibt auch vermehrt Erfolge bei der Rehabilitation. Hier spielt natürlich gerade die Pflege eine bedeutende Rolle.

Ich möchte Ihnen am Schluss nur noch sagen: Ich halte es sozialpolitisch für absolut inakzeptabel, dass dieses Parlament bisher nicht bereit war, bei der kostenintensiven Hightech-Medizin wenigstens eine gesamtschweizerische Koordination vorzunehmen und damit auch zu einer vernünftigen Lenkung der Kosten im Gesundheitswesen beizutragen. Es soll hier im Gegenteil einmal mehr auf Kosten der – ich sage jetzt einmal: unspektakulären – Pflege gespart werden, obwohl wir wissen, wie bedeutend die Pflege für den Heilungsprozess von erkrankten oder verunfallten Menschen ist.

In diesem Zusammenhang bitte ich Sie, wenigstens den Eventualantrag zu unterstützen, um in diesem Bereich weitere Willkür zu verhindern.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Frau Goll, Sie wissen, dass das Krankenversicherungsgesetz seit 1996 besteht. Der Auftrag, den Sie genannt haben, die vollen Pflegekosten zu übernehmen, besteht also auch schon seit 1996. Warum, glauben Sie, hat Ihre Bundesrätin, die dafür sechs Jahre Zeit gehabt hätte, diese Aufgabe nicht umgesetzt? Das würde mich noch interessieren.

Goll Christine (S, ZH): Herr Bortoluzzi, das Krankenversicherungsgesetz besteht etwas länger als seit 1996. Sie wissen, dass es eines der ersten Sozialversicherungsgesetze war, das überhaupt in der Schweiz etabliert wurde. Es ist aber richtig, dass die erste Revision des KVG 1996 nach einer Megadebatte und nach langer Vorarbeit endlich in Kraft gesetzt wurde.

Ich möchte Ihnen in diesem Zusammenhang auch sagen, Herr Bortoluzzi, dass die grösste sozialpolitische Errungenschaft in diesem KVG die Festschreibung des Obligatoriums ist. Dieses Obligatorium beinhaltet, dass niemand, keine obligatorisch grundversicherte Person – kein Mann, keine Frau, kein Kind –, aufgrund dieser ersten, 1996 in Kraft getretenen Revision diskriminiert werden darf und dass kein Krankenversicherer, d. h. keine Krankenkasse, eine Person ablehnen kann. Genau dieses Obligatorium und dieses KVG beinhalten auch, Herr Bortoluzzi, dass gerade im Bereich der Pflege keine Unterschiede gemacht werden dürfen. Deshalb noch einmal, wenn Sie mich auf unsere frühere Bundesrätin ansprechen: Unsere frühere Bundesrätin hat für Transparenz gesorgt. Es war nämlich alt Bundesrätin Ruth Dreifuss, die diese Verordnung zur besseren Transparenz auch in Kraft gesetzt hat.

Ich betone nochmals, dass es verfassungs- und gesetzeswidrig ist, wenn im Bereich der Pflege Unterschiede zwischen grundversicherten und zusatzversicherten Personen gemacht werden. Das ist unhaltbar, und ich hoffe sehr, dass der Bundesrat, der ja immerhin auch eine Aufsichtspflicht hat, in diesem Bereich auch klar und deutlich intervenieren wird.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Comme vous l'avez constaté, le problème qui est soulevé est un problème difficile. Il est difficile tout simplement parce que les définitions elles-mêmes sont relativement peu claires, parce que les bases comptables ne sont pas aussi évidentes que certains le laissent entendre. Il y a quelques années, le Conseil fédéral a approuvé une ordonnance qui avait pour but d'inciter les institutions bénéficiaires de ces prestations, ou qui abritent des personnes bénéficiaires de ces prestations, à mieux régler ce qui relève des soins et ce qui relève du séjour ordinaire. A la suite de cette ordonnance, un certain nombre de prestations ont été payées, mais les choses ne sont pas aussi claires que certains le disent. Il reste encore beaucoup de zones grises et de possibilités d'interprétation. Si on ne prend pas garde, si on accepte de couvrir de manne fédérale, ou plutôt de manne des assurances, la totalité des zones grises, on court le risque de voir exploser les coûts mis à la charge de l'assurance-maladie dans ce secteur. Il y va de centaines de millions de francs.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral pense que ce problème doit être discuté en soi, qu'il doit faire l'objet d'un débat large et complet, dans le cadre spécifique de la discussion sur le message sur le financement des soins. La procédure de consultation s'achève et le Parlement sera invité à traiter le problème à la suite du message que nous lui adresserons en décembre prochain.

Que faut-il faire jusqu'alors? Nous avons l'intention de réadapter deux tarifs de soins, mais nous souhaitons que le Parlement ne fasse pas le travail de l'administration et ne légifère pas au niveau de l'ordonnance dans ce domaine.

Or, la proposition subsidiaire de la minorité II relève typiquement de l'ordonnance en donnant des détails qui ne sont pas du niveau de la loi et qui ensuite nous lient, sans pouvoir tenir compte des circonstances particulières et de certains éléments qui nécessitent un traitement différent.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral, même s'il partage une grande partie des ambitions de la proposition subsidiaire de la minorité II, vous demande de légiférer avec clarté et de laisser à la loi ce qui relève du niveau de la loi et de laisser à l'administration et au Conseil fédéral le soin de fixer le détail qui passe par une ordonnance. Or, je le répète, la proposition subsidiaire de la minorité II est en réalité plus un élément d'ordonnance qu'un élément de loi.
Je vous invite donc à soutenir la proposition de la majorité de la commission.

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: Tout d'abord, je vous rappelle que nous discutons bien du dépliant corrigé que vous avez reçu, sur lequel figure la dernière phrase de la proposition subsidiaire de la minorité II, qui a été supprimée dans la version originale: «Demeurent réservées les adaptations au renchérissement, prévues par le département, selon l'indice suisse des prix à la consommation.» C'est de celui-ci que nous discutons.
Je ne vais pas revenir sur les arguments qui ont déjà été évoqués hier lors du débat d'entrée en matière. Certains les ont rappelés aujourd'hui en guise d'explication. Vous êtes entrés en matière à la lumière de ces arguments.
Je me concentre maintenant sur la proposition subsidiaire de la minorité II qui, comme Monsieur le conseiller fédéral Couchepin vient de vous le rappeler, est très proche et vise les mêmes buts, finalement, que la proposition de la majorité de la commission. Simplement, elle est plus rigide, plus fermée, et souhaite, ainsi que Monsieur le conseiller fédéral vient de vous le dire, régler certains détails précis au niveau de la loi, plutôt qu'on le fasse à celui de l'ordonnance, comme cela se fait d'habitude.
En guise de conclusion, je vous rappellerai simplement qu'en commission, cette proposition a été rejetée par 11 voix contre 9 et 1 abstention.
La majorité de la commission vous recommande donc de rejeter la proposition subsidiaire de la minorité II.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Eine Vorbemerkung: Sie haben eine korrigierte Fahne erhalten. Der letzte Satz der Mehrheitsfassung gilt auch für die Minderheit II. Auch hier geht es um die Tatsache, dass ein neues Finanzierungskonzept für die Pflege in Arbeit ist; Sie haben das von Bundesrat Couchepin gehört. Es wird separat zu diskutieren und zu regeln sein. Auch hier geht es um Übergangsbestimmungen, die zu beschliessen sind; deshalb empfiehlt Ihnen die Mehrheit – in diesem Fall mit 11 zu 9 Stimmen –, dem ständerätlichen Beschluss zu folgen.
Das bedeutet, dass im Prinzip der Status quo weitergeführt wird. Es bedeutet aber auch, dass eine Anpassung der Rahmentarife möglich ist, dass aber nicht unbedingt die gesamte aufgelaufene Teuerung auf die Pflegestufen 3 und 4 umgelegt werden muss, wie das die Minderheit II vorsieht. Die Fassung gemäss Kommissionsmehrheit ist also etwas flexibler; sie erlaubt dem Bundesrat etwas mehr Flexibilität. Der Bundesrat kann erhöhen, muss aber nicht. Man hat in der Kommission auch bekannt gegeben, dass per 1. Januar 2005 die Pflegestufen 3 und 4 etwas angepasst werden sollen. Der Rest gehört in der Tat in die Verordnung, wie das schon gesagt wurde.
Insgesamt hat sich die Mehrheit für die etwas flexiblere, vom Antrag der Minderheit II nicht grundsätzlich abweichende Lösung gemäss Ständerat ausgesprochen. Sie bittet Sie, ihrem Antrag zu folgen.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Mehrheit .... 107 Stimmen
Für den Eventualantrag der Minderheit II .... 67 Stimmen

Ziff. II
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1355)
Für Annahme des Entwurfes .... 105 Stimmen
Dagegen .... 67 Stimmen

Präsident (Binder Max, Präsident): Über die Dringlichkeitsklausel wird erst nach der Differenzbereinigung zu einem späteren Zeitpunkt abgestimmt.

01.057

Transplantationsgesetz
Loi sur la transplantation

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 12.09.01 (BBl 2002 29)
Message du Conseil fédéral 12.09.01 (FF 2002 19)
Nationalrat/Conseil national 17.12.03 (Erstrat – Premier Conseil)
Nationalrat/Conseil national 17.12.03 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 02.06.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Ständerat/Conseil des Etats 02.06.04 (Fortsetzung – Suite)
Nationalrat/Conseil national 22.09.04 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 29.09.04 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)
Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses (BBl 2004 5453)
Texte de l'acte législatif (FF 2004 5115)

Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen
Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Die Berichterstatter der Kommission erlauben sich ganz kurz zum Auftakt, Ihnen zu sagen, was in dieser Fahne neu ist, weil Sie sie ja eben erst erhalten haben. Die Sitzung hat erst heute Morgen stattgefunden. Es geht neben einigen Bemerkungen, die wir machen werden, noch um zwei zentrale Themen. Das erste Thema ist die Frage, wie Sie mit dem Lebendspendenregister umgehen wollen. Da gibt es zwei Lösungen, die wir nachher noch diskutieren wollen. Die zweite Frage betrifft die Kontrollen, die die Behörden bei Betrieben machen können, die mit Transplantaten und Transplantationsprodukten arbeiten. Das ist Artikel 61. Diese beiden grossen Differenzen bestehen noch. Wir werden sie nachher diskutieren.

Maury Pasquier Liliane (S, GE), pour la commission: Je dirai quelques mots sur notre séance de commission qui a eu lieu ce matin à sept heures. Vous venez de recevoir le dépliant, c'est la raison pour laquelle nous nous permettons de détailler les deux points principaux, même si, vous verrez, il y en a encore un troisième.
Il y a donc deux points principaux qui ont donné lieu à des débats. Le premier concerne le registre des donneurs vivants, ou plutôt le suivi, notamment médical, de ces donneurs vivants, aux articles 26, 52 et 60a. Le deuxième point concerne l'article 61: il s'agit de l'indépendance et de l'autonomie des autorités fédérales dans les contrôles qu'elles peuvent effectuer.
Nous détaillerons ces points dans l'examen des articles.

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)

Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

---

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

Art. 42a
Antrag der Kommission
Abs. 1, 3
Festhalten
Abs. 4
Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten, die von dazu befugten Personen abrufbar sind. Der Bundesrat legt nach Anhören der interessierten Kreise den Umfang der Daten fest, die auf der Karte gespeichert werden dürfen. Er regelt den Zugriff auf die Daten und deren Bearbeitung.

Art. 42a
Proposition de la commission
Al. 1, 3
Maintenir
Al. 4
Moyennant le consentement de l'assuré, la carte contient des données personnelles auxquelles peuvent avoir accès les personnes qui y sont autorisées. Le Conseil fédéral définit, après avoir entendu les milieux concernés, l'étendue des données pouvant être enregistrées sur la carte. Il règle l'accès aux données et leur gestion.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Il reste seulement deux divergences. Tout d'abord à l'article 42a, la commission se déclare favorable à la décision prise par le Conseil national, dans la mesure où celui-ci s'est prononcé pour l'introduction d'une carte d'assuré permettant l'introduction par étapes d'une carte de santé. A l'alinéa 1 toutefois, nous maintenons la formulation initiale de notre conseil, car elle nous paraît plus précise que celle du Conseil fédéral, qui est reprise maintenant par le Conseil national; plus précise surtout dans la mesure où nous, nous précisons que le numéro d'identification est bien le numéro d'assurance sociale attribué par la Confédération, c'est-à-dire le numéro qui doit remplacer le numéro AVS et qui servira ainsi à l'ensemble des assurances sociales.
A l'alinéa 3, la commission n'a pas compris pour quelle raison le Conseil national a supprimé la consultation obligatoire des milieux intéressés que nous avions introduite à cet alinéa. Il nous paraît indispensable de laisser cette mention. Le Conseil fédéral ne s'y était d'ailleurs pas opposé; c'est pourquoi nous maintenons la formulation de notre conseil.
A l'alinéa 4, la commission se rallie au concept du Conseil national dans la mesure où il a enlevé la liste des données personnelles, qui devrait plutôt figurer dans une ordonnance, et où il a également enlevé la limitation de l'accès aux données seulement en cas d'urgence, pour l'étendre à toutes les personnes qui y seront autorisées. C'est donc le Conseil fédéral qui déterminera la liste des données pouvant être enregistrées sur la carte et qui définira le cadre des personnes autorisées à y avoir accès, ainsi que les personnes autorisées à faire des enregistrements ou des modifications, et qui en porteront aussi la responsabilité. Tout cela doit être réglé au niveau de l'ordonnance, car la loi ne peut pas entrer dans tous ces détails.
En ce qui concerne la première partie de l'alinéa 4, la commission a maintenu la clarification qu'elle avait apportée lors de la première délibération, c'est-à-dire que c'est le Conseil fédéral qui définira ce qui figurera dans la carte d'assuré après avoir entendu les milieux intéressés, et non pas l'assuré lui-même qui peut décider en quelque sorte «à la carte», si vous me permettez l'expression, ce qu'il veut comme données sur sa carte d'assuré. L'assuré a simplement un droit de veto, de donner ou non son consentement, par exemple s'il ne veut pas qu'une donnée soit enregistrée, de manière à préserver le droit de la personnalité. C'est la raison pour laquelle nous avons maintenu, dans la première phrase, l'expression «la carte contient» au lieu de «la carte peut contenir».
Donc, tout en suivant la démarche proposée par le Conseil national, la commission espère avoir ainsi apporté, au niveau de la formulation, toutes les clarifications qui s'imposaient encore, et nous espérons pouvoir ainsi éliminer cette divergence.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Il ne reste plus qu'un alinéa qui fait problème: c'est l'alinéa 4, comme l'a dit Madame Brunner. Le Conseil fédéral est d'accord avec la proposition de votre commission qui peut servir de base pour un compromis avec le Conseil national.
Nous vous invitons donc à adopter la solution que votre commission préconise.

Angenommen – Adopté

Ziff. III Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. III al. 2
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: La commission s'est ralliée à la décision du Conseil national de donner au Conseil fédéral la compétence de fixer l'entrée en vigueur de la loi «en cas de référendum et d'acceptation de la loi par le peuple».
C'est quelque chose qui nous avait échappé lors de notre première lecture.

Angenommen – Adopté

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)

Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5479)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5141)

Text des Erlasses 2 (AS 2004 4373)
Texte de l'acte législatif 2 (RO 2004 4373)

Text des Erlasses 3 (AS 2004 4375)
Texte de l'acte législatif 3 (RO 2004 4375)

---

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

Art. 42a Abs. 1, 3, 4
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 42a al. 1, 3, 4
Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Parmelin Guy (V, VD), pour la commission: Seul, finalement, l'article 42a relatif à l'introduction d'une carte d'assuré fait l'objet d'une divergence entre les deux conseils.
Le Conseil des Etats a maintenu sa décision en ce qui concerne les alinéas 1 et 3, considérant sa version comme étant plus précise. Elle indique en effet, par exemple, à l'alinéa 1, que le numéro d'identification est bien le numéro d'assurance sociale attribué par la Confédération, et, à l'alinéa 3, qu'il doit y avoir consultation des milieux intéressés pour régler les modalités d'introduction de cette carte.
A l'alinéa 4, le Conseil des Etats s'est rallié au concept général tel qu'il est ressorti de nos travaux, à savoir que la liste des données personnelles ne doit pas figurer dans la loi, mais bien être réglée au niveau de l'ordonnance.
Si la commission s'est ralliée sans discussion à la version du Conseil des Etats aux alinéas 1 et 3, certains auraient préféré conserver à l'alinéa 4 la formulation potestative plutôt que la formulation impérative: «la carte peut contenir» au lieu de «la carte contient». Mais l'objectif final est que ce soit le Conseil fédéral, certes avec le consentement de l'assuré, qui définisse ce qui figure sur la carte d'assuré et non pas l'assuré qui choisisse selon son bon vouloir. La commission vous propose de vous rallier, là aussi, à la formulation retenue par le Conseil des Etats.
C'est par 18 voix contre 2 et 1 abstention que la commission a pris la décision de vous recommander d'éliminer cette divergence et d'adopter pour l'ensemble de l'article 42a la version du Conseil des Etats.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG), für die Kommission: Wir bitten Sie, diese Differenz auszuräumen und sich dem Ständerat anzuschliessen.

Präsident (Binder Max, Präsident): Die Fraktionssprecher und der Bundesrat verzichten auf das Wort.

Angenommen – Adopté

Präsident (Binder Max, Präsident): Damit ist die letzte Differenz ausgeräumt.

04.3440

Postulat SGK-NR (04.031). Varianten zum Risikoausgleich

Postulat CSSS-CN (04.031). Variantes concernant la compensation des risques

Einreichungsdatum 09.09.04
Date de dépôt 09.09.04

Nationalrat/Conseil national 06.10.04

Präsident (Binder Max, Präsident): Herr Borer teilt mit, dass er das Postulat bekämpft.

Borer Roland (V, SO): Ich habe Ihnen ja schon in der Detailberatung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung gesagt, dass ich eigentlich mit der Ausdehnung des Risikoausgleiches schon allein aufgrund der administrativen Belange meine liebe Mühe habe und dass ich der Überzeugung bin, dass ein verfeinerter Risikoausgleich Ihnen mehr Probleme schaffen als lösen wird.
Ich möchte noch einmal auf die Zeit zurückkommen, als wir im Vorfeld der Einführung des KVG über den Risikoausgleich gesprochen haben. Ich bitte Sie, sich einmal die Mühe zu machen und sich die Dokumente, Expertenberichte, Protokolle usw. aus der damaligen Zeit zu beschaffen. Der Risikoausgleich wurde immer nur als Hilfsinstrument für die Übergangszeit angesehen, damit die Krankenversicherer die Möglichkeit hätten, ihre Administrationen den neuen Gegebenheiten anzupassen. Es wurde immer festgehalten, dass der Risikoausgleich in der Sache ein artfremder Eingriff in das System sei. Es wurde immer festgehalten, dass der Risikoausgleich so nicht notwendig und dass es eigentlich im Sinne der Sache sei, dass die Versicherten die Versicherung wechseln würden und es eben dadurch zu einer Vermischung der Risiken innerhalb der Krankenversicherungen käme. Das war der Grund; das haben auch Experten damals bestätigt.
Heute werden überall und allenorts wieder die gleichen Experten und die gleichen Hochschulen zitiert, die nun feststellen, dass eigentlich ein Risikoausgleich notwendig sei – in einem System, in dem der Wettbewerb das massgebende Element sein sollte. Irgendwo stimmt das Ganze nicht. Ich stelle fest, dass es ähnlich ist wie in der Klimaforschung: Wenn man Nationalfondsgelder will, dann muss man so ungefähr alle zehn bis fünfzehn Jahre die Meinung wechseln. Einmal spricht man von einer Klimaerwärmung – in der Phase sind wir jetzt –, dann fliessen die Gelder; in weiteren zehn Jahren werden wir von der nächsten Eiszeit sprechen, dann fliessen auch wieder Gelder, um Studien zu machen und festzustellen, dass das System falsch sei.
Mit dem Risikoausgleich sorgen wir nur dafür, dass die Prämien bei allen in homöopathischer Dosis ansteigen. Was wir

pouvoir apporter une réponse à cette question, le Conseil fédéral soutient la solution telle qu'elle est proposée maintenant par la commission à l'article 42a.
On vous l'a rappelé, c'est une intervention qui est pratiquée un très grand nombre de fois – 1,5 million de fois par année – et il n'est pas possible aujourd'hui d'utiliser des méthodes par anesthésie ou semblables. L'Office vétérinaire fédéral soutient depuis des années des recherches qui sont menées dans le domaine en vue de trouver des solutions praticables. Suisseporcs, on vient de l'entendre, soutient également ces recherches et est même d'accord maintenant avec l'imposition d'une limite dans le temps pour parvenir à une solution. A l'étranger, il n'y a pas non plus de solution qui existe pour l'instant. La Norvège est, je crois, le seul pays qui ait une disposition interdisant cette pratique sans avoir, jusqu'à ce jour, trouvé une solution pour faire entrer dans la pratique cette interdiction. D'autres pays, comme l'Espagne et la Grande-Bretagne, procèdent souvent à l'abattage avant que les effets néfastes sur la viande puissent se produire.
Ce qui nous est proposé maintenant est une interdiction de la pratique de la castration chirurgicale des porcelets à partir du 1er janvier 2009 et la possibilité donnée au Conseil fédéral de prolonger ce délai de deux ans. Je pense que cette disposition est raisonnable. Il est bien, comme je l'ai dit, que nous fixions une date et que nous tenions compte des difficultés encore existantes pour trouver une solution qui soit praticable, c'est-à-dire qui puisse aussi être appliquée par les éleveurs.
Par conséquent, je vous invite à soutenir la proposition de la commission.

Art. 14
Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité

Art. 42a

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Kommission .... 24 Stimmen
Für den Antrag Sommaruga Simonetta .... 12 Stimmen

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

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)
Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)
Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)
Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)
Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

---

2. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung
2. Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Abstimmung – Vote
Für Annahme der Dringlichkeitsklausel .... 39 Stimmen
(Einstimmigkeit)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht
La majorité qualifiée est acquise

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

Abstimmung – Vote
Für Annahme der Dringlichkeitsklausel .... 40 Stimmen
(Einstimmigkeit)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht
La majorité qualifiée est acquise

rungen eingeräumt und die Hauptpraxis durch das höchste Gericht bestimmt wird. Wir leiden nämlich nach meinem Dafürhalten in der Schweiz nicht an zu vielen Praxisänderungen, sondern eher an zu wenigen. Das heisst, unsere Gerichte sind eher zu starr als zu innovativ. Dieser Minderheitsantrag will einer gewissen Innovation in der Rechtsprechung das Wort reden und will dafür sorgen, dass letztlich dort, wo das Bundesgericht letzte Instanz ist, es auch das Bundesgericht ist, das die starreren Vorgaben gibt. Das ist der Sinn des Minderheitsantrages.
Es ist eine Juristenfrage, aber ich glaube, ihre Beantwortung ist für das Geschick des Landes nicht ganz unwichtig. Wir leben in schnelllebigen Zeiten. Das Recht ist anpassungsbedürftig, und am anpassungsbedürftigsten ist die Auslegung des Rechtes. Wir wollen Richter, die tatsächlich richten und sich nicht einfach hinter überkommener Praxis verstecken.

Präsident (Binder Max, Präsident): Die SP-Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit.

Blocher Christoph, Bundesrat: Die Minderheit Ihrer Kommission möchte den Koordinationsmechanismus – die Koordination zwischen den verschiedenen Kammern, die notwendig ist, damit in Bezug auf die gleichen Rechtsfragen nicht jede Kammer am gleichen Gericht eine andere Rechtsprechung hat – nur zum Zuge kommen lassen, wenn das Bundesverwaltungsgericht letztinstanzlich entscheidet. Als Grund führt sie an, dass die Koordination in der Rechtsprechung in den übrigen Fällen vom Bundesgericht wahrgenommen werden könne und wahrgenommen werden müsse. Herr Vischer möchte damit also noch eine Innovationspflege bewirken. Nun muss ich ihm sagen, dass nicht jede Praxisänderung auch eine Innovation bedeutet.
Wenn Sie das so machen, führt das natürlich auch dazu, dass Sie das Weiterziehen der Entscheide wesentlich fördern. Es ist doch sinnvoll, wenn diese verschiedenen Kammern auch dann, wenn es eine Weiterzugsmöglichkeit gibt, in Bezug auf die gleichen Rechtsfragen miteinander sprechen und dann eine Abweichung, eine Praxisänderung, nicht leichtfertig beschliessen.
Wir bitten Sie also, dem Beschluss des Ständerates zuzustimmen. Dass das Bundesverwaltungsgericht von sich aus in sämtlichen Fällen, in denen mehrere Abteilungen betroffen sind, koordinierend eingreifen soll, ist bei einem einheitlichen Gericht die richtige Lösung. Ich glaube, es ist sachgerecht, und ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen und den Minderheitsantrag abzulehnen.

Glasson Jean-Paul (RL, FR), pour la commission: La commission vous propose, par 10 voix contre 8 et 1 abstention, de suivre le Conseil des Etats. La question est de savoir s'il faut limiter la procédure d'accord entre les cours intéressées pour changer une jurisprudence seulement dans les cas où le tribunal statue en dernière instance. La majorité de la commission pense qu'il est judicieux qu'il y ait, au sein même du Tribunal administratif fédéral, des échanges de vue et une coordination entre les cours concernées pour tout changement de jurisprudence.
Sans compter les cas où le Tribunal administratif fédéral juge en dernière instance, comme en matière d'asile par exemple, il est bon qu'il y ait unification de la jurisprudence déjà à ce niveau judiciaire. Cela déchargera quelque peu le Tribunal fédéral, à qui revient le rôle d'unificateur suprême – si j'ose m'exprimer ainsi – dans les autres matières.
Suivez donc la majorité de la commission.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Mehrheit .... 98 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit .... 57 Stimmen

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

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)
Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)
Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)
Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)
Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5479)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5141)
Text des Erlasses 2 (AS 2004 4373)
Texte de l'acte législatif 2 (RO 2004 4373)
Text des Erlasses 3 (AS 2004 4375)
Texte de l'acte législatif 3 (RO 2004 4375)

---

2. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung
2. Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1402)
Für Annahme der Dringlichkeitsklausel .... 155 Stimmen
Dagegen .... 7 Stimmen

Das qualifizierte Mehr ist erreicht
La majorité qualifiée est acquise

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

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1403)
Für Annahme der Dringlichkeitsklausel .... 103 Stimmen
Dagegen .... 57 Stimmen

Das qualifizierte Mehr ist erreicht
La majorité qualifiée est acquise

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)

Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5479)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5141)

---

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

Abstimmung – Vote
Für Annahme des Entwurfes .... 42 Stimmen
(Einstimmigkeit)
(0 Enthaltungen)

2. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung
2. Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Abstimmung – Vote
Für Annahme des Entwurfes .... 42 Stimmen
(Einstimmigkeit)
(0 Enthaltungen)

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

Abstimmung – Vote
Für Annahme des Entwurfes .... 42 Stimmen
(Einstimmigkeit)
(0 Enthaltungen)

04.400

Parlamentarische Initiative Büro-SR. Parlamentsressourcengesetz und Verordnung zum PRG. Anpassung betreffend Teuerung und Vorsorgeregelung

Initiative parlementaire Bureau-CE. Loi sur les moyens alloués aux parlementaires et ordonnance relative à la LMAP. Adaptation au renchérissement et réglementation en matière de prévoyance

Schlussabstimmung – Vote final

Einreichungsdatum 17.02.04
Date de dépôt 17.02.04

Bericht Büro-SR 01.03.04 (BBl 2004 1485)
Rapport Bureau-CE 01.03.04 (FF 2004 1363)

Stellungnahme des Bundesrates 12.03.04 (BBl 2004 1497)
Avis du Conseil fédéral 12.03.04 (FF 2004 1375)

Ständerat/Conseil des Etats 17.03.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 09.06.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 15.06.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 17.06.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 20.09.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 27.09.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5449)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5111)

---

1. Bundesgesetz über Bezüge und Infrastruktur der Mitglieder der eidgenössischen Räte und über die Beiträge an die Fraktionen
1. Loi fédérale sur les moyens alloués aux membres de l'Assemblée fédérale et sur les contributions allouées aux groupes

Abstimmung – Vote
Für Annahme des Entwurfes .... 42 Stimmen
(Einstimmigkeit)
(0 Enthaltungen)

2. Verordnung der Bundesversammlung zum Parlamentsressourcengesetz
2. Ordonnance de l'Assemblée fédérale relative à la loi sur les moyens alloués aux parlementaires

Abstimmung – Vote
Für Annahme des Entwurfes .... 41 Stimmen
(Einstimmigkeit)
(1 Enthaltung)

03.421

Parlamentarische Initiative UREK-SR. Kehrichtverbrennungsanlage des Kantons Tessin

Initiative parlementaire CEATE-CE. Usine d'incinération des ordures ménagères du canton du Tessin

Schlussabstimmung – Vote final

Einreichungsdatum 04.09.03
Date de dépôt 04.09.03

Bericht UREK-SR 04.09.03 (BBl 2003 8025)
Rapport CEATE-CE 04.09.03 (FF 2003 7321)

Stellungnahme des Bundesrates 19.11.03 (BBl 2003 8043)
Avis du Conseil fédéral 19.11.03 (FF 2003 7341)

Ständerat/Conseil des Etats 09.03.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 21.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBl 2004 5433)
Texte de l'acte législatif (FF 2004 5093)

Bundesgesetz über den Schutz der Gewässer
Loi fédérale sur la protection des eaux

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 03.421/1452)
Für Annahme des Entwurfes .... 175 Stimmen
(Einstimmigkeit)

03.459

Parlamentarische Initiative SPK-SR. Vorläufige Anwendung von völkerrechtlichen Verträgen

Initiative parlementaire CIP-CE. Application à titre provisoire de traités internationaux

Schlussabstimmung – Vote final

Einreichungsdatum 18.11.03
Date de dépôt 18.11.03

Bericht SPK-SR 18.11.03 (BBl 2004 761)
Rapport CIP-CE 18.11.03 (FF 2004 703)

Stellungnahme des Bundesrates 18.02.04 (BBl 2004 1017)
Avis du Conseil fédéral 18.02.04 (FF 2004 939)

Ständerat/Conseil des Etats 03.03.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 20.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBl 2004 5443)
Texte de l'acte législatif (FF 2004 5105)

Bundesgesetz über die vorläufige Anwendung von völkerrechtlichen Verträgen
Loi fédérale sur l'application à titre provisoire de traités internationaux

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 03.459/1227)
Für Annahme des Entwurfes .... 141 Stimmen
Dagegen .... 42 Stimmen

04.031

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 26.05.04 (BBl 2004 4259)
Message du Conseil fédéral 26.05.04 (FF 2004 4019)

Ständerat/Conseil des Etats 21.09.04 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 29.09.04 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 30.09.04 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 04.10.04 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Nationalrat/Conseil national 06.10.04 (Dringlichkeitsklausel – Clause d'urgence)

Ständerat/Conseil des Etats 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 08.10.04 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBl 2004 5479)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2004 5141)

Text des Erlasses 2 (AS 2004 4373)
Texte de l'acte législatif 2 (RO 2004 4373)

Text des Erlasses 3 (AS 2004 4375)
Texte de l'acte législatif 3 (RO 2004 4375)

Goll Christine (S, ZH): Die SP-Fraktion wird den ersten zwei Bundesgesetzen zustimmen, das dritte Bundesgesetz mit der Übergangsregelung der Pflegefinanzierung jedoch ablehnen. Wir stimmen den ersten beiden Erlassen zu, im Wissen, dass die Neuregelungen keine adäquaten Antworten auf die heute drängenden Probleme im Gesundheitswesen darstellen. Es ist insbesondere stossend, dass eine soziale Finanzierung der Krankenkassenprämien – jahrelang sind entsprechende Versprechungen gemacht worden – weiterhin auf die lange Bank geschoben wird.
Die SP warnt auch vor einer «Atomisierung» des Krankenversicherungsgesetzes, vor einer Aufteilung in Dutzende von Bundesgesetzen mit Notrechtcharakter. Der Bundesrat will die KVG-Reform nach dem Scheitern in der letzten Wintersession mit drei separaten Paketen angehen. Sein erstes Paket enthielt ursprünglich vier Vorlagen; eine dieser vier Vorlagen haben wir nun in drei verschiedene Bundesgesetze aufgeteilt. Die drei Bundesgesetze, über die wir heute abstimmen, enthalten lediglich provisorische Regelungen, etwa zum Risikoausgleich und zur Spital- oder Pflegefinanzierung. Eine solche Politik wird von der Bevölkerung als unseriös und unglaubwürdig taxiert.
Die SP-Fraktion lehnt die Übergangsregelung der Pflegefinanzierung im dritten Bundesgesetz ab, weil sie keine Neuregelung unterstützen kann – auch nicht eine provisorische –, welche Abbaumassnahmen zulasten der pflegebedürftigen Menschen und zulasten des Pflegepersonals beinhaltet. Um nichts anderes geht es, wenn vom Einfrieren der Pflegetarife die Rede ist. Die Vernehmlassung zur definitiven Regelung der Pflegefinanzierung hat der Bundesrat bereits eröffnet, und er will die Botschaft in einem dritten KVG-Paket noch Ende dieses Jahres ans Parlament weiterleiten.
Die SP lehnt die bisherigen Vorschläge des Bundesrates vehement ab und hält fest, dass auch die Übergangsregelung zu den Pflegetarifen, über die wir jetzt abstimmen, keine definitive Lösung präjudizieren darf.

Teuscher Franziska (G, BE): Das Gesundheitswesen ist wohl das Sorgenkind Nummer 1 der Nation. Die Krankenkassenprämien stellen für viele Menschen eine kaum mehr erträgliche Belastung dar. Im Gesundheitsbereich mischen viele, ja vielleicht zu viele mit. In diesem Bereich sind Milliarden zu verdienen. Ärzte, Pharmaindustrie, Krankenversicherer und Kantone verfolgen alle ihre Partikularinteressen und haben keinen Blick fürs Ganze. Auch der Bundesrat hat es verpasst, nach der gescheiterten KVG-Revision eine Gesamtschau über die Kosten und konkrete Lösungsansätze zu präsentieren. Wir befinden uns in einer Sackgasse, aus der herauszufinden sehr schwierig ist. Die Versicherten müssen jedes Jahr höhere Krankenkassenprämien zahlen. Werden sie krank, bürdet man ihnen immer höhere Franchisen und immer höhere Selbstbehalte, also zusätzliche Kosten, auf. Wir laufen im Moment Gefahr einer Zweiklassenmedizin.
Die grüne Fraktion stimmt der vorliegenden KVG-Revision, den Vorlagen 1 und 2, mangels Alternative zu. Die Vorlage zu den Pflegetarifen lehnen wir entschieden ab, weil es eine Abbauvorlage ist.
Die ersten beiden Vorlagen verhindern zumindest den Kollaps im Gesundheitswesen. Sie garantieren uns den Status quo. Doch das genügt uns Grünen nicht. Damit wir aus der Sackgasse herauskommen, brauchen wir grundsätzliche Änderungen. Daher engagieren sich die Grünen für eine Einheitskasse. Dadurch könnten Kosten gespart werden, ohne dass Leistungen abgebaut würden.
Die Grünen verlangen vom Bundesrat, dass er auch die heissen Eisen im Gesundheitsbereich anpackt. Im Bereich der Medikamentenpreise und der Parallelimporte gehören konkrete Lösungen auf den Tisch.

Huguenin Marianne (–, VD): Le groupe «A gauche toute!» ne votera pas cette révision partielle de la LAMal. Je ne vais pas revenir ici sur l'ensemble du débat sur la LAMal, mais mettre le focus sur la clause du besoin.
C'est en effet principalement, dans ce premier paquet, en raison de la clause du besoin que nous ne la voterons pas. Cette mesure est nocive et contreproductive. Elle diminue l'attractivité de la médecine pour les jeunes. Elle oriente les jeunes médecins vers des carrières et des spécialisations hospitalières. Elle dévalorise la médecine générale et compromet gravement non seulement son développement, mais même le maintien de ce qui existe, la qualité actuelle. De nombreux cabinets ferment car la difficulté de trouver des remplaçants est réelle.
Cette clause du besoin est donc un signal négatif particulièrement fort et en sens inverse par rapport aux soi-disant volontés politiques prétendant valoriser la médecine générale. Elle renforce la pénurie qui s'annonce et aboutit déjà, paradoxalement, à la nécessité de faire venir des médecins étrangers. La clause du besoin est une mesure de rationnement déguisée. J'invite la gauche à être cohérente dans un domaine où les besoins sont énormes. On ne peut pas vouloir une médecine de qualité et voter la clause du besoin. On ne peut pas vouloir développer la médecine de pointe et voter la clause du besoin.
Un mot encore sur la compensation des risques. Le fait qu'il en faille une démontre que l'on ne peut, dans ce domaine, laisser faire la concurrence. Mais tous les systèmes correctifs ne sont finalement que des systèmes correctifs, justement, et donc imparfaits. Deux critères, dix-sept critères, on ne fait que courir après la réalité qui échappera aux meilleures simulations.
Pour notre part, nous pensons que la meilleure compensation des risques, la plus juste et la meilleure marché, c'est la caisse unique.
En fonction de ce qui précède, le groupe «A gauche toute!» vous invite à voter non à cette révision partielle et il soutiendra le référendum annoncé déjà par l'Association suisse des médecins-assistants et des chefs de clinique.

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

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1453)
Für Annahme des Entwurfes .... 162 Stimmen
Dagegen .... 16 Stimmen

2. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung
2. Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1454)
Für Annahme des Entwurfes .... 180 Stimmen
Dagegen .... 5 Stimmen

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

Abstimmung – Vote
(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.031/1455)
Für Annahme des Entwurfes .... 115 Stimmen
Dagegen .... 71 Stimmen

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:

Eintreten auf Vorlage 3

Abstimmung vom / Vote du: 29.09.2004 17:31:06

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	=	E	ZH
Allemann	=	S	BE
Amstutz	+	V	BE
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	*	S	SO
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	=	-	ZH
Beck	+	R	VD
Berberat	*	S	NE
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	#	V	ZH
Borer	+	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	=	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf	*	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bühlmann	=	G	LU
Bührer	+	R	SH
Burkhalter	+	R	NE
Cathomas	+	C	GR
Cavalli	=	S	TI
Chevrier	+	C	VS
Christen	*	R	VD
Cina	+	C	VS
Cuche	=	G	NE
Daguet	=	S	BE
Darbellay	*	C	VS
De Buman	+	C	FR
Donzé	=	E	BE
Dormond Béguelin	=	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Egerszegi-Obrist	+	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelberger	+	R	NW
Fasel	=	G	FR
Fässler-Osterwalder	=	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	*	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH
Fehr Jacqueline	=	S	ZH
Fehr Mario	=	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	*	V	SZ
Freysinger	+	V	VS
Frösch	=	G	BE
Gadient	+	V	GR
Gallade	*	S	ZH
Garbani	*	S	NE
Genner	=	G	ZH
Germanier	+	R	VS
Giezendanner	*	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	=	S	ZH
Graf Maya	=	G	BL
Gross Andreas	*	S	ZH
Gross Jost	=	S	TG
Guisan	+	R	VD
Günter	%	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gyr	=	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	=	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	%	S	ZH
Haller	*	V	BE
Hämmerle	=	S	GR
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	=	S	SO
Hess Bernhard	*	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	=	S	AG
Hollenstein	=	G	SG
Huber	+	R	UR
Hubmann	=	S	ZH
Huguenin	=	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	%	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	=	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
Jutzet	=	S	FR
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	=	S	BE
Kleiner	+	R	AR
Kohler	+	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	=	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	=	G	GE
Leutenegger Filippo	*	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	=	S	BL
Leuthard	+	C	AG
Levrat	=	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Maillard	=	S	VD
Maitre	*	C	GE
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	=	S	GL
Marty Kälin	=	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	=	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	=	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Miesch	%	V	BL
Mörgeli	*	V	ZH
Müller Geri	=	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	*	S	ZH
Müri	+	V	LU
Noser	+	R	ZH
Oehrli	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	=	S	TI
Pelli	+	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	*	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Randegger	*	R	BS
Rechsteiner Paul	*	S	SG
Rechsteiner-Basel	=	S	BS
Recordon	=	G	VD
Rennwald	=	S	JU
Rey	=	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	*	C	ZH
Rime	*	V	FR
Robbiani	+	C	TI
Rossini	=	S	VS
Roth-Bernasconi	=	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Sadis	+	R	TI
Salvi	=	S	VD
Savary	=	S	VD
Schenk	+	V	BE
Schenker	=	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlüer	+	V	ZH
Schmied Walter	+	V	BE
Schneider	*	R	BE
Schwander	*	V	SZ
Siegrist	*	V	AG
Simoneschi-Cortesi	*	C	TI
Sommaruga Carlo	*	S	GE
Speck	+	V	AG
Spuhler	+	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	*	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	=	S	BE
Studer Heiner	=	E	AG
Stump	=	S	AG
Teuscher	=	G	BE
Thanei	=	S	ZH
Theiler	+	R	LU
Triponez	+	R	BE
Vanek	=	-	GE
Vaudroz René	*	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	%	S	BE
Vischer	=	G	ZH
Vollmer	*	S	BE
Waber Christian	=	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walker Félix	+	C	SG
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	+	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	*	R	SG
Weyeneth	*	V	BE
Widmer	*	S	LU
Wobmann	*	V	SO
Wyss Ursula	=	S	BE
Zapfl	+	C	ZH
Zisyadis	=	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	22	0	32	0	1	43	0	98
nein / non / no	0	14	0	39	4	0	4	61
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	3	0	1	0	5
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	5	0	8	10	0	11	1	35
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Mehrheit = Eintreten
Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit I (Maury Pasquier) = Nichteintreten

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. 55a

Abstimmung vom / Vote du: 29.09.2004 18:46:37

Abate	=	R	TI
Aeschbacher	=	E	ZH
Allemann	=	S	BE
Amstutz	+	V	BE
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	*	C	SO
Banga	*	S	SO
Baumann Alexander	*	V	TG
Bäumle	=	-	ZH
Beck	=	R	VD
Berberat	*	S	NE
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	#	V	ZH
Borer	+	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	=	S	AG
Brun	=	C	LU
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf	*	R	GE
Büchler	=	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bühlmann	=	G	LU
Bührer	=	R	SH
Burkhalter	=	R	NE
Cathomas	=	C	GR
Cavalli	=	S	TI
Chevrier	=	C	VS
Christen	*	R	VD
Cina	=	C	VS
Cuche	=	G	NE
Daguet	=	S	BE
Darbellay	*	C	VS
De Buman	=	C	FR
Donzé	=	E	BE
Dormond Béguelin	=	S	VD
Dunant	=	V	BS
Dupraz	=	R	GE
Egerszegi-Obrist	=	R	AG
Eggly	=	R	GE
Engelberger	+	R	NW
Fasel	=	G	FR
Fässler-Osterwalder	=	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	*	R	VD
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH
Fehr Jacqueline	=	S	ZH
Fehr Mario	=	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	+	V	SZ
Freysinger	=	V	VS
Frösch	*	G	BE
Gadient	+	V	GR
Gallade	*	S	ZH
Garbani	*	S	NE
Genner	=	G	ZH
Germanier	*	R	VS
Giezendanner	*	V	AG
Glasson	=	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	=	S	ZH
Graf Maya	=	G	BL
Gross Andreas	*	S	ZH
Gross Jost	=	S	TG
Guisan	=	R	VD
Günter	%	S	BE
Gutzwiller	=	R	ZH
Gyr	=	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	=	S	BS
Häberli	=	C	TG
Haering	%	S	ZH
Haller	*	V	BE
Hämmerle	=	S	GR
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	=	S	SO
Hess Bernhard	*	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	=	S	AG
Hollenstein	=	G	SG
Huber	+	R	UR
Hubmann	=	S	ZH
Huguenin	o	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	%	C	OW
Ineichen	=	R	LU
Janiak	=	S	BL
Jermann	=	C	BL
Joder	+	V	BE
Jutzet	=	S	FR
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	=	S	BE
Kleiner	=	R	AR
Kohler	=	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	=	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	=	G	GE
Leutenegger Filippo	*	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	=	S	BL
Leuthard	=	C	AG
Levrat	=	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Maillard	=	S	VD
Maitre	=	C	GE
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	=	S	GL
Marty Kälin	=	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	=	S	GE
Meier-Schatz	=	C	SG
Menétrey-Savary	=	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	=	C	FR
Miesch	%	V	BL
Mörgeli	*	V	ZH
Müller Geri	=	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Walter	=	R	SG
Müller-Hemmi	=	S	ZH
Müri	+	V	LU
Noser	=	R	ZH
Oehrli	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	=	S	TI
Pelli	=	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	*	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Randegger	*	R	BS
Rechsteiner Paul	*	S	SG
Rechsteiner-Basel	=	S	BS
Recordon	=	G	VD
Rennwald	=	S	JU
Rey	=	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	*	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	=	C	TI
Rossini	=	S	VS
Roth-Bernasconi	=	S	GE
Ruey	=	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Sadis	=	R	TI
Salvi	=	S	VD
Savary	=	S	VD
Schenk	+	V	BE
Schenker	=	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlüer	+	V	ZH
Schmied Walter	+	V	BE
Schneider	=	R	BE
Schwander	*	V	SZ
Siegrist	*	V	AG
Simoneschi-Cortesi	=	C	TI
Sommaruga Carlo	*	S	GE
Speck	+	V	AG
Spuhler	+	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	*	V	AG
Steiner	=	R	SO
Stöckli	=	S	BE
Studer Heiner	=	E	AG
Stump	=	S	AG
Teuscher	=	G	BE
Thanei	=	S	ZH
Theiler	=	R	LU
Triponez	+	R	BE
Vanek	o	-	GE
Vaudroz René	*	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	%	S	BE
Vischer	=	G	ZH
Vollmer	*	S	BE
Waber Christian	=	E	BE
Wäfler	=	E	ZH
Walker Félix	=	C	SG
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	=	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	*	R	SG
Weyeneth	+	V	BE
Widmer	=	S	LU
Wobmann	*	V	SO
Wyss Ursula	=	S	BE
Zapfl	=	C	ZH
Zisyadis	o	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	6	0	10	0	0	44	0	60
nein / non / no	17	13	21	41	5	2	1	100
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	3	3
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	3	0	1	0	5
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	1	9	8	0	8	1	31
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

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

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. 55a

Abstimmung vom / Vote du: 29.09.2004 18:47:50

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

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

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

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

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	13	7	25	38	3	43	2	131
nein / non / no	9	6	6	2	2	3	3	31
enth. / abst. / ast.	0	0	0	1	0	0	0	1
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	3	0	1	0	5
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	5	1	9	8	0	8	0	31
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Minderheit II (Cavalli)
Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit I (Ruey)

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:

Gesamtabstimmung

Vote sur l'ensemble

Abstimmung vom / Vote du: 30.09.2004 08:31:05

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

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

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

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

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	20	2	32	0	4	47	1	106
nein / non / no	0	0	0	0	1	0	2	3
enth. / abst. / ast.	3	9	1	44	0	1	0	58
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	2	0	1	0	4
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	3	7	6	0	6	2	28
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

Geschäft / Objet:

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 1, Abs. 1

Abstimmung vom / Vote du: 30.09.2004 09:06:42

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	+	S	BE
Amstutz	*	V	BE
Baader Caspar	=	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Baumann Alexander	=	V	TG
Bäumle	+	-	ZH
Beck	=	R	VD
Berberat	+	S	NE
Bezzola	=	R	GR
Bigger	=	V	SG
Bignasca Attilio	=	V	TI
Binder	#	V	ZH
Borer	=	V	SO
Bortoluzzi	=	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	=	V	SG
Brunschwig Graf	*	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	=	V	VD
Bühlmann	+	G	LU
Bührer	*	R	SH
Burkhalter	=	R	NE
Cathomas	+	C	GR
Cavalli	+	S	TI
Chevrier	+	C	VS
Christen	=	R	VD
Cina	+	C	VS
Cuche	+	G	NE
Daguet	+	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	+	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD
Dunant	*	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Egerszegi-Obrist	=	R	AG
Eggly	=	R	GE
Engelberger	=	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Fattebert	=	V	VD
Favre	=	R	VD
Fehr Hans	*	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	=	V	SZ
Freysinger	=	V	VS
Frösch	+	G	BE
Gadient	=	V	GR
Gallade	+	S	ZH
Garbani	+	S	NE
Genner	+	G	ZH
Germanier	=	R	VS
Giezendanner	=	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	=	V	AG
Goll	+	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Gross Andreas	+	S	ZH
Gross Jost	+	S	TG
Guisan	=	R	VD
Günter	%	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gyr	+	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	%	S	ZH
Haller	=	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hassler	=	V	GR
Hegetschweiler	*	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	*	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Hollenstein	+	G	SG
Huber	+	R	UR
Hubmann	+	S	ZH
Huguenin	+	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	=	V	SG
Hutter Markus	*	R	ZH
Imfeld	%	C	OW
Ineichen	=	R	LU
Janiak	+	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	=	V	BE
Jutzet	+	S	FR
Kaufmann	=	V	ZH
Keller Robert	=	V	ZH
Kiener Nellen	+	S	BE
Kleiner	=	R	AR
Kohler	+	C	JU
Kunz	=	V	LU
Lang	+	G	ZG
Laubacher	=	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	+	G	GE
Leutenegger Filippo	=	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Leuthard	+	C	AG
Levrat	+	S	FR
Loepfe	*	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Maillard	+	S	VD
Maitre	o	C	GE
Markwalder Bär	=	R	BE
Marti Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	=	V	AG
Maurer	=	V	ZH
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	+	G	VD
Messmer	=	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Miesch	%	V	BL
Mörgeli	=	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	=	R	AG
Müller Walter	=	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Müri	=	V	LU
Noser	+	R	ZH
Oehrli	=	V	BE
Pagan	=	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pelli	*	R	TI
Perrin	=	V	NE
Pfister Gerhard	+	C	ZG
Pfister Theophil	=	V	SG
Randegger	=	R	BS
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Recordon	+	G	VD
Rennwald	+	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	=	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI
Rossini	+	S	VS
Roth-Bernasconi	+	S	GE
Ruey	=	R	VD
Rutschmann	=	V	ZH
Sadis	+	R	TI
Salvi	+	S	VD
Savary	+	S	VD
Schenk	=	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	=	V	ZG
Schibli	=	V	ZH
Schlüer	=	V	ZH
Schmied Walter	=	V	BE
Schneider	=	R	BE
Schwander	=	V	SZ
Siegrist	*	V	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Speck	=	V	AG
Spuhler	*	V	TG
Stahl	=	V	ZH
Stamm Luzi	=	V	AG
Steiner	=	R	SO
Stöckli	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Teuscher	+	G	BE
Thanei	+	S	ZH
Theiler	=	R	LU
Triponez	=	R	BE
Vanek	*	-	GE
Vaudroz René	=	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	+	S	BE
Vischer	*	G	ZH
Vollmer	*	S	BE
Waber Christian	=	E	BE
Wäfler	=	E	ZH
Walker Félix	+	C	SG
Walter Hansjörg	*	V	TG
Wandfluh	=	V	BE
Wasserfallen	=	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	*	R	SG
Weyeneth	=	V	BE
Widmer	+	S	LU
Wobmann	=	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zapfl	+	C	ZH
Zisyadis	+	-	VD
Zuppiger	=	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	25	13	8	49	3	3	3	104
nein / non / no	0	0	25	0	2	45	0	72
enth. / abst. / ast.	1	0	0	0	0	0	0	1
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	2	0	1	0	4
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	1	1	7	1	0	6	2	18
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

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

NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

Geschäft / Objet:

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Gegenstand / Objet du vote:

Gesamtabstimmung

Vote sur l'ensemble

Abstimmung vom / Vote du: 30.09.2004 09:07:39

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

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

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

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

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	26	13	32	49	4	25	3	152
nein / non / no	0	0	0	0	1	17	0	18
enth. / abst. / ast.	0	0	2	0	0	6	0	8
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	2	0	1	0	4
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	1	1	6	1	0	6	2	17
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

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:

Vorlage 3 (KVG) Gesamtabstimmung

Projet 3 (LAMal) Vote sur l'ensemble

Abstimmung vom / Vote du: 30.09.2004 09:42:57

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

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

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

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

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	23	0	35	0	1	45	1	105
nein / non / no	0	13	0	48	3	0	3	67
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	1	0	1
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	2	0	1	0	4
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	4	1	5	2	1	8	1	22
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

Geschäft / Objet:

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Gegenstand / Objet du vote:

Dringlichkeitsklausel

Abstimmung vom / Vote du: 06.10.2004 11:41:27

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	+	S	BE
Amstutz	+	V	BE
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	+	-	ZH
Beck	+	R	VD
Berberat	+	S	NE
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	+	V	ZH
Borer	=	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf	+	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bühlmann	+	G	LU
Bührer	+	R	SH
Burkhalter	*	R	NE
Cathomas	+	C	GR
Cavalli	+	S	TI
Chevrier	*	C	VS
Christen	+	R	VD
Cina	+	C	VS
Cuche	*	G	NE
Daguet	+	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	+	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD
Dunant	=	V	BS
Dupraz	%	R	GE
Egerszegi-Obrist	+	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelberger	*	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	*	R	VD
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	*	S	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	*	V	SZ
Freysinger	*	V	VS
Frösch	+	G	BE
Gadient	+	V	GR
Gallade	+	S	ZH
Garbani	+	S	NE
Genner	+	G	ZH
Germanier	+	R	VS
Giezendanner	+	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	*	V	AG
Goll	+	S	ZH
Graf Maya	*	G	BL
Gross Andreas	%	S	ZH
Gross Jost	+	S	TG
Guisan	+	R	VD
Günter	*	S	BE
Gutzwiller	*	R	ZH
Gyr	+	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	*	S	ZH
Haller	+	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	+	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Hollenstein	*	G	SG
Huber	+	R	UR
Hubmann	+	S	ZH
Huguenin	+	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	*	R	LU
Janiak	+	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
Jutzet	+	S	FR
Kaufmann	=	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	+	S	BE
Kleiner	+	R	AR
Kohler	*	C	JU
Kunz	*	V	LU
Lang	*	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	+	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Leuthard	*	C	AG
Levrat	+	S	FR
Loepfe	*	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Maillard	+	S	VD
Maitre	+	C	GE
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	*	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	+	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	*	C	FR
Miesch	+	V	BL
Mörgeli	+	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Müri	*	V	LU
Noser	*	R	ZH
Oehrli	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pelli	+	R	TI
Perrin	*	V	NE
Pfister Gerhard	+	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Randegger	%	R	BS
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Recordon	*	G	VD
Rennwald	*	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI
Rossini	+	S	VS
Roth-Bernasconi	+	S	GE
Ruey	*	R	VD
Rutschmann	*	V	ZH
Sadis	+	R	TI
Salvi	+	S	VD
Savary	+	S	VD
Schenk	=	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlüer	+	V	ZH
Schmied Walter	%	V	BE
Schneider	+	R	BE
Schwander	=	V	SZ
Siegrist	=	V	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Speck	+	V	AG
Spuhler	+	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Teuscher	+	G	BE
Thanei	+	S	ZH
Theiler	*	R	LU
Triponez	+	R	BE
Vanek	+	-	GE
Vaudroz René	+	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	%	S	BE
Vischer	+	G	ZH
Vollmer	+	S	BE
Waber Christian	+	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walker Félix	+	C	SG
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	+	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	+	R	SG
Weyeneth	*	V	BE
Widmer	*	S	LU
Wobmann	=	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zapfl	%	C	ZH
Zisyadis	+	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	22	9	30	44	5	40	5	155
nein / non / no	0	0	0	0	0	7	0	7
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	2	2	0	1	0	6
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	5	5	8	6	0	8	0	32
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

Bedeutung Ja / Signification de oui: Zustimmung
Bedeutung Nein / Signification de non: Ablehnung

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

NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

Geschäft / Objet:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Übergangsbestimmung

Loi fédérale sur l'assurance maladie. Disposition transitoire

Gegenstand / Objet du vote:

Dringlichkeitsklausel

Abstimmung vom / Vote du: 06.10.2004 11:42:23

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

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

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

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

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	21	0	30	0	5	46	1	103
nein / non / no	0	9	0	43	0	1	4	57
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	0	0
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	2	2	0	1	0	6
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	6	5	8	7	0	8	0	34
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

Bedeutung Ja / Signification de oui: Zustimmung
Bedeutung Nein / Signification de non: Ablehnung

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

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:

Schlussabstimmung

Vote final

Abstimmung vom / Vote du: 08.10.2004 08:40:24

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	+	S	BE
Amstutz	+	V	BE
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	+	-	ZH
Beck	+	R	VD
Berberat	=	S	NE
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	#	V	ZH
Borer	+	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf	*	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bühlmann	+	G	LU
Bührer	+	R	SH
Burkhalter	+	R	NE
Cathomas	+	C	GR
Cavalli	+	S	TI
Chevrier	+	C	VS
Christen	+	R	VD
Cina	+	C	VS
Cuche	o	G	NE
Daguet	+	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	+	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Egerszegi-Obrist	+	R	AG
Eggly	*	R	GE
Engelberger	+	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	+	V	SZ
Freysinger	+	V	VS
Frösch	o	G	BE
Gadient	+	V	GR
Gallade	=	S	ZH
Garbani	=	S	NE
Genner	+	G	ZH
Germanier	+	R	VS
Giezendanner	+	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	+	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Gross Andreas	=	S	ZH
Gross Jost	+	S	TG
Guisan	=	R	VD
Günter	+	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gyr	+	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	%	S	ZH
Haller	+	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	*	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Hollenstein	+	G	SG
Huber	+	R	UR
Hubmann	+	S	ZH
Huguenin	=	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	+	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
Jutzet	+	S	FR
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	=	S	BE
Kleiner	+	R	AR
Kohler	*	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	o	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	o	G	GE
Leutenegger Filippo	*	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Leuthard	+	C	AG
Levrat	=	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Maillard	=	S	VD
Maitre	+	C	GE
Markwalder Bär	o	R	BE
Marti Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	%	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	o	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Miesch	+	V	BL
Mörgeli	+	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Müri	*	V	LU
Noser	*	R	ZH
Oehrli	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pelli	+	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	+	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Randegger	%	R	BS
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Recordon	o	G	VD
Rennwald	=	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI
Rossini	+	S	VS
Roth-Bernasconi	+	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Sadis	+	R	TI
Salvi	=	S	VD
Savary	=	S	VD
Schenk	+	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlüer	+	V	ZH
Schmied Walter	%	V	BE
Schneider	+	R	BE
Schwander	+	V	SZ
Siegrist	+	V	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Speck	+	V	AG
Spuhler	+	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	=	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Teuscher	+	G	BE
Thanei	+	S	ZH
Theiler	+	R	LU
Triponez	+	R	BE
Vanek	=	-	GE
Vaudroz René	o	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	+	S	BE
Vischer	o	G	ZH
Vollmer	+	S	BE
Waber Christian	+	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walker Félix	+	C	SG
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	+	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	+	R	SG
Weyeneth	+	V	BE
Widmer	=	S	LU
Wobmann	+	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zapfl	+	C	ZH
Zisyadis	=	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	27	7	31	38	5	53	1	162
nein / non / no	0	0	1	12	0	0	3	16
enth. / abst. / ast.	0	7	2	0	0	0	0	9
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	1	2	0	1	0	4
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	1	0	5	0	0	1	1	8
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

Geschäft / Objet:

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Gegenstand / Objet du vote:

Schlussabstimmung

Vote final

Abstimmung vom / Vote du: 08.10.2004 08:41:35

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	+	S	BE
Amstutz	+	V	BE
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	+	S	SO
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	+	-	ZH
Beck	=	R	VD
Berberat	+	S	NE
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	#	V	ZH
Borer	=	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	+	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf	*	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bühlmann	+	G	LU
Bührer	+	R	SH
Burkhalter	+	R	NE
Cathomas	+	C	GR
Cavalli	+	S	TI
Chevrier	+	C	VS
Christen	+	R	VD
Cina	+	C	VS
Cuche	+	G	NE
Daguet	+	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	+	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	+	S	VD
Dunant	=	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Egerszegi-Obrist	+	R	AG
Eggly	*	R	GE
Engelberger	+	R	NW
Fasel	+	G	FR
Fässler-Osterwalder	+	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH
Fluri	+	R	SO
Föhn	o	V	SZ
Freysinger	+	V	VS
Frösch	+	G	BE
Gadient	+	V	GR
Gallade	+	S	ZH
Garbani	+	S	NE
Genner	+	G	ZH
Germanier	+	R	VS
Giezendanner	+	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	+	S	ZH
Graf Maya	+	G	BL
Gross Andreas	+	S	ZH
Gross Jost	+	S	TG
Guisan	+	R	VD
Günter	+	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gyr	+	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	*	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	%	S	ZH
Haller	+	V	BE
Hämmerle	+	S	GR
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	+	S	SO
Hess Bernhard	*	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	+	S	AG
Hollenstein	+	G	SG
Huber	+	R	UR
Hubmann	+	S	ZH
Huguenin	+	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	+	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
Jutzet	+	S	FR
Kaufmann	o	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	+	S	BE
Kleiner	+	R	AR
Kohler	*	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	+	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	+	G	GE
Leutenegger Filippo	*	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	+	S	BL
Leuthard	+	C	AG
Levrat	+	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Maillard	+	S	VD
Maitre	+	C	GE
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	+	S	GL
Marty Kälin	+	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	%	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	+	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Miesch	+	V	BL
Mörgeli	+	V	ZH
Müller Geri	+	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Müri	*	V	LU
Noser	*	R	ZH
Oehrli	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	+	S	TI
Pelli	+	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	+	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Randegger	%	R	BS
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Recordon	+	G	VD
Rennwald	+	S	JU
Rey	+	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	+	C	TI
Rossini	+	S	VS
Roth-Bernasconi	+	S	GE
Ruey	=	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Sadis	+	R	TI
Salvi	+	S	VD
Savary	+	S	VD
Schenk	+	V	BE
Schenker	+	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schlüer	+	V	ZH
Schmied Walter	%	V	BE
Schneider	+	R	BE
Schwander	=	V	SZ
Siegrist	+	V	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	+	S	GE
Speck	+	V	AG
Spuhler	+	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Teuscher	+	G	BE
Thanei	+	S	ZH
Theiler	+	R	LU
Triponez	+	R	BE
Vanek	+	-	GE
Vaudroz René	+	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	+	S	BE
Vischer	+	G	ZH
Vollmer	+	S	BE
Waber Christian	+	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walker Félix	+	C	SG
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	+	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	+	R	SG
Weyeneth	+	V	BE
Widmer	+	S	LU
Wobmann	+	V	SO
Wyss Ursula	+	S	BE
Zapfl	+	C	ZH
Zisyadis	+	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	27	14	32	50	5	48	4	180
nein / non / no	0	0	2	0	0	3	0	5
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	2	0	2
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	1	2	0	1	0	4
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	1	0	5	0	0	1	1	8
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non:

NATIONALRAT
Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

CONSEIL NATIONAL
Procès-verbal de vote

Geschäft / Objet:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Übergangsbestimmung

Loi fédérale sur l'assurance maladie. Disposition transitoire

Gegenstand / Objet du vote:

Schlussabstimmung

Vote final

Abstimmung vom / Vote du: 08.10.2004 08:42:35

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

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

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

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

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	27	0	32	0	2	53	1	115
nein / non / no	0	14	0	50	3	0	4	71
enth. / abst. / ast.	0	0	2	0	0	0	0	2
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	1	2	0	1	0	4
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	1	0	5	0	0	1	0	7
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Bedeutung Ja / Signification de oui:
Bedeutung Nein / Signification de non: