Parlamentsdienste

Services du Parlement

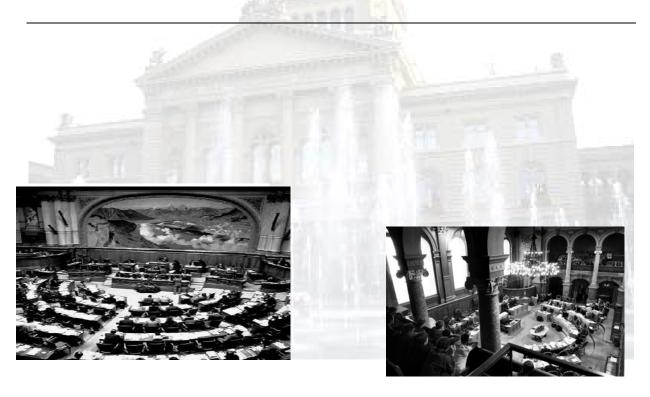
Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



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

98.058 KVG. Bundesbeiträge und Teilrevision





Die Bundesversammlung - Das Schweizer Parlament

Curia Vista - Geschäftsdatenbank

98.058 – Geschäft des Bundesrates KVG. Bundesbeiträge und Teilrevision

......

Einreichungsdatum			21.09.1998			
Stand der Beratung	-	-	Erledigt			
			- 2-2- 2-			

Botschaft vom 21. September 1998 betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BBI 1999 793)

Dokumente

Zusammenfassung Botschaft / Bericht und Beratungen

Medienmitteilungen

Amtliches Bulletin - die Wortprotokolle

Text des Erlasses 1 (BBI 1999 5179)

Text des Erlasses 2 (AS 2000 2305)

Chronologie / Wortprotokolle

Entwurf 1

Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

Datum	Rat	•
15.03.1999	SR	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.
22.04.1999	NR	Zustimmung.
		Bundesblatt 1999 5179

Entwurf 2

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Datum	Rat				
15.03.1999	SR	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.			
21.04.1999	NR	Die Beratungen werden in der Sommersession fortgesetzt.			
31.05.1999	NR	Abweichend.			
27.09.1999	SR	Abweichend.			
08.03.2000	NR	Abweichend.			

98.058 - KVG. Bundesbeiträge und Teilrevision - Curia Vista - Geschäftsdatenbank ... Seite 3 von 3

Sie sind hier: Das	SchweizerParlament > 3	Suche > Geschaefte	

[©] Das Schweizer Parlament / CH - 3003 Bern, Impressum, Disclaimer

1. Uebersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations

×23/98.058 s KVG. Bundesbeiträge und Teilrevision

Botschaft vom 21. September 1998 betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BBI 1999 793)

NR/SR Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit Siehe Geschäft 00.3003 Mo. SGK-NR (98.058)

Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

15.03.1999 Ständerat. Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.

22.04.1999 Nationalrat. Zustimmung.

Bundesblatt 1999 5179

. . .

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

15.03.1999 Ständerat. Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates

21.04.1999 Nationalrat. Die Beratungen werden in der Sommersession fortgesetzt.

31.05.1999 Nationairat. Abweichend.

27.09.1999 Ständerat. Abweichend.

08.03.2000 Nationalrat. Abweichend.

15.03.2000 Ständerat. Abweichend.

20.03.2000 Nationalrat. Festhalten.

22.03.2000 Ständerat. Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.

22.03.2000 Nationalrat. Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.

24.03.2000 Ständerat. Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

24.03.2000 Nationalrat. Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen. ×23/98.058 é LAMal. Subsides fédéraux et révision partielle

Message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (FF 1999 727)

CN/CE Commission de la sécurité sociale et de la santé publique Voir objet 00.3003 Mo. CSSS-CN (98.058)

1. Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurancemaladie

15.03.1999 Conseil des Etats. Décision modifiant le projet du Conseil fédéral.

22.04.1999 Conseil national. Adhésion.

Feuille fédérale 1999 4782

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

15.03.1999 Consell des Etats. Décision modifiant le projet du Conseil fédéral.

21.04.1999 Conseil national. Les délibérations se poursuivront durant la session d'été.

31.05.1999 Conseil national. Divergences.

27.09.1999 Conseil des Etats. Divergences.

08.03.2000 Conseil national. Divergences.

15.03.2000 Conseil des Etats. Divergences.

20.03.2000 Conseil national. Maintenir.

22.03.2000 Conseil des Etats. Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.

22.03.2000 Conseil national. Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.

24.03.2000 Conseil des Etats. La loi est adoptée en votation finale.

24.03.2000 Consell national. La loi est adoptée en votation finale.

Loi sur l'assurance-maladie E 15 mars 1999

Achte Sitzung - Huitième séance

Montag, 15. März 1999 Lundi 15 mars 1999

17.15 h

Vorsitz - Présidence: Rhinow René (R, BL)

98.058

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Botschaft, Gesetz- und Beschlussentwürfe vom 21. September 1998 (BBI 1999 793) Message, projets de loi et d'arrêté du 21 septembre 1998 (FF 1999 727)

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Le message comprend deux projets: le premier est l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie; le deuxième concerne la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Je commence par le deuxième projet, donc par la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie.

Le 1er janvier 1996, la nouvelle loi sur l'assurance-maladie est entrée en vigueur. Il y a à peine trois ans que cette loi subit le test des réalités. Il est donc encore trop tôt pour tirer un bilan définitif. Une première analyse sommaire nous fait constater qu'il existe quelques faiblesses auxquelles il faut remédier. Cette analyse permet aussi d'affirmer que, par rapport à la situation antérieure – donc par rapport à l'entrée en vigueur de la loi révisée en 1996 –, des progrès ont été réalisés grâce à la nouvelle loi. Ses nouveaux acquis consistent en ce que la population dispose aujourd'hui à titre obligatoire d'une couverture complète pour des soins de haute qualité en cas de maladie; que la solidarité entre les assurés est garantie; que la loi offre des moyens et des instruments qui sensibilisent l'assuré en le rendant conscient de sa responsabilité individuelle; le coût de la santé devrait ainsi être mieux maîtrisé. La commission a siégé à quatre reprises pour examiner ces

La commission a siege a quatre reprises pour examiner ces deux projets. Au-delà du cadre fixé par le projet de révision partielle, la commission a examiné le fonctionnement de la loi. A cet effet, elle a entendu les acteurs principaux de la politique de la santé. En effet, ce sont les cantons en premier lieu – nous les avons entendus par le biais de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires – qui supportent le poids principal de l'exécution de la loi. Nous avons aussi entendu le Concordat des assureurs-maladie suisses et la FMH, les médecins, en tant que fournisseurs principaux de prestations.

Lors de la première séance de commission, il a été question de renvoyer le projet au Conseil fédéral, notamment parce que le problème principal, celui du financement des hôpitaux, n'est pas traité dans le projet. Mais le Conseil fédéral a répondu qu'il saisira à ce sujet le Parlement d'un projet au mois de septembre déjà, à l'occasion d'une seconde étape de la première révision partielle de la LAMal. D'ailleurs, pas plus tard que la semaine passée, la procédure de consultation sur le financement des hôpitaux a été ouverte.

Si nous traitons sans attendre la première étape, c'est qu'elle comprend des dispositions à mettre en vigueur d'urgence, c'est-à-dire au 1er janvier 2000 déjà. Il y a urgence pour les assurés dans les prescriptions sur le changement d'assureur, il y a urgence à légiférer dans les versements sans re-

tard à l'institution commune, ou encore dans le renforcement de la surveillance des caisses, ce qui est une conséquence directe de l'affaire Visana. Il y a aussi urgence pour faire supprimer certains processus de désolidarisation par le nouvel alinéa 2bis de l'article 62, ou encore urgence en matière de règle sur la réduction des primes ou pour les sanctions et amendes d'ordre. La première étape de la révision est surtout d'ordre technique; elle tend à améliorer le fonctionnement de l'assurance-maladie.

La seconde étape traitera de questions bien plus politiques. Certains milieux auraient souhaité voir d'autres problèmes réglés par la présente révision: le financement des hôpitaux - comme je l'ai mentionné tout à l'heure -, la compensation des risques, l'application du système du tiers payant au lieu du tiers garant pour l'indemnisation du médecin, ou encore l'obligation pour les cantons de distribuer l'intégralité des subsides alloués par la Confédération. Ce fut notamment une demande du Concordat des assureurs-maladie suisses. Après un examen approfondi de ces problèmes-là aussi, qui ne faisaient pas directement l'objet de la présente révision, la commission a renoncé à légiférer dans ces domaines. Tout en améliorant les conditions en faveur des assurés, les cantons doivent garder leur autonomie en matière de taux de subventionnement. Trop de différences existent entre les cantons au sujet du montant et de la charge des primes. Tout en réduisant le taux de subventionnement à 50 pour cent, par exemple, les primes dans certains cantons sont parfois encore inférieures aux primes payées dans d'autres cantons qui distribuent pourtant l'intégralité, donc le cent pour cent, des subsides fédéraux.

Au sujet des subsides, le projet apporte notamment deux modifications: le Conseil fédéral peut étendre le cercle des ayants droit à la réduction des primes aussi à des groupes de personnes tels que les saisonniers, et les réductions des primes doivent être fondées sur les réalités économiques et familiales les plus récentes. L'information des assurés sur leur droit à la réduction des primes doit être intensifiée. Le canton devra verser son aide plus vite aussi.

La commission a examiné le système du tiers payant. Il doit être maintenu et ne pas être remplacé par celui du tiers garant. C'est l'avis unanime exprimé par les milieux consultés. C'est le patient qui doit payer le médecin. Si l'assurance-maladie lui verse le montant en question, c'est le rapport contractuel qui existe entre le médecin et le patient qui le veut ainsi. Le rapport direct rend mieux compte des frais générés par la consultation.

Certains assureurs demandaient de changer le système de la compensation des risques en complétant les deux critères de l'âge et du sexe des assurés par un troisième, celui de l'hospitalisation. Les deux seuls critères appliqués ne tiendraient compte que de façon insuffisante des véritables risques. Le Concordat des assureurs-maladie suisses, tout en admettant certaines insuffisances, voulait d'abord connaître l'analyse des effets produits par le système de compensation actuel. Le concordat s'opposait donc en l'état aux changements. Au sein de la commission, cette question ne semblait pas assez approfondie, et pas assez mûre, pour procéder aujourd'hui déjà à une modification.

Enfin, le budget global pour les soins ambulatoires (art. 51a) n'a pas trouvé grâce devant la commission. Dans la plupart des cantons, les données statistiques sont encore insuffisantes, et les expériences faites dans certains pays – en Allemagne ou au Canada – ne sont pas satisfaisantes. C'est le dialogue seul entre tous les acteurs, et non pas la contrainte, qui permettra d'introduire le budget global. La solution apportée dans le projet semble inappropriée à la commission. La copie sera donc à revoir en vue d'une prochaine réforme.

Dans le but de mieux maîtriser les coûts, le projet de révision prévoit le droit de substitution du pharmacien. Il s'agit du droit de remplacer un médicament original, inscrit sur la liste des spécialités, par un médicament générique. La commission s'est ralliée à ce point de vue.

Votre commission vous invite à entrer en matière sur le projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Je termine mon rapport d'entrée en matière par quelques considérations sur l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral nous présente une nouvelle tranche de subsides dans l'assurance-maladie pour les quatre prochaines années, de 2000 à 2003. Le montant total est de 9,053 milliards de francs. L'augmentation par rapport à la période prenant fin en 1999 tient compte d'une augmentation annuelle des coûts présumés de 3 pour cent. Ces 3 pour cent représentent une hypothèse de travail qui a été reprise de l'étude entreprise par le groupe de travail IDA-Fiso 2. Au vu de la situation financière de la Confédération, le taux retenu est cependant de 1,5 pour cent. Ce procédé est en accord avec l'«objectif budgétaire 2001» qui a été approuvé par le peuple. Le montant qui sert de référence à cette augmentation est celui de 1999. Il s'élève à 2,180 milliards de francs.

La commission vous propose, à l'unanimité, d'entrer en matière sur cet arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie, et de l'accepter.

Delalay Edouard (C, VS): La révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, que nous examinons aujour-d'hui, se limite à quelques questions d'application, les plus urgentes il faut le dire, en vue de modifier les principaux défauts actuels de la loi. Plusieurs voix se sont fait entendre, même encore après les travaux de la commission, pour affirmer que les problèmes les plus importants pour les assurés n'ont pas été traités. Ainsi, par exemple, l'évolution des coûts de la santé, le montant des primes, la compensation des coûts entre les assureurs n'auraient pas fait l'objet d'un examen suffisant. Il est évident pour chacun d'entre nous que les coûts de l'assurance-maladie sont préoccupants, d'abord pour les assurés, cela va bien sans dire, mais également pour les assureurs et pour les pouvoirs publics qui financent partiellement l'assurance-maladie.

L'assurance obligatoire des soins a enregistré en 1998 une augmentation de 7 pour cent, il faut le rappeler. La progression des coûts dépasse même 25 pour cent dans les secteurs des soins à domicile et ceux fournis dans des établissements médicosociaux. Dans ce dernier domaine, le transfert des coûts des cantons vers l'assurance-maladie n'est pas réglé. Cette tendance jouera son rôle encore dans les calculs des primes qui seront publiés cet automne pour l'année prochaine.

Notre commission n'a pas agi dans le mépris de ces nécessités, mais simplement au vu de l'urgence dans laquelle nous nous trouvions de régler les questions les plus urgentes. Nous avons opté pour une stratégie qui comprend deux parties: tout d'abord, une révision rapide des points contestés pour corriger les défauts les plus évidents, et, ensuite, une révision plus approfondie portant sur des problèmes qui font l'objet d'un débat politique un peu plus approfondi et parmi lesquels se situent la maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier, la compensation des risques et les enveloppes globales en matière de traitements ambulatoires.

Je partage tout à fait cette vue des choses qui consiste à fixer des étapes pour réviser la LAMal. Mais pour que chacun soit bien au clair sur la procédure, j'aimerais prier Mme Dreifuss, présidente de la Confédération, de nous confirmer dans ce débat d'entrée en matière les échéances futures et le rythme que le Conseil fédéral – et à sa suite le Parlement – adoptera pour régler les divers problèmes qui ne sont pas tranchés par cette première révision. Ils devront l'être dans un second paquet pour lequel le premier pas a été fait – le président de la commission l'a dit – par la procédure de consultation qui vient d'être engagée.

Par la même occasion, s'agissant de la révision des coûts du secteur hospitalier, je souhaite aussi obtenir une précision de la part du Conseil fédéral. Selon la convention de juillet 1998, conclue entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et le Concordat des assureurs-maladie suisses, les assureurs renoncent à toute action en justice visant à obtenir, pour les patients qui sont au bénéfice d'assurances complémentaires, les mêmes montants qu'ils reçoivent pour les patients assurés au titre de l'assurance obliga-

toire seulement, en cas d'hospitalisation à l'intérieur du canton. Les assureurs n'ont souscrit à cette convention qu'à la condition que la LAMal soit révisée, sur la question du financement des coûts hospitaliers, avant la fin 1999. Si la révision du financement des coûts hospitaliers devait tarder, les assureurs ne prolongeraient vraisemblablement pas cette convention et réclameraient aux cantons une participation dont le total représente environ 1 milliard de francs.

Il m'intéresserait donc que le Conseil fédéral confirme, à l'occasion de ce débat, son point de vue sur cette question du financement des coûts hospitaliers et sur les appréciations qui divisent à cet égard les cantons et les assureurs. Je remercie d'ores et déjà Mme Dreifuss, présidente de la Confédération, de la réponse qu'elle donnera à ces questions et des apaisements qu'elle pourra apporter aux préoccupations des divers partenaires dans le secteur de la santé.

Pour le surplus, je me déclare tout à fait prêt à entrer en matière sur cette première révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Saudan Françoise (R, GE): Je ne m'étendrai pas sur les raisons qui nous ont amenés à vous présenter un projet qui est quelque peu minimal. Nous l'avons fait dans un souci d'éviter d'être confrontés à un référendum et dans le souci de réunir le plus grand nombre possible de parlementaires sur les améliorations qu'il nous semblait possible d'introduire.

Néanmoins, j'aimerais revenir sur un point qui m'a étonnée en commission, Madame la présidente de la Confédération. Cela ne touche peut-être pas directement la révision de la loi sur l'assurance-maladie, mais la manière dont les dispositions légales du projet sont formulées. Vous vous souvenez comme moi que le Parlement, par l'intermédiaire de la Commission de gestion, dont la section «Efficacité» était présidée par notre ancien collègue, M. Rhyner, s'est longuement penchée sur la mise en oeuvre des politiques fédérales par les cantons, et, en particulier, sur l'importance que revêtaient les procédures de consultation et sur la manière dont le Conseil fédéral devrait tenir compte des résultats des procédures de consultation. Nous avons d'ailleurs établi une série de recommandations qui ont été acceptées par le Conseil fédéral.

Or, dans le cadre de la présente révision de la loi sur l'assurance-maladie, nous avons constaté dans le message du Conseil fédéral que seuls trois cantons étaient favorables au budget global en matière ambulatoire: Berne, Genève et Soleure. Dans le cadre des travaux de la commission, nous avons auditionné les représentants des départements de la santé du canton du Valais et du canton d'Argovie, qui n'étaient pas favorables à l'introduction d'un budget ambulatoire global. Cela pose réellement une question de fond, Madame la Présidente de la Confédération. Car d'une part, ou ce sont les cantons qui ne se mettent pas d'accord sur la procédure - de l'avis du canton, en fait, on n'a pas à en tenir compte –, ou alors il y a une raison importante qui a amené le Conseil fédéral à nous proposer néanmoins l'introduction du budget global, une raison essentielle et fondamentale, qui avait peut-être échappé aux cantons au moment de la procédure de consultation. D'autre part, j'ai eu la curiosité de me procurer les prises de position des cantons, et je dois dire que même la position du canton de Berne est pour le moins ambiguë. A mon avis, on ne peut pas en tirer comme conclusion que les cantons sont favorables sans autre à l'introduction d'un tel budget. Cela pose réellement un problème, pour moi, au niveau de la fiabilité des documents sur lesquels nous nous basons pour prendre nos décisions.

Je vous serais reconnaissante, Madame la Présidente de la Confédération, de répondre à mon interrogation. Si vous ne pouvez pas répondre aujourd'hui, je reviendrai sur ce problème en séance de la Commission de gestion. Mais je voulais quand même soulever cette question, parce qu'elle me semblait importante, dans un domaine qui est extrêmement délicat. Je ne m'étendrai pas plus longuement puisque les points que je voulais relever l'ont été par mes précédents collècues.



Loi sur l'assurance-maladie E 15 mars 1999

Simmen Rosemarie (C, SO): Es ist mancherorts zur Gewohnheit geworden, das totalrevidierte Krankenversicherungsgesetz als einen perfekten Flop zu bezeichnen. Alle Mängel und Übel des Gesundheitswesens werden ihm angelastet. Wer so argumentiert, hat jedoch ein kurzes Gedächtnis. Er erinnert sich schon fünf Jahre nachher nicht mehr an die Zustände, welche überhaupt zur Totalrevision geführt haben: jährlich massiv ansteigende Kosten und in der Folge davon ebenso massiv ansteigende Prämien, keinerlei Instrumente im Gesetz, um auf die Kosten wenigstens dämpfend einwirken zu können, eine Subventionierung der Prämien, die nach dem Prinzip des Rasensprengers auf alle Versicherten, auch solche mit hohem Einkommen, gleichmässig darniederregnete. All das gehörte zum Alltag des Gesetzes aus dem Jahre 1911.

Dem hat die Totalrevision des KVG von 1994 ein Ende gesetzt. Die Subventionen werden heute nach Bedürfnis zugesprochen; einige Instrumente zur Eindämmung der Kosten sind vorgesehen.

Allerdings haben sich – wie das bei einer grossen Gesetzesrevision nicht anders zu erwarten ist – auch einige Mängel gezeigt. Wichtige Massnahmen fehlen im Gesetz; ich denke etwa an Massnahmen gegen die noch immer stark anwachsende Zahl von Ärzten, gegen die Überversorgung mit teuersten medizinischen Geräten, gegen die noch immer laufende Mengenausweitung medizinischer Leistungen. Um gegen all diese Effekte anzugehen – es gibt noch einige andere –, haben wir nach wie vor keine Mittel. Auch von den heute bereits möglichen Massnahmen sind noch lange nicht alle umgesetzt worden. Diejenigen, die umgesetzt sind, brauchen zum Teil recht lange Zeit, um wirksam zu werden. Es sind deshalb neben dem Mut zur Ergänzung des Bestehenden auch Beharrlichkeit und Geduld nötig, um die Möglichkeiten auszuschöpfen, die das Gesetz bereits beinhaltet.

Es braucht aber auch dringend verbesserte Daten und vollständige, aktuelle Statistiken, um die Probleme überhaupt angehen zu können. Anders kann eine Kostentransparenz nicht gewährleistet werden. So wird z. B. noch heute die Ausscheidung zwischen Kosten für Leistungen der Grundversicherung und solchen für Leistungen der Zusatzversicherung im stationären Sektor nicht überall vorgenommen. Solange hier keine klare Trennung besteht, werden sich auch das Problem der ausserkantonalen Hospitalisierung und damit die Frage, wer wieviel bezahlt, nicht lösen lassen.

Der Bundesrat schlägt nun in seiner Botschaft zur ersten Teilrevision eine erste Etappe von Massnahmen vor, die wir heute beraten. Eine zweite Etappe, unter anderem betreffend die Spitalfinanzierung, wurde vor gut einer Woche in die Vernehmlassung geschickt. Es ist nicht zu übersehen, dass diese erste Etappe eine Minietappe ist und für die zentralen Probleme – vor allem für diejenigen, die kostenmässig am stärksten ins Gewicht fallen – noch keine Lösungsvorschläge bringt. Wir werden also sofort, nachdem wir diese Revision beschlossen haben, wieder an die Arbeit gehen müssen.

Ich möchte kurz auf drei Punkte eingehen, die mir von grösserer Redautung scheinen:

serer Bedeutung scheinen: 1. Die Einführung des Globalbudgets im ambulanten Sektor erwies sich erwartungsgemäss als ein sehr umstrittener Punkt, und die Kommission hat nach intensiver Diskussion beschlossen, sie in eine zweite Etappe zu verweisen. Dies geschah einerseits, um die unbestrittenen Punkte der ersten Etappe möglichst schnell umsetzen zu können, andererseits aber auch in der Hoffnung, dass sich bis dahin die Datenlage soweit verbessert haben wird, dass man überhaupt aufgrund von vernünftigen Angaben nach einer Lösung suchen kann. 2. Bei den Arzneimitteln soll die Abgabe von kostengünstigeren Generika anstelle teurerer Originalpräparate gefördert werden. Dies stand schon bei der Totalrevision des KVG zur Diskussion. Es wurde dann nicht eingeführt, obwohl es hier ein Sparpotential gibt, das nicht zu vernachlässigen ist. Die Regelung gemäss Artikel 52a, dass ein Apotheker ein Generikum abgaben kann, wenn der Arzt nicht ausdrücklich das Originalpräparat verlangt, erlaubt eine maximale Ausschöpfung dieses Sparpotentials, ohne dass dies die Verschreibungsfreiheit des Arztes tangiert. Dieser Artikel im KVG ist damit auch ein Gegenvorschlag zur Denner-Initiative, die den Zwang beinhaltet, in jedem Fall das jeweils billigste Generikum abzugeben. Dies würde vor allem für Leute, die regelmässig oder über lange Zeit Medikamente einnehmen müssen, eine unmögliche Situation schaffen; sie bekämen sozusagen je nach Spotmarkt bei den Arzneimitteln alle zwei Wochen ein anderes Medikament.

In diesem Bereich liegt aber noch ein verdecktes Sparpotential. Im vertieften Gespräch des Apothekers mit dem Patienten kann nämlich darauf hingewirkt werden, dass diejenigen Medikamente abgegeben werden, die auch wirklich eingenommen werden. Heute weiss man, dass ungefähr 50 Prozent der abgegebenen und auch bezahlten Medikamente nicht eingenommen werden, sondem irgendwo landen meist im Abfall. Hier ist also ein gewisses Potential vorhanden, das wir nicht geringschätzen sollten.

3. Es mag dies als ein Detail erscheinen – aber bei der Prämienverbilligung ist etwas eingeführt worden, was vor allem für Versicherte in engen finanziellen Verhältnissen von ganz grosser Bedeutung sein kann. In Zukunft soll nämlich darauf geachtet werden, dass bei der Festsetzung der Anspruchsberechtigung auf Prämienverbilligungen auf die jeweils aktuellsten Daten abgestellt wird. Dies erlaubt eine grössere Nähe zu den tatsächlichen Verhältnissen. Je nachdem kann das für Leute, welche Prämienverbilligungen bekommen – dies ja deswegen, weil es ihnen finanziell nicht so gut geht –, bedeuten, dass hier sehr viel rascher reagiert wird.

Neu erhalten auch die Kantone etwas mehr Flexibilität bei der Übertragung allfälliger Differenzbeträge zwischen den Beiträgen von Bund und Kantonen und den effektiv ausbezahlten Beiträgen; dies erlaubt den Kantonen, der Kostenentwicklung ebenfalls sozusagen in «real time» zu folgen.

Alle diese Punkte deuten doch darauf hin, dass wir heute, auch wenn wir hier nicht die ganz grosse Revision vor uns haben, wenigstens die kleine vornehmen sollten. Ich bitte Sie deshalb, auf die Vorlage einzutreten und ihr in der Fassung der Kommission bzw. der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Rochat Eric (L, VD): Dans leur présentation, le rapporteur et les membres de la commission ont parfaitement mis en évidence les défis et les difficultés que nous avons rencontrés face à cette première révision de la loi sur l'assurance-maladie

Certes, l'adaptation des montants des subsides fédéraux était prévue et n'a pas donné lieu à d'intenses débats. Mais il est un peu court de juger avec trop de sévérité les cantons qui n'ont pas besoin de recourir à l'entier de la manne fédérale, que ce soit en raison de leur situation économique ou en raison du comportement individuel plus économe de leurs résidents. Il ne faudrait pas en venir à prétendre que les soins sont moins bons et la médecine moins équitable lorsque les cotisations sont moins élevées et les besoins de subventions moins grands!

Vous l'aurez vu, la majorité de la commission vous propose de renoncer à un certain nombre de modifications prévues par le Conseil fédéral, de renoncer en particulier à donner compétence aux cantons d'introduire un budget global pour les prestations ambulatoires et semi-hospitalières (art. 51a), de renoncer aussi à autoriser les recours contre les planifications hospitalières cantonales devant les tribunaux (art. 39 al. 4). Il s'agit là de questions politiques.

Si la commission nous propose d'introduire des dispositions permettant à l'avenir un nouveau mode de rétribution des pharmaciens, c'est d'entente avec ce corps professionnel. Et si elle nous propose de permettre aux cantons, à l'article 66 alinéa 6, de reporter d'une année à l'autre les différences annuelles entre le montant des subsides fédéraux et cantonaux et celui des subventions versées, c'est pour éviter de pénaliser lourdement les cantons dont la structure de la population assurée varie de façon importante.

Quant à l'exemption de certaines mesures de prévention de la participation aux coûts, elle ouvrirait la porte à des dépenses supplémentaires incontrôlées et, qui plus est injustifiées. Je vous propose donc de biffer cette nouvelle disposition. Vous avez reçu comme moi une lettre du Concordat des assureurs-maladie suisses. S'ils déplorent que cette révision partielle de la loi ne conduise pas à des économies suffisantes selon eux, ils appellent de leurs voeux la révision de la partie hospitalière déjà annoncée pour le prochain trimestre par Mme la présidente de la Confédération. Comme d'autres corps professionnels concernés de près par la loi sur l'assurance-maladie, les assureurs sont plongés dans de réelles difficultés financières et n'ont plus aujourd'hui comme objectif que la réduction des coûts et l'augmentation du nombre de leurs assurés. Cela n'empêche pas certains d'entre eux d'offirir à leurs assurés des bons de 200 francs pour des vacances de repos en Suisse – j'en ai reçu un samedi –, ce qui est évidemment navrant dans l'époque que nous vivons et dans les conditions financières qui sont les leurs.

Je déplore également que plusieurs centaines de millions soient désormais consacrés à la prise en charge de médecines auxquelles on donne six ans pour tenter de prouver qu'elles servent à quelque chose, en dérogation aux règles sérieuses appliquées à la médecine utile. Je rappelle enfin que les économies rendues possibles par une prescription plus fréquentes des médicaments génériques ne touchent que les maladies les plus courantes, celles pour lesquelles il est aujourd'hui encore médicalement défendable d'utiliser des médicaments conçus il y a plus de vingt ans. Ceci pour ne pas laisser poindre d'espoirs déraisonnables quant aux économies possibles. Ceci aussi pour appeler de mes voeux une politique très prudente en matière de nouvelles obligations de prise en charge, une politique respectant étroitement les règles de la bonne pratique, une politique plaçant le malade et le traitement démontré de sa maladie au centre du débat. Il y a encore pléthore de lits hospitaliers dans certaines régions. Il y a encore des opérations à visée esthétique ou de pur confort qu'on met à charge des caisses-maladie, donc de la collectivité toute entière. Il y a des cas de polypragmasie chez les professionnels de la santé. Ces sources potentielles d'économies doivent être exploitées, mais la meilleure économie dans le domaine de la santé passe par la formation, l'information et la conscience professionnelle, par le refus du charlatanisme et par le progrès scientifique documenté et

Je vous recommande d'entrer en matière et de soutenir les propositions de votre commission, qui a choisi une approche restrictive, mais parfaitement réfléchie et déterminée.

Schlesser Fritz (R, GL): Der Berg habe eine Maus geboren, hört man verschiedene Leute sagen, wenn man über die vorliegende Teilrevision des KVG diskutiert. Offensichtlich hat man von dieser ersten Revision des KVG mehr erwartet und auch gehofft, dass ganz wichtige Fragen zur Entscheidung vorgelegt und entschieden würden.

Wir haben es mit einer Revision der kleinen, aber nötigen Schritte zu tun. Aus diesem Grunde beantrage ich Ihnen, wie die übrigen Kommissionsmitglieder auch, Eintreten und Zustimmung zu den Anträgen der Kommission bzw. der Kommissionsmehrheit.

Wenn wir sagen, wir hätten es mit einer Revision der kleinen, aber nötigen Schritte zu tun, so ergeben sich diese Schritte namentlich aus den ersten Erfahrungen, die wir mit dem KVG gemacht haben, insbesondere auch im Zusammenhang mit dem Fall Visana. Ich glaube, es ist richtig, dass wir mit dieser unbestrittenen Revision relativ rasch erste Lücken schliessen, die sich gezeigt haben. Eines möchte ich hier beifügen: Was hätten wir im Fall Visana gemacht, wenn wir dieses KVG nicht gehabt hätten? Wir hätten dringliches Recht erlassen und mit Notrecht die allergrössten Lücken schliessen müssen. Das muss man immer wieder in Erinnerung rufen, wenn man über das KVG diskutiert.

Wir haben bei dieser Revision die grossen Probleme zurückgestellt; zum einen geschah dies von seiten des Bundesrates, zum anderen aber auch auf Antrag der Kommission, sei es einstimmig, sei es mehrheitlich.

Zu diesen zurückgestellten, grossen Problemen gehört erstens die Spitalfinanzierung. Hier werden wir noch einiges an Diskussionen führen müssen. Es geht um eine ganz zentrale

Frage des KVG, und es darf nicht sein, dass bei der Spitalfinanzierung einfach Lasten auf die Allgemeinheit überwälzt werden, indem immer mehr öffentliche Mittel – namentlich der Kantone – zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Es muss im Rahmen der Spitalfinanzierung auch entsprechende Sparmassnahmen geben; dabei geht es vor allem um eine ganz effiziente Spitalplanung. Wir haben diese heute leider noch nicht. Die Kantone haben hier noch einiges zu leisten, und auch der Bundesrat wird hier noch einige Fingerzeige geben müssen.

Es darf aber nicht einfach der Ausweg gewählt werden, dass man die Kantone durch die Finanzierung über allgemeine Staatsmittel immer mehr belastet und so eine Gewichtsverschiebung vornimmt, damit man am Schluss behaupten kann, wir hätten die Krankenkassenprämien mehr oder weniger stabilisiert, während man in Tat und Wahrheit den Anteil der Finanzierung über die allgemeinen Staatsmittel laufend erhöht. Das darf nicht sein!

Ein zweiter wesentlicher Punkt, bei dem der Entwurf des Bundesrates in der Kommission als noch nicht spruchreif eingestuft wurde, ist das Globalbudget im ambulanten oder teilstationären Bereich (Art. 51a). Hier liegt ein Minderheitsantrag (Brunner Christiane) auf Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates vor. Ich beantrage, diesen abzulehnen.

Wir würden heute etwas übers Knie brechen, wenn wir dem Bundesrat bzw. der Minderheit folgen würden. Man darf feststellen, dass im Rahmen der Diskussionen in der Kommission gewisse Ansatzpunkte dafür vorhanden waren, dass auf mittlere Frist vielleicht eine Lösung gefunden werden kann, die auf einer breiten Abstützung beruht. Ich glaube, es ist allemal besser, diesen Prozess laufen zu lassen, als heute eine Entscheidung zu fällen, deren Auswirkungen noch nicht abgeschätzt werden können.

Dann müsste auch die Frage beantwortet werden, wie man Verschiebungen zwischen den einzelnen Kantonen vorbeugen würde oder vorbeugen möchte, wenn einzelne Kantone derartige Globalbudgets einführen, andere aber nicht. In diesem Bereich sind zu viele Fragen offen, als dass wir heute einen Entscheid im Sinne des bundesrätlichen Entwurfes fällen könnten, auch wenn der Bundesrat an sich lediglich vorsieht, die Kantone zu ermächtigen, derartige Globalbudgets einzuführen.

Ein dritter Punkt, der aus der Sicht der Kommission nicht spruchreif ist, ist die Revision des heutigen Risikoausgleichsystems. Auch wenn es immer wieder Stimmen gibt, die hier eine sofortige Revision verlangen, braucht es auch hier zusätzliche Abklärungen, bevor wir am heutigen System rütteln. Hier sind auch Bundesrat und Verwaltung der Auffassung, dass die Voraussetzungen für eine rasche Revision nicht gegeben sind. Alle diese Fragen können oder müssen allenfalls im zweiten Paket aufgegriffen werden.

Es gibt aber noch andere Probleme im Bereich der Krankenversicherung, die nicht so sehr den Einsatz des Gesetzgebers verlangen, sondern den Einsatz aller Beteiligten, namentlich der Leistungserbringer. Ich denke da z. B. an die Umsetzung des neuen Tarifs «GRAT». Ob der Gesetzgeber hier noch tätig werden muss oder nicht, wird wesentlich davon abhängen, wie die Umsetzung dieses Tarifs geschieht, d. h., ob das Selbstregulierungssystem funktioniert oder nicht. Ich hoffe, es funktioniert, dass sich also die Beteiligten an die entsprechenden Vorgaben halten und dass diese Vorgaben nicht einfach zu einer entsprechenden Mengenausweitung führen.

Das grösste Problem stellt aber nach wie vor der rasante Ausbau des Leistungskataloges in der sozialen Grundversicherung dar. Ich glaube, dass hier entsprechende Vorsicht nicht nur geboten, sondern dringend notwendig ist, will man das neue Gesetz nicht in Verruf bringen. Ich appelliere an den Bundesrat, beim Ausbau dieses Leistungskataloges vorsichtig vorzugehen, die Sache nicht zu überladen; denn mit dem Ausbau des Leistungskataloges und mit den daraus entstehenden Folgen steht und fällt der Ruf des neuen KVG. Es wäre ausserordentlich bedauerlich, wenn das KVG aufgrund eines zu raschen Ausbaus des Leistungsangebotes endgültig den Ruf bekäme, es sei ein Gesetz, mit dem die Probleme

im Gesundheitswesen nicht in den Griff zu bekommen seien. Das wäre bedauerlich. Ich stehe nach wie vor hinter diesem Gesetz, bitte aber den Bundesrat, diese Problematik ernsthaft zu beachten und hier sorgfältig vorzugehen.

Ich gestatte mir noch einige Bemerkungen zu einem letzten Punkt, der in der Kommission zu Diskussionen Anlass gegeben hat, der aber auch in der Öffentlichkeit immer wieder zu Diskussionen Anlass gibt, nicht zuletzt deshalb, weil namentlich von Frau Bundesrätin Dreifuss immer wieder kritische Bemerkungen gegenüber der Funktionsweise dieses Systems angebracht werden. Ich spreche von der Prämienverbilligung. Immer wieder hören wir Vorhalte an die Kantone, vor allem an solche, die nicht den vollen Beitrag ausschöpfen, dass das System der Prämienverbilligung ungenügend sei.

Wir haben im Rahmen der Diskussionen über das neue KVG und nicht zuletzt auch im Rahmen der Kampagne vor der Referendumsabstimmung erklärt, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung in den Genuss von Prämienvergünstigungen kommen sollte. Es liegt nun eine Untersuchung des Bundesamtes für Sozialversicherung über die Ergebnisse der Prämienverbilligung in den einzelnen Kantonen vor. Weil die Systeme stark unterschiedlich sind, hat man in den einzelnen Kantonen drei Modellfälle durchgespielt und aufgrund deren Ergebnisse die Effizienz der Prämienverbilligungen in den einzelnen Kantonen herausgearbeitet.

Diese Ergebnisse sind sehr instruktiv, aber – das möchte ich hier ausdrücklich beifügen – teilweise überholt. Dies aus zwei Gründen:

1. Seit der Erhebung haben verschiedene Kantone ihre Beiträge angehoben und schöpfen mehr Bundesbeiträge aus, als das damals der Fall war; die Erhebungen über die Prämienverbilligungen basieren auf Angaben aus dem Jahre 1996 und den damaligen Verhältnissen. Diese haben sich aber inzwischen geändert, durch höhere Ausschöpfung der Bundesbeiträge und damit auch durch mehr eingesetzte Mittel der Kantone.

2. In verschiedenen Kantonen hat man inzwischen gemerkt, dass da und dort Lücken vorhanden sind, und hat diese Lükken geschlossen. Deshalb trügt das Bild, das in dieser Untersuchung präsentiert worden ist. Man müsste eigentlich eine neue Untersuchung durchführen, basierend auf den für 1998 gültigen Daten.

Trotz aller immer wieder geäusserten Kritik bin ich der Auffassung, dass das heutige Prämienverbilligungssystem besser ist als sein angeschlagener Ruf, und ich zweifle daran, ob ein einheitliches Prämienverbilligungssystem über die ganze Schweiz wesentlich besser wäre als das, was wir in vielen Kantonen heute haben. Wenn schon eine Vereinheitlichung in Betracht gezogen würde, müssten wir uns vorerst einmal fragen – wie wir das an anderen Orten auch getan haben –, ob es eine materielle Vereinheitlichung sein muss oder ob nicht auch eine formelle Vereinheitlichung genügt. Es ist ein Trugschluss zu glauben, mit einem vollständig, namentlich auch materiell vereinheitlichten Verbilligungssystem würden wir alle sich stellenden Probleme lösen.

Ich bin für Eintreten und Zustimmung zum Entwurf. Die grossen Debatten und Differenzen werden sich wahrscheinlich erst im zweiten Teil der KVG-Revision zeigen.

Gentil Pierre-Alain (S, JU): Après beaucoup d'autres intervenants, j'aimerais vous inviter à voter l'entrée en matière sur l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurancemaladie et sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en assortissant toutefois cette proposition d'entrée en matière de deux réserves.

La première de ces réserves, suite à l'opinion exprimée par M. Delalay, consiste à demander de manière expresse à Mme la présidente de la Confédération de bien vouloir préciser devant notre plénum, comme elle l'a fait devant la commission, que si la révision partielle dont nous parlons aujourd'hui était engagée rapidement et sur un certain nombre de problèmes limités, la réflexion allait cependant pour-suivre son cours et que des étapes ultérieures nous permettraient d'aborder les problèmes de fond qui n'ont pas pu ou que nous n'avons pas souhaité aborder aujourd'hui. Il serait

important que nous ayons des assurances quant au fait que ces réflexions fondamentales vont avoir lieu dans un espace de temps qui ne soit pas trop lointain.

La deuxième réserve constitue une réponse aux remarques formulées tout à l'heure par Mme Saudan. Mme Saudan a fait remarquer, avec raison, qu'un certain nombre de cantons, même la majorité d'entre eux, avaient émis, lors de la procédure de consultation, des réserves ou avaient exprimé leur opposition à des expériences de budget global. Il faut toutefois souligner que votre commission, dans la proposition de sa minorité qui vous sera présentée tout à l'heure, n'a pas pris le chemin d'imposer aux cantons qui n'en voulaient pas des budgets globaux (art. 51a). La proposition de minorité, au contraire, permettrait aux cantons qui le veulent et qui sont parvenus à une entente avec les partenaires de la santé de leur région d'introduire des budgets globaux. Il me semble que si, pour des raisons de rapidité qui ont déjà été amplement évoquées, nous devons passer rapidement sur certains problèmes, il serait dommage que nous renoncions à la possibilité de laisser un certain nombre d'acteurs de la politique de la santé réaliser des expériences qui pourraient nous permettre de juger avec plus de pertinence de modifications (ou de non-modifications) ultérieures. Il me semble donc que dans ce domaine, même si nous sommes pressés et que nous avons décidé de procéder de manière limitée mais rapide, nous ne devrions pas fermer des portes et, en l'occurrence, permettre aux cantons qui le souhaitent de pratiquer une politique de budget global, dont des enseignements pourraient être tirés pour la suite des opérations.

C'est dans ce sens que je vous invite à entrer en matière, après avoir obtenu de la part de Mme la présidente de la Confédération des garanties quant à l'examen d'une problématique plus globale rapidement et en ne renonçant pas à autoriser certaines expériences qui pourraient être instructives pour la suite de nos réflexions.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je remercie votre commission, son président et ceux qui sont intervenus dans le débat pour l'excellente analyse qu'ils ont faite, les commentaires qu'ils ont apportés à notre projet et pour le soutien à notre démarche.

M. Schiesser disait que certains pourraient nous reprocher que la montagne a accouché d'une souris. D'habitude, quand on me fait ce genre de remarque, je dis que je trouve miraculeux qu'une montagne, qui est quelque chose d'inanimé, accouche d'une souris, qui est une perfection de la vie. Je ne suis pas aussi ambitieuse. Ce reproche est aussi fondé que si l'on reprochait au garagiste, lorsqu'on lui amène la voiture après la période de rodage pour une révision, de ne pas la démonter totalement et d'essayer d'en faire un autre modèle. La révision partielle que nous présentons est un ajustement sur la base des expériences accumulées durant trois ans et des besoins qui se sont révélés. En toute modestie, nous savons que certains des problèmes qui se sont révélés sont trop massifs pour que nous puissions les aborder en un temps limité, et qu'il nous faut pour cela un peu plus de temps. C'est donc bien une opération qui consiste à voir où il faut serrer les boulons, où il faut éviter qu'il y ait des pertes d'énergie, ou, pour reprendre une autre image, où il faut éviter des incitations négatives, les effets pervers de la loi, où il faut renforcer les mécanismes de la loi, mais certainement ne pas en changer.

J'ai été très heureuse de vous entendre, en particulier Mme Simmen et M. Schiesser. Je me suis trouvée rajeunie d'ailleurs; j'ai eu l'impression que nous en étions encore au débat passionnant sur la LAMai elle-même, lorsque, par-dessus tous les clivages entre partis, nous nous étions trouvés, c'est-à-dire sur le projet préparé par mon prédécesseur, M. Cotti. J'ai pu assister à l'époque à la fin du dialogue entre Gouvernement et Parlement.

Je n'ai pas besoin de vous décrire le présent projet, M. Cottier l'a fort bien fait. J'insiste sur le fait que nous voulons consolider un certain nombre d'éléments de la solidarité, maître mot de la LAMal, en particulier améliorant le système de la réduction des primes.

S

Sur ce plan-là, j'aimerais dire que l'étude que nous avons faite, et qui est déjà la deuxième, sur le système de réduction des primes, sera suivie d'une troisième, d'une quatrième, tant il est vrai que cette loi doit devenir un modèle de suivi et d'évaluation de l'application d'une loi, de façon à pouvoir corriger sans fièvre et dans la sérénité là où l'évidence de la nécessité d'une correction apparaît.

Si nous suivons et essayons de trouver les instruments pour nous dire ce qu'il en est du système de réduction des primes dans les cantons, je prends immédiatement acte de votre remarque. La recherche porte sur l'année 1996. Les cantons ont en partie modifié soit leur législation, soit leur pratique, et nous allons voir de façon permanente si l'objectif est atteint. L'objectif doit rester celui-ci: au fond, les primes de l'assurance-maladie ne devraient pas dépasser, chaque canton choisissant lui-même et son système et l'objectif qu'il se fixe, un seuil du revenu disponible. Selon les cantons, ce seuil se situera entre 6, 8 ou 10 pour cent du revenu disponible, mais pas dayantage.

Je puis vous assurer que nos critiques se concentrent de plus en plus sur les éléments faibles des mécanismes mis en place, mais que nous les concevons aussi comme un dialoque entre ceux que la loi charge de contrôler si le but social est acquis – nous avons cet élément dans la loi – et les cantons, compétents et responsables, dans la façon dont ils s'efforcent d'atteindre le but fixé.

Je me réjouis avec vous, Monsieur Schiesser, de voir que nous nous approchons de ce but. Je comprends que cela se fasse par tâtonnements. Certains cantons n'avaient aucun système lorsque la loi est entrée en vigueur; il faut leur laisser le temps de le mettre en place. Cela a toujours été le message que j'ai fait passer en même temps que j'analysais le résultat de l'étude susmentionnée. Il ne m'est jamais arrivé de critiquer globalement les cantons qui ne viennent pas chercher auprès de la Confédération l'intégralité des moyens qu'ils auraient à disposition. Je ne les ai critiqués que dans les cas où il me semblait que par là, le but social n'était pas atteint. Certains cantons nous paraissaient sur ce plan-là devoir être confrontés aux résultats de l'étude.

Renforcer la solidarité par des corrections ponctuelles du système d'assurance, par exemple par l'interdiction de réassurance de la participation aux coûts — c'est un terme barbare: c'est aussi une des leçons que nous avons tirées de la chasse effrénée qui se poursuit, même pour l'assurance de base, aux bons risques. Nous devons en tout cas veiller à ce que l'institution de l'assurance complémentaire ne soit pas utilisée pour assurer une sélection dans l'assurance de base. C'est ce principe que nous avons introduit.

Nous voulons consolider les instruments de maîtrise des coûts, par exemple en introduisant de nouveaux instruments - nous pensons tous au droit de substitution du pharmacien qui devrait permettre une utilisation plus importante des génériques. Sur ce plan-là, la remarque qui a été faite par Mme Simmen est tout à fait justifiée. Il nous faut reconnaître aussi le pharmacien comme un prestataire de services, de facon à pouvoir sortir de la réglementation actuelle des marges, d'une façon qui ne soit pas une incitation à vendre les médicaments les plus chers. Nous ouvrons la porte à cette solution. Nous attendons, dans ce domaine, comme dans tous les autres, que les partenaires à la négociation puissent faire avancer une solution qui reconnaisse au pharmacien le rôle important qu'il peut jouer dans la santé publique, dans la «compliance», c'est-à-dire l'effective utilisation des médicaments qui sont prescrits et dans la substitution par des génériques.

Et puis, surtout, nous voulons améliorer la transparence du système, et nous y arrivons, par exemple, par un élément qui n'a pas été évoqué, mais qui est pour nous très important, celui de l'unification des régions de primes. Vous savez que dans les cantons, on peut définir jusqu'à trois régions de primes, et actuellement les caisses les définissent – permettezmoi l'expression – au petit bonheur la chance et parfois aussi pour bien se positionner dans certaines régions. Nous sommes persuadés que c'est à la Confédération de définir des régions de primes uniformes. Cela à la fois pour permettre la

comparaison des offres des assureurs dans des régions homogènes, mais surtout pour que l'on ne favorise pas, par exemple, dans certains cas des communes suburbaines dont les habitants utilisent les installations urbaines, et qui recevraient le double cadeau d'un allègement fiscal et de primes plus basses. Il s'agit de donner un coup de main – c'est un élément de solidarité – aux agglomérations qui ont dans ce domaine des charges plus lourdes.

Voilà les points et les axes principaux de cette révision partielle. Nous avons renoncé, M. Schiesser l'a fort bien expliqué, à réviser un certain nombre d'autres points, soit de la part du Conseil fédéral, soit de la part de la commission. Nous avons renoncé à traiter la question du financement des hôpitaux dans la présente révision. Je donne très volontiers l'information, qui est également un engagement, Monsieur Gentil, demandée quant à la suite qui sera donnée en matière de financement des hôpitaux. Nous avons ouvert une procédure de consultation. Nous avons l'intention de publier en août prochain le message qui vous sera adressé, ce qui permettra à la discussion de s'engager dès la nouvelle législature, c'est-à-dire aux sessions d'hiver 1999 et de printemps 2000. Nous pensons ainsi pouvoir faire entrer en vigueur cette seconde révision partielle de la loi au 1er janvier 2001. Lorsque je dis faire entrer en vigueur la révision de la loi, cela permet, Monsieur Delalay, de faire le lien avec la convention passée entre les cantons et le Concordat des assureurs-maladie suisses que vous avez évoquée tout à l'heure, sans qu'il y ait de solution de continuité. Cela ne signifie pas, je tiens à le dire parce que le projet que nous avons soumis à la consultation pourrait éveiller des craintes, qu'à partir du 1er ianvier 2001, les dispositions que nous prévoyons d'introduire, si elles devaient recevoir votre aval, seraient immédiatement appliquées. Cela porte en effet sur des centaines de millions de francs, ces dispositions doivent par conséquent être introduites progressivement. Personne ne veut, par une décision brutale, déséquilibrer les budgets des cantons; nous voulons leur donner le temps de se préparer à supporter la charge que nous pensons judicieux de leur transférer, et ne voulons pas faire subir aux assurés des augmentations de primes qui seraient dues à un changement de système tel que celui que nous prévoyons d'introduire. C'est donc bien pour nous permettre de faire cette révision que nous sommes intervenus très activement pour que les cantons et le Concordat des assureurs-maladie suisses concluent cet accord. En fait, c'était un «cessez-le-feu juridique», si vous voulez: les cantons, les caisses renoncent à demander au juge de trancher la question et font confiance au législateur - vous font confiance pour trouver une solution qui soit judicieuse dans le domaine du financement des hôpitaux.

Je ne vais pas vous en dire davantage – cela fera l'objet de notre prochain message –, sinon que notre souci, dans cette révision que nous vous soumettrons dans le courant de l'été, sera là aussi d'éviter les effets pervers et les incitations malsaines.

Nous ne voulons pas que des malades soient exclus de soins hospitaliers parce que pour le canton, par exemple, il est plus avantageux de les traiter en ambulatoire plutôt qu'en hospitalier. Nous voulons par contre encourager le mouvement vers l'ambulatoire et les soins à domicile, mais nous devons veiller à ce que, dans ce cas, il y ait une réelle décharge de l'hôpital, et non pas des augmentations de coûts des deux côtés. Nous voulons également éviter que les cantons puissent être tentés de considérer que sur la liste hospitalière peut figurer n'importe quelle clinique, et en particulier, si une clinique privée tient à y être, c'est égal, c'est l'assurance de base qui paiera en partie ces frais, mais le canton lui-même n'aura aucune obligation.

Nous aurons peut-étre aujourd'hui encore l'occasion d'en reparler à propos du postulat 99.3007 de votre commission. Nous devons de toute façon éviter de telles incitations. Nous sommes placés face à deux modèles. Celui que nous vous présenterons nous paraît plus raisonnable, pour les assurés et pour les contribuables, que le modèle radical – non pas en termes de parti – qui consisterait à supprimer toutes les subventions publiques au système hospitalier.



Vous voyez que notre calendrier est bien tenu puisque la procédure de consultation a été ouverte, et qu'il n'est pas illusoire de viser le mois d'août pour le message.

Nous avons également renoncé à la modification de la procédure de recours. Le Conseil fédéral l'avait encore mise dans son projet de révision. Les premiers échanges dans votre commission ainsi que les premières réactions du Tribunal fédéral des assurances nous ont montré que nous ferions mieux de réexaminer soigneusement cette question. Nous avons renoncé à inclure cette modification dans le présent projet, il est donc normal qu'elle n'y figure pas.

Nous regrettons par contre, et c'est la raison pour laquelle mon coeur battra pour la proposition de minorité à l'article 51a, que l'on renonce au budget global pour les prestations ambulatoires et semi-hospitalières. Je réponds, schématiquement en tout cas, à Mme Saudan qui posait la question de la fiabilité des résultats des procédures de consultation. On voit que la position des cantons à titre individuel, telle que nous l'avons reprise dans le rapport relatif à la procédure de consultation, est généralement négative, alors que celle de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires est généralement positive. Ce n'est pas tout à fait la même question. Les cantons ont assimilé notre projet et leur participation à la procédure de consultation à la question: voulezvous des budgets globaux dans le secteur ambulatoire et semi-hospitalier? En d'autres termes, est-ce que c'est un instrument que vous avez l'intention d'utiliser bientôt? La question à laquelle la conférence précitée a répondu est: est-il judicieux que les cantons qui le désirent puissent disposer de cet instrument, même s'ils sont minoritaires? Cette réponse est positive. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'introduire l'article 51a que la minorité soutient.

Madame Saudan, un élément est venu modifier l'attitude des cantons: ce n'est pas seulement la différence entre réponse individuelle et collective, c'est la prise de conscience que l'introduction du GRAT - tarif médical à la prestation fondé sur une structure tarifaire convenue pour l'ensemble du pays supposait une réflexion du type budget global puisque nous sommes d'accord que l'objectif de l'introduction du GRAT doit être de réorganiser le système de rémunération des médecins et de garantir la neutralité des coûts. Qu'est-ce que ça veut dire? Qu'il va être de toute façon extrêmement difficile, au moment même de l'introduction du GRAT, en passant d'un système totalement différent à un système unifié, d'arriver à réaliser une neutralité des coûts de l'introduction du nouveau système. Il ne suffit pas d'avoir approximativement réussi cette première échéance, il s'agit ensuite de garder le cap, de maintenir la possibilité d'un contrôle des quantités prescrites ou des quantités de prestations.

C'est devant cette échéance, en principe au 1er janvier de l'an 2000, que les cantons se sont dit qu'en cas de besoin, étant donné qu'ils allaient de toute façon devoir entrer dans une négociation avec les médecins pour fixer la valeur du point, il serait utile qu'ils puissent avoir la possibilité de négocier avec eux de l'instrument du budget global des soins ambulatoires. C'est cette question de calendrier qui a amené les cantons à changer d'avis, non pas tous forcément pour euxnêmes, mais par rapport à la responsabilité qui sera la leur à l'introduction du GRAT.

J'aimerais bien préciser que notre responsabilité, au niveau de la Confédération, est de veiller à ce qu'il y ait une structure uniforme des tarifs à la prestation pour l'ensemble de la Suisse. C'est la position de chaque prestation les unes par rapport aux autres. Mais la valeur du point, en francs, de chacune des prestations devra être négociée et fixée dans les cantons. Les cantons ont maintenant le sentiment que ceux qui se sentent assez forts et assez motivés pour faire cette expérience, comme le disait M. Gentil, utile pour tous, doivent avoir cet instrument entre les mains. Je regrette que la majorité de la commission ne nous ait pas suivis. Peut-être nous sommes-nous mal exprimés, peut-être la chose n'est-elle pas mûre; nous verrons dans la deuxième Chambre ce qu'il en est.

La possibilité de renoncer à la franchise pour certaines prestations de nature préventive n'a pas convaincu la commission. Il est inutile que je donne ici les raisons et les garanties, que je croyais avoir données à la commission, qu'il n'y aura pas là l'ouverture d'une boîte de Pandore. Mais la crainte, et peut-être même un peu la méfiance envers le Conseil fédéral et le département – il y a de très saines méfiances, je ne m'en plains pas – portent sur une remarque faite par M. Schiesser sur le catalogue des prestations. Je tiens à dire à M. Schiesser, ainsi qu'à tous les membres de votre haute assemblée, que votre appel à la prudence adressé au Conseil fédéral, qui fixe l'admission des fournisseurs de prestations, à mon département – à moi-même donc –, qui fixe les prestations elles-mêmes, à l'Office fédéral des assurances sociales, qui fixe la liste des médicaments, est entendu et qu'il tombe en terrain tout à fait fertile.

La crainte que vous avez exprimée ici est due à la nécessité, lorsque la loi a été introduite, de voir quelles sont les prestations indispensables à une médecine de haut niveau accessible à tout le monde. Des points dont j'assume la responsabilité ont d'ailleurs été très discutés parce que durant la campagne précédant la votation populaire des promesses ont été faites. Je pense aux cinq médecines complémentaires que j'ai introduites en les soumettant à une analyse scientifique et en me réjouissant de la fin, en tout cas partielle, de la guerre de religion qui oppose la médecine académique à la médecine d'expérience. Le gros des augmentations de coûts a été dû à des changements de la loi, et non pas à des décisions du Conseil fédéral, du département compétent ou de l'OFAS. Le gros de l'augmentation des prestations, c'est l'hospitalisation illimitée, le Spitex et les mesures préventives. C'est une décision que nous avons prise ensemble. Mais vous avez raison! Je vous explique pourquoi au début il y a eu un effet de rattrapage. D'année en année, vous voyez que ce ne sont plus que de petites modifications qui interviennent dans le catalogue des prestations. Vous verrez aussi, Monsieur Schiesser, que depuis deux ans nous estimons chaque fois les coûts des nouvelles prestations. J'espère bien arriver non pas au point zéro - vous savez que je me défends contre un moratoire dans ce domaine -, mais au point où seules des prestations qui contribuent massivement à une amélioration du niveau de santé, et ce ne sont pas celles qui nous coûtent le plus cher, nous permettront de compléter l'offre aux assurés de base.

Voilà pour les éléments auxquels nous avons renoncé. Je passe encore rapidement en revue les points que j'ai notés pendant la discussion. Monsieur Cottier, vous avez dit que nous avions renoncé à passer au système du tiers payant, vous avez tout à fait raison. Nous avons refusé d'imposer par la loi le système du tiers payant dans les discussions qui ont eu lieu en commission — nous n'avions d'ailleurs pas présenté cette proposition —, mais nous ne l'excluons pas. La compétence et la volonté de convenir le système du tiers payant — voire de l'étendre — restent de la décision partenaires tarifaires. Personnellement, je pense que le tiers payant, par exemple dans le domaine des pharmacies, est un excellent système, dans le domaine des pharmacies, est un excellent système, dans le domaine hospitalier également. Dans le domaine des traitements ambulatoires, il est sans doute bon que ce soit le patient qui reçoive la facture afin qu'il puisse la contrôler et la payer, il se sent ainsi peut-être plus responsable. Laissons cela à la liberté des partenaires.

Madame Saudan, j'espère avoir répondu, bien que de façon très schématique, à votre remarque. Je peux vous assurer que s'il y a un souci qui m'accompagne en permanence, c'est celui de voir quelles sont les difficultés d'application que peuvent avoir les cantons et quel est leur avis. Parfois, il faut aussi trancher, même contre eux, mais pas sans les avoir écoutés et sans avoir tenté de résoudre tous les problèmes, en particulier pratiques, qu'ils font valoir.

Mme Simmen a fort bien présenté le projet. Je tiens à l'en remercier.

En ce qui concerne les remarques de M. Schiesser, j'ai répondu à la plupart d'entre elles. J'aimerais demander, lorsqu'il explique – je lui suis reconnaissante de l'avoir dit – que nous tirons un certain nombre de leçons du cas Visana: où serions-nous aujourd'hui si l'affaire Visana s'était passée sous l'ancien droit? Il a tout à fait raison. Je tiens à dire ici –

c'est sorti, je crois, dans la presse ces tout derniers jours — que le transfert des assurés de Visana, en particulier dans les huit cantons où ils se sont sentis abandonnés, sans possibilité de rester là où ils étaient et souvent d'ailleurs aussi blessés dans leur dignité par les remarques qui avaient été faites: «Trop chers, trop mauvais risques, etc.», s'est déroulé avec un minimum de difficultés. Toutes nos prévisions quant au nombre de personnes à attribuer à une nouvelle caisse ont été démenties en bien. Je ne me rappelle plus du chiffre exact, mais c'est vraiment un chiffre de l'ordre du cinquième ou du sixième du nombre de personnes que nous pensions devoir replacer. Tous les assurés ont actuellement trouvé une nouvelle compagnie pour leur assurance de base.

Je vous remercie donc de votre soutien, d'entrer en matière à la fois sur l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

En ce qui concerne les subsides, je vous fais remarquer que nous avons gardé le principe de l'enveloppe globale. Cette dernière ne sera pas intégralement utilisée puisque les cantons ont la possibilité de demander moins que ce que nous mettons à disposition.

La clé de répartition restera la même durant les deux premières années. Elle sera modifiée ensuite dans la mesure où le critère de la prime moyenne cantonale ne jouera plus de rôle en fonction des décisions prises ici. Le taux de croissance est de 1,5 pour cent par année; il est bas. Il a été fixé en tenant compte à la fois de ce qui serait nécessaire - qui est supérieur à 1,5 pour cent - et de l'état des finances de la Confédération qui demanderait à ce que l'on tende vers zéro. Il faut cependant que vous vous rendiez compte que cette enveloppe globale doit croître à un certain rythme parce que, sinon, c'est le droit de chaque canton à sa prestation individuelle qui ne serait pas adapté à l'augmentation des coûts. Même si d'année en année nous les maîtrisons mieux, nous ne pouvons pas partir de l'idée d'une croissance zéro à partir de l'an 2000. En revanche, nous pouvons partir de l'idée d'une croissance tout à fait raisonnable qui ne subira plus les contrecoups, et des arrêtés fédéraux urgents, et de l'augmentation du nombre de prestations prévues dans le catalogue, selon la nouvelle loi.

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

A. Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

A. Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie

Detailberatung - Examen de détail

Titel und Ingress

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen - Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission Beiträge des Bundes höchstens:

Art. 1

Proposition de la commission s'élèvent au maximum à:

Angenommen – Adopté

Ausgabenbremse - Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote Für Annahme der Ausgabe

40 Stimmen (Einstimmigkeit)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht La maiorité qualifiée est acquise

Art 2

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

Angenommen - Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble Für Annahme des Entwurfes

39 Stimmen (Einstimmigkeit)

B. Bundesgesetz über die Krankenversicherung B. Loi fédérale sur l'assurance-maiadie

D. Lor reactale our racturation mala

Detailberatung - Examen de détail

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

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

Angenommen - Adopté

Art. 3 Abs. 4

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 3 al. 4

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: Sont concernés par l'assurance-militaire évidemment ceux qui font du service militaire, mais également les recrues; en plus ceux qui effectuent leur service civil, les membres du Corps suisse d'aide en cas de catastrophe et les autres personnes telles que celles engagées dans une action de bons offices de la Confédération. Ceci pour la précision.

Angenommen - Adopté

Art. 7

Antrag der Kommission

Abs. 2

.... genehmigten Prämien jedem Versicherten mindestens Abs. 6, 7

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 7

Proposition de la commission

Al. 2

 \dots Les assureurs doivent annoncer à chaque assuré les nouvelles primes \dots

Al. 6, 7

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: La nouveauté réside dans le fait que l'assurance de base et l'assurance complémentaire sont séparées (al. 7). L'assuré peut résilier l'une et maintenir l'autre. C'est par cette nouveauté qu'on cherche à combattre les abus que nous avons observés.

Angenommen - Adopté

Art. 18 Abs. 5

Antrag der Kommission Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 18 al. 5

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 21 Abs. 4, 5, 5bis

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 21 al. 4, 5, 5bis

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Ces dispositions sont une conséquence directe de l'affaire Visana. La surveillance devient plus directe, spontanée et non annoncée. Le nombre de personnes qui exerceront la surveillance sera aussi augmenté. Nous pourrons compter à l'avenir sur 18 personnes.

Angenommen - Adopté

Art. 25 Abs. 2

Antrag der Kommission

h. die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von gemäss Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.

Art. 25 al. 2

Proposition de la commission

h. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la lettre b.

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: Cette disposition est en rapport avec le droit de substitution des pharmaciens. La commission a repris une proposition de l'office fédéral compétent, que nous avons acceptée à l'unanimité.

Angenommen - Adopté

Art. 29 Abs. 2

Antrag der Kommission Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 29 al. 2

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: Nous devons faire là une observation. En effet, il y a eu certaines préoccupations, voire des inquiétudes. Le nouveau-né bénéficie maintenant de l'assurance de la mère. Et qui paiera la facture d'hospitalisation et les frais de l'enfant sain? Ce sera donc l'assurance de la mère.

Angenommen – Adopté

Art. 35 Abs. 2; 36a; 38 Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 35 al. 2; 36a; 38

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen - Adopté

Art. 39 Abs. 4

Antrag der Kommission Streichen

Art. 39 al. 4

Proposition de la commission Biffer

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: Si la commission propose de biffer cette nouvelle disposition concernant les recours, c'est qu'il y a eu trop de divergences. Les avis exprimés ont été très divers. Le Tribunal fédéral des assurances déconseillait la solution retenue par le Conseil fédéral. Fallait-il instituer une commission de recours? Le Conseil fédéral va réexaminer les moyens de recours. Le Conseil fédéral a été obligé, malgré tout, de présenter une solution en raison des éventuels recours dont pourrait être saisie la Commission européenne des droits de l'homme.

La commission vous propose de biffer cette disposition.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: J'aimerais préciser que nous aurons sans doute à modifier ces voies de recours. Le Conseil fédéral est face à une tâche extrêmement technique et précise qui l'a énormément occupé au cours des trois dernières années. Cela dépasse, je crois, un tout petit peu ce que l'on peut attendre d'un gouvernement, que de répondre vraiment à ces questions. Et puis, comme l'a dit M. le président de la commission, il s'agit de décisions lourdes de conséquences pour des agents économiques comme des cliniques privées, etc., qui pourraient considérer que leur cas devrait être traité devant une juridiction indépendante et qu'il faudrait permettre cette voie de recours en dehors de celle qui lui est ouverte actuellement.

C'est la raison pour laquelle nous allons étudier la question. Je regrette que nous ayons proposé quelque chose que le Tribunal fédéral des assurances jugeait peu judicieux. Nous allons reprendre le problème et nous reviendrons avec une nouvelle solution dans la prochaine réforme.

Angenommen - Adopté

Art. 51a

Antrag der Kommission

Mehrheit

Streichen Minderheit

(Brunner Christiane, Gentil, Respini)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 51a

Proposition de la commission

Majorité Biffer

Minorité

(Brunner Christiane, Gentil, Respini)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: L'article 51a doit être vu en rapport avec l'article 54. Ces deux articles concernent le budget global, point sur lequel beaucoup de personnes se sont exprimées dans le débat d'entrée en matière.

Prenons d'abord les résultats de la procédure de consultation. Lors de la consultation, une majorité de cantons se sont opposés à l'introduction du budget global; trois des quatre partis gouvernementaux ont fait de même: ils estimaient qu'en l'état ce budget global ne pouvait pas être introduit; et seuls trois cantons ont finalement été en faveur du budget global

Pourquoi la commission, par 10 voix contre 3, vous proposet-elle de refuser son introduction? Le système d'un nouveau budget global, comme le projette le Conseil fédéral, c'est en somme un système qui prévoit la contrainte. En effet, le canton peut — cela figure dans les deux articles 51a et 54 — imposer ce budget global suite à une demande des assureurs. Nous avons entendu en séance de commission les représen-

tants des cantons, les médecins, les représentants du Concordat des assureurs-maladie suisses: les conditions ne sont pas encore réalisées. En effet, il faut des statistiques qui prévoient l'introduction du budget global, et bien des cantons ne les possèdent pas encore – certes, le canton du Valais est en possession de telles statistiques. Ensuite, pour qu'un budget global puisse réussir, il faut l'accord de l'ensemble des acteurs concernés. Or, le principe de l'introduction du budget global par le dialogue, par le consensus n'est pas inscrit dans ce projet de révision partielle de la loi. Lors de la consultation, le président de la FMH a déclaré – et là, la FMH a déjà fait un pas, un progrès par rapport à la consultation – que dans un certain laps de temps, son association pourrait accepter le budget global sur une base volontaire par le dialogue, et non pas sous la contrainte.

Il serait regrettable d'imposer maintenant le système du budget global par la contrainte, alors que certains acteurs déclarent qu'ils pourraient s'y rallier une fois qu'un consensus aura été trouvé. Enfin, on nous a aussi dit que certains pays – d'autres membres de la commission s'exprimeront à ce sujet –, comme le Canada ou l'Allemagne, n'avaient pas fait que des expériences positives avec le budget global.

La majorité de la commission estime que le moment n'est pas venu d'introduire le budget global, même si les cantons seraient libres de l'adopter ou non. La plupart des cantons ne disposent pas des statistiques nécessaires. Les acteurs principaux s'y opposant donc, la révision partielle de la loi ferait l'objet d'un référendum. Par la révision partielle de la loi, on veut surtout améliorer d'urgence certaines dispositions qui doivent entrer en vigueur au 1er janvier 2000.

La majorité de la commission vous propose de biffer les articles 51a et 54.

Brunner Christiane (S, GE): Nous savons que les coûts de l'assurance-maladie de base, et avec elle les coûts des primes, continuent d'augmenter, si je me réfère aux statistiques de l'OFAS, en tout cas pour les années 1996/97. Et si nous faisons une analyse des coûts selon les domaines, nous constatons que les frais hospitaliers par assuré ont diminué. alors que les coûts pour les soins ambulatoires ont aug-menté. Entre 1993 et 1997, le rapport s'est inversé: les coûts pour les soins ambulatoires ont passé de 38 à 46 pour cent des coûts globaux de l'assurance de base, alors que les coûts des frais hospitaliers ont passé de 43 à 35 pour cent. En d'autres termes, l'accroissement des coûts des soins ambulatoires est disproportionné et les causes ne sont pas à rechercher uniquement dans l'évolution des prix et des progrès de la technique médicale. On sait que les coûts de l'assurance de base dans le secteur ambulatoire sont directement proportionnels à la densité des prestataires de services - médecins, physiothérapeutes, laboratoires -, indépendamment du nombre des habitants, donc des patients et des patientes

Nous observons par exemple que Genève connaît la plus haute densité de médecins de Suisse, c'est-à-dire 600 pour 100 000 habitants, et aussi les frais les plus élevés de Suisse pour l'assurance de base, à savoir plus de 2600 francs par habitant et par an. A l'autre bout, si j'ose dire, nous avons les deux Appenzell avec une densité de médecins en dessous de la moyenne suisse et des coûts par habitant en dessous de 1500 francs par an. Ces différences ne s'expliquent pas seulement par les différents modes de vie des habitants des deux cantons. Elles sont par contre très clairement en relation avec les différences au niveau du volume de l'offre en matière de soins, plus précisément le nombre de médecins qui pratiquent et qui prescrivent des soins par d'autres prestataires. On peut aussi le formuler ainsi: pour une population stable, le volume des prestations croît proportionnellement à la densité des médecins.

Pour ce qui est des prix, nous avons appris qu'une tentative d'harmoniser les tarifs des médecins au niveau national est en voie de réalisation. Il s'agit plus précisément d'une structure de tarifs pour les prestations médicales – le GRAT dont Mme la présidente de la Confédération a parlé tout à l'heure – qui sera suivi de négociations dans chaque canton sur la va-

leur du point cantonal. Nous savons que la mise sur pied du GRAT a pris huit ans et nous espérons, naturellement, qu'il puisse être ratifié et appliqué dans les plus brefs délais.

Mais quels seront les effets du GRAT, en dehors d'une harmonisation des tarifs bienvenue entre les médecins et entre les régions? Etant donné qu'une partie des prestataires verront leurs gains diminués – on a parlé, je ne sais pas si c'est exact, d'un tiers des médecins –, ne seront-ils pas tout naturellement poussés à augmenter le volume de leurs prestations pour compenser leur manque à gagner? C'est une crainte tout à fait justifiée, partagée notamment par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Je pars de l'idée que les responsables cantonaux sont les experts en la matière et qu'ils sont les mieux à même de faire une analyse et des projections par rapport à l'évolution des coûts des soins ambulatoires si aucune mesure n'est prise pour les endiguer.

J'en reviens concrètement à notre proposition de minorité. La minorité vous propose de maintenir l'article 51a selon la version du Conseil fédéral, mais de biffer l'article 54. Cela signifie que nous vous proposons de donner la compétence aux cantons d'aller dans la direction du budget global pour les prestations ambulatoires, sans donner la compétence aux cantons d'introduire obligatoirement le budget global à la demande des assureurs. Ce n'est pas tout à fait visible sur le dépliant, puisque la minorité de l'article 51a entre dans la majorité - l'unanimité de la commission, en fait - à l'article 54. Si nous voulons maintenir l'article 51a selon le projet du Conseil fédéral, nous donnons cependant seulement une compétence aux cantons, compétence dont ils peuvent faire ce qu'ils veulent. Les cantons qui ne voient pas l'utilité d'introduire le budget global pour les prestations ambulatoires n'auront pas besoin d'y recourir. Les cantons pour lesquels cet instrument peut être utile auront la compétence de le faire. Il n'est pas exact de dire que c'est déjà le cas à l'heure actuelle, car en effet pour pouvoir agir, les cantons doivent, d'après la loi actuelle, se trouver d'abord dans une situation de conflit sur les tarifs et, ensuite seulement, ils peuvent discuter d'une solution, éventuellement de l'instauration du budget global.

Or, comme la majorité de la commission et le président de la commission l'ont dit, la discussion sur l'introduction du budget global en matière de prestations ambulatoires exige, pour pouvoir aboutir, la concertation entre tous les acteurs. La concertation ne peut pas se développer à partir d'un climat conflictuel. Pour avoir des chances de succès, elle doit se développer dans un climat de confiance, dans lequel tous les partenaires se mettent autour d'une table pour arriver à une réduction des coûts de la santé dans le canton en question. Il est donc très important de donner cette compétence aux cantons, sans qu'il y ait préalablement une situation conflictuelle entre les caisses et les prestataires de services.

Notre minorité est d'accord avec le fait que l'introduction du budget global ne peut se faire qu'avec l'accord et la concertation de tous les intéressés. Nous sommes le Conseil prioritaire, et si nous suivons le projet du Conseil fédéral, le Conseil national pourra encore améliorer cette disposition légale pour tenir compte, à la lettre, dans l'article 51a, de l'exigence de la concertation. Mais, au moins, nous aurons indiqué la direction qu'il convient de suivre.

Nous ne sommes pas tout à fait d'accord sur l'interprétation à donner aux déclarations qui ont été faites en commission par les représentants et représentantes des cantons. Dans la procédure de consultation, ces déclarations se rapportaient très clairement à l'article 51a accompagné de l'article 54, c'est-à-dire avec un élément de contrainte. En commission, ces déclarations ont été nettement atténuées dans le sens d'un compromis qui pourrait aboutir à adopter ou à améliorer encore l'article 51a, en biffant très clairement l'article 54.

Il existe en matière de coûts de la santé un Röstigraben évident, et j'invite mes collègues de Suisse alémanique à comprendre que, par le biais de l'introduction de l'article 51a, la loi ne leur impose rien, mais que nous permettons aux cantons de Suisse latine d'initier de nouvelles méthodes pour maîtriser les coûts de la santé. En ce sens-là, je vous invite à ne pas élargir encore le Röstigraben dans notre pays et à suivre la proposition de minorité.

Saudan Françoise (R, GE): Je n'ai pas encore fait ma religion sur le budget global. Je m'intéresse à cette problématique depuis des années. J'ai collecté des informations aussi bien au Canada, en France qu'en Allemagne, qui, à l'heure où je vous parle, m'amènent à penser qu'il ne s'agit pas d'une solution miracle, telle qu'elle vous est proposée. Mais mon propos n'est pas là. Je ne me battrai pas non plus sur les questions de statistiques, parce que si j'en crois le dernier courrier que vous avez dû recevoir comme moi du Concordat des assureurs-maladie suisses, celui-ci met clairement en évidence, comme ce fut le cas toutes ces années, que c'est l'augmentation des coûts hospitaliers qui est préoccupante. Si on introduit dans la médecine ambulatoire les coûts du Spitex et d'autres coûts, on arrive à modifier quelque peu les chiffres.

La question fondamentale que je me pose est la suivante: est-ce que, dans un système comme le nôtre, où l'essentiel des compétences sont cantonales, mais où il y a un enchevêtrement avec des compétences fédérales, l'on peut introduire, ou même donner la possibilité à un canton d'introduire un budget global, sans étudier attentivement les conséquences que cela peut avoir sur les autres cantons?

Je prendrai un exemple très simple: j'habite dans le canton où justement les coûts de la santé sont les plus élevés: je vais me faire soigner dans le canton de Vaud. Ce sont des cas concrets qu'ont vécus les assureurs-maladie. Résultat: le coût de ma consultation dans le canton de Vaud sera imputé, puisque mon assurance-maladie est à Genève, au système genevois, alors que la prestation aura été fournie dans le canton de Vaud. Je prends cet exemple pour mettre en évidence à quel point tout notre système est caractérisé par le principe des vases communicants.

Quand je reprends les prises de position des cantons – ce sont d'ailleurs celles des cantons de Berne et d'Argovie qui ont attiré mon attention là-dessus –, elles mettent très clairement en évidence que si on n'aborde qu'une partie du problème, on risque d'avoir ces effets de transfert entre le système ambulatoire et le système hospitalier ou l'inverse. C'est ce qui s'est passé en Allemagne; je n'invente rien.

On peut avoir le même phénomène entre différents cantons. Je n'ai pas encore pris ma décision dans ce domaine-là. A Genève, nous pensions introduire une carte de santé. Très bien, c'est une excellente idée. Mais ça n'empêchera pas les gens d'aller se faire soigner ailleurs et en définitive de continuer à obérer les coûts de la santé à Genève, tout en faisant bénéficier des prestataires de soins d'un autre canton.

Je me demande si là, le courage politique ne serait pas d'examiner le système dans son ensemble et de se dire à ce niveau-là, est-ce qu'il ne faut pas faire quelque chose au plan fédéral? Je n'ai pas encore fait ma religion sur ce point également.

De même, nous savons que la formation des médecins est dispensée dans cinq universités du pays. Les médecins peuvent s'établir dans toute la Suisse. Cet exemple montre à quel point on peut avoir un phénomène de vases communicants. En l'état, je m'oppose à cette disposition parce qu'elle résulte d'une vue beaucoup trop partielle des choses. Il nous faut vraiment creuser ce problème, étudier très attentivement, et c'est ce que j'ai demandé en commission, les expériences étrangères, réfléchir à la possibilité de fixer au plan fédéral, Madame la Présidente de la Confédération, un budget global. Nous en avions d'ailleurs parlé lors d'un célèbre «Forum» consacré aux coûts de la santé. Pourquoi pas? Mais en l'état, faire une espèce de «bricolage», comme ça, sans avoir étudié de manière approfondie les conséquences que cela peut avoir, me semble prématuré.

C'est pourquoi je vous invite à biffer l'article 51a.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Cela ne vous étonnera pas que le Conseil fédéral soutienne la proposition de minorité puisque la minorité de la commission est favorable au projet du Conseil fédéral, non pas intégralement —

comme l'a dit Mme Brunner –, mais uniquement à l'article 51a, c'est-à-dire que le canton devrait pouvoir fixer un budget global pour la rémunération des prestations ambulatoires et semi-hospitalières.

Je comprends tout à fait la critique envers l'article 54 qui fait du budget global une mesure d'urgence, mais cela peut être exigé dans une situation où les choses auraient en fait échappé au contrôle réclamé par les caisses-maladie. Sur ce plan-là, j'accepte tout à fait la décision de la commission de ne pas modifier l'article 54.

A l'article 51a, je crois que nous avons raison de donner la possibilité aux cantons de fixer un budget global, à cause de la question du calendrier d'introduction du GRAT que l'avais soulignée et que Mme Brunner a également expliquée très précisément. Là où Mme Saudan parle de «bricolage», nous avons la chance extraordinaire d'avoir 26 laboratoires. Dans l'un ou l'autre de ceux-ci, nous pouvons expérimenter un système qui serait d'ailleurs sous l'oeil et sous le contrôle du public, dans un petit espace, et non dans un espace comme la France, le Canada ou l'Allemagne; cela nous permettrait de voir comment on peut mettre en place un système par la concertation. La concertation a pour but qu'un corps professionnel contrôle ses moutons noirs. Et Dieu sait si les médecins nous disent sans arrêt qu'ils ont envie, qu'ils aimeraient bien contrôler leurs moutons noirs. Ils n'ont pas d'instruments ou peut-être quelques-uns qu'ils pourraient utiliser, mais ils ne le font pas. Le budget global, c'est effectivement l'instrument avec lequel tous les partenaires peuvent dire: «Nous ne voulons pas d'une explosion de la quantité des soins pour compenser un contrôle que nous ferions sur les prix des soins.» Dans ce sens-là, c'est encore une fois aux cantons de jouer. Madame Saudan, vous posez la question de l'examen d'un budget global fédéral. Nous ferons les comparaisons internationales que vous nous avez demandées. Le sujet est trop sérieux pour que nous négligions quelque piste possible d'analyse que ce soit. J'ai déjà eu l'occasion de me pencher sur la question en me demandant quelles mesures nous allions vous présenter. Pour moi, il est absolument clair que, dans le système suisse où la compétence en matière de politique de la santé, en matière de planification des hôpitaux, en matière d'autorisations d'exercer relève des cantons, le budget global doit dépendre de ceux-ci. Nous avons la chance d'avoir un certain nombre de cantons qui ont déjà développé des idées, qui ont déjà préparé le terrain. Il faudrait à mon avis leur donner la possibilité d'utiliser cet instrument. Ce que je retiens par ailleurs de toute facon et quel que soit le résultat du vote et du débat parlementaire, c'est que personne ne s'oppose au développement des instruments qui permettent la maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire et semi-hospitalier et qui permettent, tout en continuant à faire fonctionner une médecine libérale dans son essence, une régulation que le marché n'apporte pas. La médecine ambulatoire est bien sûr tout à fait libérale, par opposition à la médecine hospitalière qui contient des éléments de planification.

Pour l'économiste que je suis, le marché de la santé est le marché paradoxal par excellence. Plus il y a d'offre, plus les prix augmentent. Nous avons un système qui, également dans la partie libérale des soins ambulatoires, ne peut être régulé uniquement par le marché. Il doit être régulé par la concertation et par la volonté commune de tous les partenaires de maîtriser les coûts de la santé.

Le vote permettra de savoir quel est l'état de la réflexion ici, mais celle-ci doit de toute façon continuer. Je continuerai à défendre cette idée au nom du Conseil fédéral également devant le Conseil national.

Rochat Eric (L, VD): J'aimerais simplement ne pas laisser persister l'idée que le modèle de Langenthal établi en 1981 qui disait: «Lorsque vous avez un boulanger dans un village, il vend 100 kilos de pain; lorsque vous avez deux boulangers, chacun en vend 50. Lorsque vous avez un médecin dans un village, il voit 100 patients; lorsque vous avez deux médecins, ils en voient 200», reste valable. Cela a été probablement vrai pendant une certaine période. Des calculs et des démonstrations intéressantes ont été faits par le docteur Ru-

S

dolph Mayer de Lausanne. Depuis 1992, cette courbe n'est plus exacte et je crois qu'il est bon de le savoir. Si on doit se repencher sur un certain nombre d'a priori, celui-ci mériterait aussi une étude.

En ce qui concerne le problème du budget global, cet outil est mal dégrossi. Mme Saudan a évoqué les risques dans certains pays qui l'avaient appliqué. Ce sont des risques très concrets. Lorsqu'un médecin, qu'un autre prestataire de service comprend qu'à partir d'une certaine date il travaille «pour beurre» parce que les montants ont déjà été attribués, vous assistez - c'est triste à dire - à des fermetures de cabinets pendant les fins d'année qui ne sont pas au bénéfice de la population. Lorsque la FMH dit oui au budget global, elle ne dit pas oui: elle dit que dans un système normal, dans le système actuel où des conventions sont passées correctement avec tous les partenaires, nous sommes dans une situation de budget global puisque, et les caisses-maladie, et les médecins, et les pharmaciens, et les physiothérapeutes discutent des montants à disposition. La FMH ne dit pas autre chose. Elle n'est pas favorable à une telle solution. Elle dit qu'elle appelle de ses voeux un système conventionnel dont un certain nombre de cantons se sont malheureusement écartés.

Je terminerai en disant que le pire est probablement la formule potestative. Car si un canton a un budget global pour les prestations ambulatoires et que le canton d'à côté ne l'a pas, il n'est pas besoin de faire un très grand dessin pour imaginer les transferts qui vont se produire d'un canton à l'autre selon les périodes, selon les situations, selon les cotisations. Nous n'en sommes pas encore à avoir une interdiction de nous faire soigner dans un autre canton.

Non, je crois décidément que la proposition de minorité est mauvaise, et je vous recommande de soutenir la proposition de majorité.

Abstimmung – Vote Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit

29 Stimmen 10 Stimmen

Art. 52a

Antrag der Kommission

.... des Originalpräparates verlangen. Er oder sie informiert die verschreibende Medizinalperson über das abgegebene Präparat.

Art. 52a

Proposition de la commission

.... originale. Il informe la personne qui a prescrit la médication de la préparation qu'il a délivrée.

Angenommen - Adopté

Art. 53 Abs. 1; 54 Antrag der Kommission Unverändert

Art. 53 al. 1; 54

Proposition de la commission Inchangé

Angenommen - Adopté

Art. 61 Abs. 2, 3, 3bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 61 al. 2, 3, 3bis

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen - Adopté

Art. 62 Abs. 2bis
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 62 al. 2bis

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Avec cette disposition, on veut empêcher des produits tels que «Limit» de Visana. En somme, Visana n'était pas la seule assurance à mettre de tels produits sur le marché; d'autres assureurs sont en attente. Par ce produit «Limit», on réassure en somme les rabais accordés par la franchise par une assurance complémentaire, et cette pratique est contraire à l'esprit de solidarité.

Par les dispositions prévues à l'article 62 alinéa 2bis et à l'article 64 alinéa 8, nous éviterons, à l'avenir, de telles actions de désolidarisation.

Angenommen - Adopté

A -+ 6/

Antrag der Kommission Abs. 6 Bst. d Streichen Abs. 8 Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 64

Proposition de la commission Al. 6 let. d Biffer Al. 8

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Votre commission s'oppose à ce qu'une campagne de prévention soit exemptée de la participation aux coûts. Cette nouvelle disposition serait aussi contraire au but de la maîtrise des coûts. Le cumul de plusieurs actions préventives provoque une augmentation des coûts et des primes.

La commission vous propose de biffer la lettre d de l'alinéa 6.

Angenommen - Adopté

Art. 65

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. S

.... Anspruchsvoraussetzungen insbesondere auf Antrag der versicherten Person die aktuellsten

Abs. 4

.... regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung zu informieren.

Abs. 5

Die Versicherer sind verpflichtet, bei der Prämienverbilligung über Artikel 82 Absatz 3 hinaus mitzuwirken, sofern sie dafür vom Kanton angemessen entschädigt werden.

Abs. 6

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Loretan Willy

Abs. 3

Im Falle einer erheblichen und voraussichtlich länger dauernden Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse kann eine versicherte Person vom Kanton die Überprüfung ihrer Anspruchsberechtigung aufgrund ihrer aktuellen Einkommensund Familienverhältnisse sowie eine entsprechende Anpassung der Beitragsgewährung im Laufe des Jahres verlangen. Nach der Feststellung der Bezugsberechtigung

Antrag Wicki Abs. 5

.... sofern sie dafür vom Kanton angemessen entschädigt werden; zahlen die Kantone die Prämienverbilligungen direkt an die Versicherer, so haben diese für die Bemühungen im Zusammenhang mit diesem Inkasso keinen Entschädigungsanspruch.

Loi sur l'assurance-maladie E 15 mars 1999

Antrag Hess Hans

Abs. 5

.... hinaus mitzuwirken. (Rest des Absatzes streichen)

Art. 65

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

.... soient prises en considération, notamment à la demande de l'assuré. Après fixation

Al. 4

Les cantons informent régulièrement les assurés de leur droit à la réduction des primes.

AI. 5

Les assureurs sont tenus à une collaboration qui s'étend audelà de la disposition prévue à l'article 82 alinéa 3 pour autant que les cantons les indemnisent équitablement.

Àl. 6

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Loretan Willy

AL 3

En cas de modification importante et selon toute apparence durable de ses conditions économiques, l'assuré peut demander au canton qu'il réexamine les conditions d'octroi à la lumière des circonstances économiques et familiales nouvellement intervenues, et qu'il adapte en conséquence, et avant la fin de l'année en cours, les subsides alloués. Après fixation du cercle des bénéficiaires

Proposition Wicki

Al. 5

.... pour autant que les cantons les indemnisent équitablement; si les cantons payent les réductions des primes directement à l'assureur, celui-ci n'a pas droit à une indemnité pour cet encaissement.

Proposition Hess Hans

AI. Š

.... disposition prévue à l'article 82 alinéa 3. (Biffer le reste de l'alinéa)

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

Abs. 3 - Al. 3

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: L'article 65 alinéa 3 nous permet de tenir compte à l'avenir des circonstances économiques et familiales récentes. Par exemple, un étudiant qui bénéficie, en tant qu'étudiant, d'une subvention pour diminuer les primes de son assurance-maladie, ne pourra plus bénéficier d'une telle subvention aussitôt qu'il aura trouvé un emploi. De même, a contrario, l'employé qui devient chômeur et qui voit son revenu diminuer pourra, lui, être mis en cours d'année au bénéfice d'une subvention pour faire diminuer les primes de son assurance.

La proposition Loretan Willy a été discutée en commission. Je constate que M. Loretan est un excellent représentant de son canton, étant donné que c'est sa conseillère d'Etat, Mme Mörikofer, particulièrement compétente en matière de politique sanitaire, qui a formulé cette proposition. Mais cette proposition, Monsieur Loretan, vous a beaucoup plus séduit qu'elle ne l'a fait en commission. En effet, nous voyons certaines faiblesses dans cette proposition. Vous demandez, dans votre proposition, que l'assuré qui, en cours d'année, pourrait bénéficier d'une subvention pour diminuer ses primes d'assurance, soit obligé d'en faire la demande. Ce serait en présence d'une demande qu'il y aurait un changement de pratique.

Or, il y a deux faiblesses à votre proposition:

 La commission estime qu'une subvention ne doit pas être accordée en cours d'année seulement lorsqu'il y a demande, mais dès qu'une personne se trouve dans une situation difficile. Lorsque le canton le constate, sans que la personne en fasse la demande, la subvention devrait lui être accordée.

2. Je reprends l'exemple de l'étudiant qui trouve un emploi en cours d'année. D'après la proposition Loretan Willy, il n'y aurait pas de conséquences pour cet étudiant: il continuerait à bénéficier de sa subvention, tout en étant employé, tout en ayant un revenu. C'est une faiblesse de la proposition Loretan Willy, alors que selon la disposition adoptée par la commission, il s'agit là d'une situation nouvelle, récente, les conditions économiques ont changé pour cet étudiant. On doit donc pouvoir lui enlever la subvention, parce qu'il ne répond plus aux conditions d'octroi d'une subvention.

C'est la raison pour laquelle je vous propose, au nom de la commission qui en a fait de même à l'unanimité, de rejeter la proposition Loretan Willy.

Loretan Willy (R, AG): Ich könnte eigentlich meinen Antrag zurückziehen. Herr Cottier hat bereits versucht, ihn zu Kleinholz zu machen. Normalerweise dürfen die Antragsteller ihre Anträge begründen, bevor die Präsidentin oder der Präsident der Kommission umfassend dazu Stellung nimmt. Es ist vielleicht eine Ausnahmesituation, weil der Antrag offenbar der Kommission in Form eines Statements von Frau Regierungsrätin Mörikofer, Aargau, vorlag. Ich kann sagen, dass ich von Frau Mörikofer kontaktiert worden bin. Ich habe den Vorschlag für einen Antrag, den sie mir gemacht hat, genau angesehen. Die Begründung stammt nicht aus dem Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, sondern aus meiner Feder. Dies zur Einleitung.

Noch etwas: Ich weiss, dass es immer sehr heikel ist, als Nichtmitglied der SGK in dieser schwierigen Materie mit Anträgen anzutreten und zu versuchen, sie durchzubringen. Trotzdem sei der Versuch gewagt.

Für die Kantone ist die Revision von Artikel 65 über die Prämienverbilligung von grosser praktischer Bedeutung. Es scheint mir, dass die von der Kommission beantragte Fassung von Absatz 3 wenig vollzugstauglich ist. Denn so, wie die neue Bestimmung formuliert ist, kann jede Person, die Anrecht auf eine Prämienverbilligung hat oder zu haben glaubt, laufend und ohne die Voraussetzung der Erheblichkeit der Änderung der Verhältnisse eine Neubeurteilung der Verbilligungsberechtigung und des Umfangs der Verbilligung verlangen. Dies wird eine Betriebsamkeit auslösen, die durch die Formulierung, es seien die aktuellsten – warum eigentlich dieser Superlativ? - Einkommens- und Familienverhältnisse zu berücksichtigen, noch akzentuiert wird. Ich komme später noch auf diese Formulierung zurück. Wir stehen vor der Gefahr einer überdimensionierten Bürokratie zu Lasten der Kantone und Gemeinden

Der Fall des Studenten, der eine Erwerbstätigkeit aufnimmt und das natürlich «selbstredend» der Prämienverbilligungsinstanz nicht meldet – man unterstellt ihm also ein unkorrektes Verhalten –, kann meines Erachtens nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen im Verwaltungsverfahren erfasst werden. Denn die Verwaltungsbehörden sind verpflichtet, das Recht von Amtes wegen anzuwenden. Hier gilt die Dispositionsmaxime nicht. Ich hoffe, das können unsere Staats- und Verwaltungsrechtsprofessoren im Rat bestätigen.

Das Beispiel des Studenten spricht also nicht für die Beibehaltung des Antrages der Kommission und des Entwurfes des Bundesrates, sondern hat auch in meinem Antrag – «nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen zu behandeln» – absolut Platz

Mit meinem Antrag will ich also eine Vereinfachung des Vollzuges im Interesse der Kantone erreichen. Sie müssen wissen: An sich sahen die Kantone keinen Bedarf, Artikel 65 jetzt schon zu ändern. Aber wenn man dies schon tut, dann in vollzugstauglicher Art und Weise!

Nach wie vor ist im Normalfall auf der Steuerveranlagung zu basieren. Dies ist vertretbar, da die meisten Kantone im Jahr 2001 auf die Gegenwartsbesteuerung und die jährliche Veranlagung umstellen werden. Nur deutliche Veränderungen der Verhältnisse sollen im Einzelfall zur Überprüfung der Prämienverbilligung führen können. Das dürfte im Jahresdurchschnitt etwa 10 Prozent der Berechtigten betreffen.

Nur bei einer erheblichen und voraussichtlich länger dauernden Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse sollen gemäss meinem Antrag die Anspruchsberechtigung und der Anspruchsumfang überprüft werden. Bei der Umschreibung der vorausgesetzten Einkommens- und Familienverhältnisse genügt das Adjektiv «aktuell». Ich habe in der Botschaft keinen Grund für den Begriff «aktuellsten» gefunden. Wie gesagt: Mit der Formulierung «aktuellsten» gemäss Bundesrat und Kommission kommt eine ungesunde Hektik in die Anpassung bei der Prämienverbilligung.

Ein Beispiel, wie man es machen kann und soll: Der Kanton Aargau sieht durch eine Änderung seines Einführungsgesetzes vor, dass ein Anpassungsanspruch dann besteht, wenn das Erwerbseinkommen während mindestens 6 Monaten um mindestens 20 Prozent ändert – durch Ereignisse wie Trennung, Scheidung usw. – oder wenn sich die Zahl der Bezugsberechtigten ändert.

An sich ist die im zweiten Satz von Absatz 3 zu Lasten der Kantone normierte Bevorschussungspflicht für die Prämienverbilligung nicht akzeptabel. Für Kantone, in denen die Krankenkassen nicht bereit sind, bei der Prämienverbilligung mitzumachen, würde die neue Bestimmung unter Umständen sogar bedeuten, dass die Prämienverbilligung jedem Berechtigten vom Kanton monatlich vorschüssig ausbezahlt werden müsste.

Die an sich gute Idee, die Berechtigten von der Vorschusspflicht zu befreien, lässt sich aber nur verwirklichen, wenn, wie im Kanton Aargau, die Krankenkassen die Prämienverbilligung direkt von den Prämienrechnungen abziehen. Das hat die vorberatende Kommission erkannt – dafür möchte ich ihr ein Kompliment machen – und in Absatz 5 entsprechende Anpassungen eingefügt. Damit ist der zweite Satz von Absatz 3 entschärft.

Nun liegen uns heute Anträge der Kollegen Wicki und Hess Hans vor, die noch weiter gehen. Ich unterstütze sie selbstredend. Sie sind ebenso verdienstvoll wie der meinige. Entschuldigen Sie die Selbstbelobigung, sie ist mit etwas Selbstironie plaziert worden.

Dank der Mitwirkungspflicht der Kassen dürfte das System, die Prämienverbilligung direkt von der Prämie abzuziehen, vollzugsfähig werden. Das verhindert im übrigen auch Missbräuche bei der Verwendung der Prämienverbilligung durch die direkten Nutzniesser: Die Versicherten können eine direkt ausbezahlte Verbilligung auch anders verwenden, solange man es nicht merkt. Allerdings besteht noch das Problem, dass den Krankenkassen jeweils Ende Juni des Vorjahres mitgeteilt werden muss, bei wem wieviel Prämienverbilligung abzuziehen ist, damit die Zahlen rechtzeitig in die EDV-Systeme eingegeben werden können. Auch von daher ist die ständige Änderung der Datengrundlagen, die gemäss Kommissionsantrag möglich wäre, nicht machbar. Auch deshalb empfiehlt sich eine gemilderte, praxisbezogenere Formulierung des ersten Satzes von Artikel 65 Absatz 3, wie ich sie beantrage.

Ich ersuche Sie um Zustimmung zu meinem Antrag.

Präsident: Sie gestatten mir, Herr Kollege Loretan, dass ich in Erinnerung rufe, dass nach der langjährigen Praxis dieses Rates grundsätzlich zuerst der Kommissionssprecher das Wort erhält, um die Anträge der Kommission zu begründen, und erst danach eventuelle Antragsteller. Das Vorgehen, das ich gewählt habe, ist also nicht aussergewöhnlich. Ich danke Ihnen für Ihr Verständnis.

Hess Hans (R, OW): Ich unterstütze den Antrag Loretan Willy. Sowohl die Fassung des Bundesrates wie auch die Fassung der Kommission würden beim Vollzug für die Kantone unverhältnismässigen Aufwand mit sich bringen. Ich verzichte darauf, nochmals die Details zu erwähnen. Ich habe aber noch eine konkrete Frage an Frau Bundespräsidentin Dreifuss: Falls sich die Auszahlung der Prämienverbilligung verzögert und die anspruchsberechtigte Person den Vorschuss leisten muss, hat dann der Kanton dem Anspruchsberechtigten diesen Vorschuss zu verzinsen?

Cottier Anton (C, FR), Berichterstatter: Der Antrag Loretan Willy ist einseitig. Mit dem Kommissionsantrag berücksichtigen wir Situationen, in denen beim Einkommen eine Änderung entsteht: Je nachdem, ob der Berechtigte mehr oder weniger Einkommen hat, kann der Kanton eine Subvention gewähren, erhöhen oder streichen. Mit Ihrem Antrag hingegen entsteht nur eine einseitige Änderung: Wer während eines Jahres plötzlich weniger verdient und nun die Bedingungen zum Bezug erfüllt, muss das Gesuch stellen. Die anderen Fälle berücksichtigt Ihr Antrag nicht.

Deshalb muss die Kommission Ihren Antrag ablehnen.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Cette série de propositions concernant la réduction des primes vise à une harmonisation non pas matérielle, mais à une harmonisation des procédures et des principes généraux applicables aux différents cantons. Les cantons restent absolument libres, en fait, de choisir le système qu'ils veulent pour la définition des bénéficiaires; nous leur donnons ici des indications sur des points auxquels tous les systèmes devraient répondre. J'espère qu'au moment où cela entrera en vigueur, la plupart des cantons auront de toute façon résolu les problèmes de ce genre.

Je sens une certaine convergence, mais il est important de montrer que le législateur, qui a pour responsabilité de veiller à ce que l'objectif social de la loi soit atteint, fixe ces principes généraux. Ces principes généraux permettent, le cas échéant, de faire valoir une contradiction entre le droit cantonal et le droit fédéral. Mais c'est tout ce qu'ils permettent. Ils ne donnent pas lieu, Monsieur Hess, à des droits de l'individu face aux cantons, par exemple le droit de demander le paiement d'un intérêt sur des sommes qui ne seraient pas versées à temps. Ils permettent d'attaquer, éventuellement, une loi cantonale qui ne prévoirait pas un mécanisme pour la prise en considération de la situation actuelle.

S'agissant des modèles que les cantons vont mettre en place, ceci est de leur ressort. Si un canton souhaite ne procéder qu'à la demande des assurés, je pense, personnellement, que cette situation est tout à fait en conformité, mais d'autres cantons peuvent vouloir d'autres systèmes. La formulation de la commission, plus que celle du Conseil fédéral, donne une valeur particulière à la demande de l'assuré, c'est-à-dire qu'elle précise que, parmi la gamme des modèles possibles, celui qui demande à l'assuré de devenir actif a sa préférence. En d'autres termes, la proposition Loretan Willy restreint, à mon avis, le droit du canton en lui fixant, a priori et dans le droit fédéral, que ce n'est qu'à la demande de l'assuré qu'il aura à intervenir. Nous n'avons pas l'intention de limiter à ce point-là la marge de manoeuvre des cantons.

A la remarque faite par M. Loretan disant que les autres propositions sont aussi opportunes et futées que la sienne, je répondrai que cela n'est malheureusement pas le cas. La proposition Loretan n'est pas utile et opportune, comme je l'ai dit. Les propositions Wicki et Hess empêchent justement — dans les cantons qui ne le font pas, et comme par hasard les cantons d'où viennent MM. Wicki et Hess, nous y reviendrons, en font partie — d'obliger d'indemniser les caisses-maladie lorsqu'on les oblige à payer quelque chose qui coûte. Dans l'esprit de la proposition Loretan, il faut au contraire pouvoir s'appuyer sur les caisses-maladie pour faire fonctionner le système de façon harmonieuse.

La proposition Loretan est une restriction inutile de la liberté des cantons, donc je la trouve inopportune. Nous reviendrons tout à l'heure sur les deux autres propositions qui, elles, risquent de bloquer le système.

Abstimmung – Vote Für den Antrag der Kommission Für den Antrag Loretan Willy

24 Stimmen 10 Stimmen

Abs. 4 – Al. 4 Angenommen – Adopté Loi sur l'assurance-maladie E 15 mars 1999

Abs. 5 - Al. 5

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: L'alinéa 5 fait référence à l'article 82 alinéa 3 qui prévoit que les caisses-maladie sont obligées de fournir gratuitement certaines prestations qui sont précisées, à savoir pour la fixation de la réduction des primes et pour l'exercice de l'action récursive. Le Conseil fédéral, à l'article 65 alinéa 5, nous dit, en somme, que les assureurs ne peuvent pas être contraints de fournir des prestations au-delà de ce qui est prévu et prescrit à l'article 82 alinéa 3. La commission a fait un pas de plus: elle est devenue impérative et exigeante; elle nous dit, à l'article 65 alinéa 5, que les assureurs – les caisses-maladie – sont tenus, donc obligés, de se prêter à une collaboration au-delà de l'article 82 alinéa 3. Selon la version de la commission, les assureurs peuvent donc être obligés de prêter leur concours à l'exécution de la loi, mais à une condition: les assureurs doivent être indemnisés pour les frais encourus par cette participation et collaboration.

A quoi ont pensé la commission et le Conseil fédéral? Ils ont notamment pensé à des prestations que les assureurs four-niront dans le cadre du paiement des subventions pour la réduction des primes. Aujourd'hui déjà, 17 cantons, en accord avec les assureurs, prévoient que les assureurs — les caisses-maladie — fournissent les prestations, et les subventions sont versées aux assureurs qui, eux, font tout le travail administratif et le travail des comptes. Et ces cantons, pour cette prestation, paient une certaine indemnité aux assureurs. Je cite un exemple: le canton d'Argovie, qui est le canton de M. Loretan, paie six francs pour cette prestation, six francs par bénéficiaire de subvention. C'est donc un montant important qui est annuellement payé par le canton à ses caisses-maladie.

C'est la raison pour laquelle la commission estime que sa proposition tient mieux compte des réalités qui sont imposées aux assureurs.

Je suggère que nos deux collègues développent maintenant leurs propositions, ce qui me permettra en une seule fois de développer les motifs qui incitent la commission à recommander de rejeter ces dernières propositions.

Wicki Franz (C, LU): Artikel 82 KVG regelt die Amts- und Verwaltungshilfe. Gemäss Absatz 3 dieses Artikels geben die Versicherer den zuständigen Behörden der Kantone auf Anfrage kostenlos die notwendigen Auskünfte und Unterlagen. Artikel 82 beschränkt dies aber auf die Ausübung des Rückgriffsrechtes und die Festsetzung der Prämienverbilligung. Mit dem neuen Absatz 5 von Artikel 65 sollen nun die Versicherer zu einer weiteren Mitwirkungspflicht herangezogen werden, dies aber gegen Bezahlung.

Bei meinem Antrag geht es um die Auszahlung der Prämienverbilligung. Wie es in der Botschaft auf Seite 22 (Ziff. 243) heisst, erfolgt die Auszahlung der Prämienverbilligung in der Regel an den Versicherer, nicht an den Versicherten. Wenn die Versicherer diese Beiträge direkt erhalten, ist Gewähr geboten, dass das Geld nicht für andere Zwecke gebraucht wird. Das Risiko der Versicherer wird so geringer. Ich finde es daher nicht richtig, dass die Kantone die Versicherer für die Entgegennahme der Prämienverbilligungen entschädigen müssen. Mir scheint, dass die Bemühungen im Zusammenhang mit dem Inkasso der Prämienverbilligungen ohne Entschädigung erfolgen sollten. Die Kantone sollten nicht belastet werden.

Darum beantrage ich ausdrücklich, dass die Versicherer für die Entgegennahme der Beiträge nicht zu entschädigen sind, und ich bitte Sie als Standesvertreter, meinem Antrag zuzustimmen.

Hess Hans (R, OW): Kollege Wicki hat bereits die Fälle genannt, in denen die Auskünfte und Unterlagen kostenlos erhältlich sind. Es fragt sich jetzt eigentlich, welcher Natur weitere Auskünfte und Unterlagen, die über Artikel 82 Absatz 3 hinausgehen, sein können. Es kann sich allenfalls um administrative Auskünfte und Unterlagen handeln. Diese Auskünfte und Unterlagen können jedoch ohne zusätzlichen Auf-

wand gleichzeitig mit den kostenlosen Auskünften und Unterlagen gegeben werden. Es rechtfertigt sich meiner Meinung nach nicht, hier Abgrenzungsprobleme und zusätzlichen administrativen Aufwand zu schaffen. Alle Kosten, die im Zusammenhang mit den Auskünften und Unterlagen zu Prämienverbilligungen stehen, können meines Erachtens ohne weiteres von den Versicherern übernommen werden. Die Vollzugskosten gehen ja ohnehin zu Lasten der Kantone.

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: En somme, les deux propositions Wicki et Hess Hans poursuivent exactement le même but: ne pas indemniser les frais engendrés par le paiement direct aux assureurs et le paiement des subventions destinées à réduire les primes. Il y a aussi le même fond derrière ces deux propositions. Les deux cantons de MM. Wicki et Hess, Luceme et Obwald, font partie des neuf cantons qui versent aujourd'hui encore la subvention directement aux assurés

Pourquoi rejeter ces deux propositions? Aujourd'hui, le Concordat des assureurs-maladie suisses nous dit que tous les cantons qui versent la subvention aux assureurs, aux caisses-maladie, indemnisent les assureurs pour leur travail, et le travail est multiple. Il y a tout un travail administratif accompli par les assureurs, un travail qu'ils n'auraient pas à faire si le canton versait directement la subvention aux assurés. Les assureurs doivent établir deux décomptes de primes: l'un pour les assurés sans subvention, l'autre pour les assurés avec subvention. Ils doivent faire de plus un décompte supplémentaire avec le canton et, sur le plan intérieur, ils doivent établir un compte interne à double. là de nouveau avec ou sans subvention. C'est la raison pour laquelle il y a effectivement des frais supplémentaires, et ce n'est pas pour rien que le canton d'Argovie - j'ai dit tout à l'heure que Mme Mörikofer-Zwez, conseillère d'Etat, était particulièrement compétente en matière de politique sanitaire, et Mme Mörikofer-Zwez ne fait pas ce que veulent les assureurs, les caissesmaladie - paie six francs aux caisses-maladie par bénéficiaire, par subventionné: le canton d'Argovie estime que ces six francs sont réellement nécessaires et mérités. C'est un exemple type, c'est une preuve directe que les assureurs, les caisses-maladie, ont des frais supplémentaires.

Il y a un deuxième argument: par le versement des subventions, les caisses-maladie déchargent l'administration cantonale d'une tâche publique. Ces subventions, c'est une tâche publique, ce n'est pas une tâche privée. Or, en accomplissant une tâche publique et en déchargeant l'administration publique, il est juste et équitable que les frais leur soient indemnisés.

M. Wicki a dit qu'en somme, les assureurs aussi réduisaient les risques d'un non-paiement. Il ne faut cependant pas oublier, notamment pour ce qui est des assistés, que lorsqu'ils ne versent pas la prime d'assurance-maladie, c'est la commune qui la verse à leur place. Cette réduction des risques est donc très relative.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir la commission qui a pris sa décision à l'unanimité, et qui a fait un pas de plus que le Conseil fédéral, mais à condition que les frais soient indemnisés équitablement.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je voudrais d'abord m'excuser de mon jugement un peu global: je n'ai peut-être pas rendu compte ou pris suffisamment en considération la proposition. Excusez-moi si j'ai dit une sottise, mais cela ne change rien au fond du problème.

Je prends donc bien acte que MM. Wicki et Hess souhaitent que les caisses-maladie soient obligées de participer au système si le canton le souhaite, et c'est cela qui est très important. Car je crois que les systèmes qui passent par les caisses sont ceux qui permettent le mieux de tenir compte, justement, du fait que l'assuré de condition modeste ne devrait pas être mis dans la situation où il doit lui-même payer d'abord et se faire rembourser plus tard. C'est également votre volonté. Nous n'avons pas eu le courage de l'introduire dans le projet et nous sommes très reconnaissants à la commission d'avoir eu ce courage, parce que cela va faciliter la

S

tâche des cantons que de leur donner la possibilité d'obliger les caisses à participer au système.

Le président de la commission a donné des explications quant aux coûts de cette opération, au travail administratif que cela représente pour les caisses, quant au fait qu'il s'agit d'une tâche publique – que nous leur confions ou que les cantons peuvent être amenés à leur confier, et non pas d'une tâche de caisse – et quant au fait que lorsque ce n'est pas le canton qui paie, c'est l'ensemble des assurés qui paient cette tâche. Ces explications du président m'induisent à vous demander de suivre la commission à laquelle j'ai eu plaisir à me rallier de mon côté. On ne peut pas demander à des caisses-maladie de remplir une tâche publique à leurs frais: si nous les obligeons à faire quelque chose, nous devons être prêts à payer pour ce service.

Abstimmung - Vote

Eventuell – A titre préliminaire Für den Antrag Hess Hans Für den Antrag Wicki

18 Stimmen 9 Stimmen

Definitiv – Définitivement Für den Antrag der Kommission Für den Antrag Hess Hans

22 Stimmen 14 Stimmen

Abs. 6 – Al. 6 Angenommen – Adopté

Art. 66 Abs. 6

Antrag der Kommission

Der Bundesrat kann den Kantonen gestatten, alljährliche Differenzbeträge zwischen den Beiträgen des Bundes und der Kantone und den ausbezahlten Beträgen auf das nächstfolgende Jahr zu übertragen.

Art. 66 al. 6

Proposition de la commission

Le Conseil fédéral peut autoriser les cantons à reporter les différences annuelles entre le montant des subsides cantonaux et fédéraux et celui des subventions versées à l'exercice annuel suivant.

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: La commission a accepté cette nouvelle disposition, par 6 voix contre 5 et avec quelques abstentions. Nous souhaitons que le Conseil national étudie plus à fond cette disposition. Si la commission a adopté cette disposition, c'est que le 21 décembre 1998 les cantons ont reçu une lettre de l'Office fédéral des assurances sociales précisant que les reports n'étaient plus possibles, qu'un changement de pratique avait lieu en raison de la technique budgétaire. Cela a mis les cantons dans l'embarras, raison pour laquelle la commission vous propose d'autoriser encore le report des différences annuelles entre le montant des subsides cantonaux et fédéraux, d'une part, et celui des subventions versées à l'exercice annuel suivant, d'autre part.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Nous ne sommes pas tout à fait convaincus par cette proposition, parce que ce que nous craignons c'est que certains cantons accumulent en fait de l'argent qu'ils réclament à la Confédération et qu'ils ne dépensent pas dans la phase de mise en oeuvre. Nous avons eu de tels cas et nous devons à tout prix éviter que des cantons, à la limite, assainissent un peu leurs finances aux frais de la Confédération. Mais l'intention de la commission n'est pas, évidemment, de tolérer ce genre de comportement; l'intention de la commission est d'échapper un peu au carcan du 31 décembre. Je crois que nous trouverons une solution qui corresponde, d'un côté, à ce qui est souhaitable et qui évite, de l'autre, ce qui serait peu souhaitable, au cours de la discussion qui suivra au Conseil national.

Pour le moment, nous acceptons donc cela, mais c'est à re-

Angenommen - Adopté

Art. 90 Abs. 2; 93 Bst. d; 93a; 99 Abs. 3
Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 90 al. 2; 93 let. d; 93a; 99 al. 3 Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen - Adopté

Art. 104a

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates (die Änderung betrifft nur den französischen Text) Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 104a

Proposition de la commission

Al. 1

Tant qu'aucune base de calcul des tarifs n'est établie en commun par les fournisseurs de prestations et les assureurs au sujet des prestations de soins fournis par des infirmiers, ainsi que par des organisations de soins et d'aide à domicile, soit de manière ambulatoire, soit à domicile, le département peut déterminer par voie d'ordonnance dans quelle mesure les prestations doivent être prises en charge.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen - Adopté

Art. 105 Abs. 5; Ziff. II, III

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 105 al. 5; ch. II, III

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen - Adopté

Art. 29 Abs. 2 - Art. 29 al. 2

Simmen Rosemarie (C, SO): Ich muss mich entschuldigen, dass ich wegen meiner langsamen Reaktion noch zur Verlängerung der Sitzung beitragen muss.

Es handelt sich um Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe d, «die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen». Wir haben in der Kommission noch über einen zweiten Punkt diskutiert. Die Kinderärzte sind mit der Befürchtung an die Kommission gelangt, dass nach dem neuen Wortlaut des Gesetzes gewisse Leistungen, die heute erbracht werden, nicht mehr erbracht würden.

Frau Bundespräsidentin Dreifuss, Sie haben diese Befürchtungen in der Kommission zerstreut. Es handelt sich insbesondere um Fälle, bei denen z. B. ein Kinderarzt oder eine Kinderärztin bei einer Risikogeburt auf Pikett steht. Das wird heute übernommen, auch wenn es sich dann um ein gesundes Neugeborenes handelt. Oder es sind Fälle gemeint, bei denen eine Hebamme oder eine Schwester bei einem Neugeborenen Bedenken hat und einen Kinderarzt ruft. Die Leistung wird auch dann übernommen, wenn es sich herausstellt, dass das Kind gesund ist. Beim vorliegenden Gesetzentwurf wird jedoch nur von Pflege und Aufenthalt gesprochen.

Die Sache ist an und für sich unbestritten. Ich möchte nur Frau Bundespräsidentin Dreifuss bitten, dies zuhanden der Materialien noch einmal festzuhalten.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je n'ai pas vraiment pu saisir, sous le choc de ce retour en arrière, la proposition elle-même, mais je peux dire quelle est l'interpré-

tation à donner à l'article 29 alinéa 2 lettre d, tel que nous l'avons prévu et tel que la commission l'a accepté.

Ce que nous avons voulu régler, c'est le problème toujours ouvert de savoir si le nourrisson – je tiens bien à préciser qu'il s'agit du nouveau-né, du tout petit enfant au moment de la naissance et dans les jours qui suivent – était bien pris en charge déjà par une assurance. Nous réglons la question en disant que cet enfant en bonne santé, qui n'a pas besoin de soins particuliers, est encore pris en charge par l'assurance de la mère. Il s'agit donc tout simplement de combler une lacune. Il faut partir de l'idée que la maman et l'enfant en bonne santé forment un tout.

Pour l'enfant malade, il est clair que c'est l'assurance de l'enfant qui devra prendre en charge les frais, éventuellement rétroactivement, au moment où cet enfant est assuré. Il n'y a donc pas de lacune, tel que le craignaient les pédiatres, et cela concerne toutes les prestations. Quand je dis toutes les prestations, cela veut dire aussi les prestations qui permettent d'apporter au nouveau-né les soins préventifs qui sont nécessaires.

Le système de l'assurance du bébé qui paie pour un bébé malade ou pour les prestations qu'il reçoit est une bonne règle. Ce que nous avons voulu faire ici, c'est combler une lacune, c'est-à-dire savoir ce qui se passe avec un enfant en bonne santé qui est tout simplement à côté de la mère. J'espère vous avoir tranquillisés.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
Für Annahme des Entwurfes 35 Stimmen
(Einstimmigkeit)

An den Nationalrat - Au Conseil national

Loi sur l'assurance-maladie N 21 avril 1999

98.058

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Botschaft, Gesetz- und Beschlussentwürfe vom 21. September 1998 (BBI 1999 793) Message, projets de loi et d'arrêté du 21 septembre 1998 (FF 1999 727) Beschluss des Ständerates vom 15. März 1999 Décision du Conseil des Etats du 15 mars 1999 Kategorie III, Art. 68 GRN – Catégorie III, art. 68 RCN

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Schade, dass Frau Bundespräsidentin Dreifuss nicht da ist. Sie sollte eigentlich die Beurteilung, welche die Kommission dieser Vorlage zugute kommen lässt, auch anhören. Aber ich denke, dass wir morgen in der Detailberatung wichtige Fragen beraten müssen. – Herzlich willkommen, Frau Bundespräsidentin Dreifuss!

Ich werde versuchen, mich angesichts der Umstände kurz zu fassen, nicht schon hier auf alle wichtigen Fragen einzugehen, sondern das dann schwergewichtig in der Detailberatung zu tun.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, hatte bekanntlich zwei Hauptziele: erstens Stärkung der Solidarität in der Grundversicherung, und zweitens Vorantreiben der Kosteneindämmung.

In der Vorlage des Bundesrates zu dieser Teilrevision steht, eine definitive Bilanz nach Inkrafttreten des revidierten KVG könne noch nicht gezogen werden; es seien aber gute Fortschritte festzustellen. Ich meinerseits muss dazu sagen: Ich bezweifle diese Aussagen, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Der Wettbewerb, den wir im Gesundheitswesen wollten, ist nicht ganz so ausgefallen, wie wir ihn uns gewünscht hatten; er findet nämlich unter den Kassen statt – aber nicht unter den Leistungserbringern –, und dieser Wettbewerb zwischen den Kassen ist auch noch etwas gar seltsam ausgefallen. Das ist ein zum Teil fragwürdiger Wettbewerb, ein Kampf um Gesunde, um Junge. Es stellt sich die Frage, wie weit das überhaupt sinnvoll ist. Deshalb hat in der Kommission eine recht ausgedehnte Diskussion über den Risikoausgleich und seine Mechanismen stattgefunden. Wir werden uns in der Detailberatung mit dem Antrag einer starken Minderheit zu dieser Frage beschäftigen müssen.

Ich möchte noch auf etwas eintreten, das nicht in der Vorlage steht, worauf ich aber jetzt im Vorfeld dieser Sache häufig angesprochen wurde. Es ist dies die Frage nach der Spitalfinanzierung. Wir sind mit der Regierung einverstanden, dass wir dies in dieser Vorlage nicht beraten können. Aber die Kommission ist sich völlig einig, dass das eine sehr wichtige Frage ist. Nach dem Urteil des Versicherungsgerichtes gegen die Kantone ist es natürlich absolut notwendig, dass wir diesen Brocken dann auch bearbeiten. Ich bin froh, dass das Departement Dreifuss bereits reagiert und eine Diskussionsgrundlage unterbreitet hat. Wir werden hier also dem Parlament beliebt machen, dies in einer zweiten Revision anzugehen. Da geht es im Kampf quasi zwischen Kantonen und

Kassen um eine Verteilung in der Grössenordnung von 1.2 Milliarden Franken - das wird also nicht ganz so einfach zu lösen sein.

In diesem Zusammenhang wird die Kommission im Bereich stationäre Behandlung ganz sicher auch die Pflegeheimfinanzierung einbeziehen. Es ist nicht auszuschliessen, dass wir in diesem Zusammenhang überhaupt über die Pflegeversicherung und deren Finanzierung sprechen müssen.

Was war eigentlich der ursprüngliche Anlass für diese Revision? Sie ist im Gesetz selber enthalten; es ist nämlich so, dass wir in diesem Parlament alle vier Jahre die für die Prämienverbilligung zur Verfügung stehenden Mittel aus der Bundeskasse für die nächsten vier Jahre festlegen müssen. Deshalb ist die Vorlage zweigeteilt: Wir haben einen Bundesbeschluss, sehr knapp und kurz, wo geschrieben steht, wieviel Geld wir für die Prämienverbilligung in den nächsten vier Jahren beschliessen wollen; dann haben wir einen zweiten Teil, das ist die eigentliche Gesetzesrevision.

Ganz kurz zum Bundesbeschluss: Da geht es darum, dass der Bundesrat vorschlägt - und die Kommissionsmehrheit folgt diesem Antrag -, dass wir jährlich vom Bund aus 2213 Millionen Franken ausgeben, jedes Jahr ein bisschen mehr, bis wir auf 2314 Millionen sind, also innerhalb von vier Jahren rund 100 Millionen mehr. Eine Minderheit sagt, das akzeptiere sie nicht. Da müssen Sie entscheiden. Die Kommissionsmehrheit hat klar gesagt, 1,5 Prozent mehr pro Jahr seien vertretbar, weil das mit den Haushaltszielen kongruent sei, die dieses Parlament festgelegt habe. Es ist also keine überdurchschnittliche Steigerung, sondern sie liegt im Rahmen dessen, was die Finanzpolitik und auch dieser Rat bereits festgelegt haben.

Ein Problem, das ich als Gesundheitspolitiker in den letzten Jahren in sehr vielen Briefen immer wieder entgegennehmen musste, ist folgendes: Rekruten und solche, die später Beförderungsdienste leisten - Unteroffiziers- oder Offiziersschulen -, mussten die Krankenversicherung weiterhin bezahlen. Sie mussten doppelt bezahlen, obwohl die Militärversicherung genügte. Die neue Regelung, dass während Diensten in der Armee, die länger als 60 Tage dauern, keine Krankenkassenprämien bezahlt werden müssen, finden wir absolut sinnvoll; das ist unbestritten.

Es geht natürlich auch um die Kündigungsfristen der Versicherten. Ich möchte hier nicht im Detail auf diese Fragen eingehen. Es sind aber sicher Erleichterungen und Verbesserungen, die akzeptiert werden können und sollen.

Dann gibt es einen Artikel zur Frage, was passiert, wenn sich eine Kasse aus einem Gebiet zurückzieht. Sie kennen vielleicht die Kasse, die in die Schlagzeilen geraten ist. Diese Kasse hat sich ja aus acht Kantonen zurückgezogen. Da kam dann die grosse Frage in der Politik, in der Verwaltung, in den Medien: Ist das gerecht, ist das korrekt? Da hatten wir einen Streit. Es war gesetzlich korrekt, und das Eidgenössische Versicherungsgericht hat der Visana recht gegeben; sie konnte das tun. Da ist eine Grundsatzfrage zu lösen: Wie geht man mit diesem Problem um? Es ist nicht ein Visana-Problem, es ist ein Systemproblem, das wir in irgendeiner Weise für die Zukunft lösen müssen.

Über den Vorschlag, den Frau Bundespräsidentin Dreifuss jetzt nach der Beratung im Ständerat noch eingegeben hat der Ständerat hat dazu nicht Stellung nehmen können -, müssen wir offen reden; darüber, wie wir das lösen wollen. Dann kommt Artikel 25, der eine gewisse Bedeutung für die Verteilung und den Verkauf der Medikamente hat. Hier, so glaube ich, hat es keinen Sinn, beim Eintreten auf die Detailproblematik einzugehen. Die Frage war schon in der Kommission umstritten. Ich bin nicht Hellseher, aber ich sehe trotzdem voraus, dass es bei diesem Artikel im Rat wahrscheinlich zu einer längeren Auseinandersetzung kommen wird.

Das gleiche zeichnet sich bei Artikel 42 ab - Tiers payant oder Tiers garant -, denn da sind natürlich die Interessenlagen der Versicherten wie auch der Leistungserbringer sehr unterschiedlich: Die Leistungserbringer haben erfahren müssen, dass die Unternehmer beim Tiers garant auch gewisse Risiken zu tragen haben; daher sind sie eher am Tiers payant interessiert. Anderseits gibt es sozial schwächere Personen, die natürlich daran interessiert sind, dass der Tiers payant flächendeckend eingeführt wird. Die heutige Regelung ist eher eine liberale, indem die Vertragsparteien miteinander aushandeln können, welche Zahlungsart sie wollen. Die Zahlungsart tönt so harmlos, ist aber eine hochpolitische und sozialpolitisch wichtige Frage. Ob Tiers payant oder Tiers garant gewählt wird, spielt in den Vertragsverhandlungen immer eine grosse Rolle. Deshalb bin ich sicher, dass wir zu Artikel 42 hier im Plenum auch eine Debatte haben werden. Bei Artikel 51a haben wir in der Kommission über das Global-

budget gestritten, das ja immer wieder als Möglichkeit, als gutes Mittel im ambulanten Bereich angepriesen wird. Hierzu liegt ein Antrag vor, der in der Kommission umstritten war. Da bin ich auch der Meinung, wir müssten uns das sehr gut überlegen, wie wir diesen Entscheid fällen.

Ich möchte noch darauf hinweisen, dass wir bei der Prämienverbilligung einige zusätzliche Vorschriften für die Kantone eingebaut haben, z. B., dass die Kantone verpflichtet werden, regelmässig die möglichen Bezüger zu informieren, damit die Bevölkerung darüber im Bild ist, was vor sich geht. Es gibt sogar eine Minderheit, die den Automatismus der Zahlungen durch die Kantone vorschreiben will. Die Mehrheit will das aber nicht; sie empfiehlt den Kantonen, den Spielraum zu belassen, den die Kantone heute haben. Die Mehrheit der Kommission möchte auch nicht, dass man den Kantonen die Möglichkeit nimmt, ihren Beitrag zu kürzen und damit weniger Geld aus der Bundeskasse zu holen. Hier geht es darum, wie weit wir die Kantone noch mehr in die Pflicht nehmen und wie weit wir ihnen Spielraum geben. Diese Frage liegt ganz deutlich auf dem Tisch; die Mehrheit der Kommission ist für die bisherige Lösung, nämlich dass man den Kantonen diesen Spielraum belässt.

Schliesslich eine Frage, die ich ganz am Anfang angeschnitten habe - wegen den doch zum Teil fragwürdigen Methoden, die im Wettbewerb unter den Kassen aufgekommen sind -, die Frage des Risikoausgleiches, die sich die Kommission ernsthaft gestellt hat: Sollen wir den Risikoausgleich ausbauen? Heute haben wir einen Risikoausgleich basierend auf zwei Hauptkriterien, nämlich dem Ausgleich zwischen Mann und Frau und dem Ausgleich zwischen jung und alt. Neu wäre es denkbar, dass man noch einen Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken macht, dass man also irgendwo im Kostenbereich noch etwas macht. Es gibt eine starke Minderheit, die einen solchen Vorschlag unter-

Ich komme bereits zum Schluss, weil ich das Versprechen einhalten will, dass die eigentliche Fachdiskussion in der Detailberatung stattfindet: Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 19 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen, auf diese Teilrevision einzutreten und sich mit diesen nicht ganz einfachen Fragen ernsthaft zu beschäftigen.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Je suis très content que M. Rychen ait déjà parlé des différents articles que nous reprendrons demain dans l'examen de détail. Je ne veux pas répéter simplement en français ce qu'il a dit en allemand, alors comme il a déjà traité des points les plus difficiles, je me bornerai à une discussion plus générale sur le problème de la révision de la LAMal et sur le problème du système sanitaire en général.

L'assurance-maladie a, dans notre pays, une histoire tourmentée et singulière. Il y a presque exactement un siècle, un conseiller fédéral radical et progressiste - ca existait alors a proposé la première loi dans ce secteur qui, à ce moment, englobait autant le risque de maladie que le risque d'accident. Le financement était assuré par des primes proportionnelles au revenu, une requête que nous retrouvons aujourd'hui une initiative populaire lancée par le Parti socialiste. En fait, cette loi fut refusée en votation populaire et l'ancienne loi, la LAMA, acceptée en 1911, était beaucoup moins sociale que le projet original qui avait été lancé par ce conseiller fédéral radical.

De 1911 à 1994, date d'acceptation de la LAMal, il y eut maints efforts pour réformer la LAMA, la première loi, qui,



Loi sur l'assurance-maladie N 21 avril 1999

tous, échouèrent – il me serait facile de simplement accuser la majorité bourgeoise d'avoir été incapable de réformer la LAMA. Ces nombreux échecs illustrent aussi une donnée de fond du système sanitaire et du problème dont nous parlons aujourd'hui; donnée avec laquelle nous sommes toujours confrontés quand nous discutons de nouvelles méthodes, par exemple des budgets globaux, pour résoudre les problèmes du système.

En fait, le système sanitaire est très compliqué. Il est complexe et se base sur un système de vases communicants; vases dans lesquels les règles du jeu sont souvent différentes et hétérogènes. Par conséquent, toute solution simpliste qui nous serait présentée comme l'unique solution à tous les problèmes ne peut qu'être fausse. C'est en particulier le cas de toutes celles qui se limitent à prêcher les vertus du marché en disant: «Il suffit d'avoir un petit peu plus de marché et les problèmes du système sanitaire seront réglés.» Rien de plus faux.

En fait, le seul pays qui fonde beaucoup de confiance dans les règles du marché pour le système sanitaire, les Etats-Unis d'Amérique, dépense 15 pour cent du produit national brut pour la santé, ce qui représente exactement 50 de plus que nous et presque 100 pour cent de plus que des pays comme la Grande-Bretagne ou la Suède qui ont un système plus dirigiste. Pourquoi cela? Parce que, pour parler dans le jargon des économistes, le système sanitaire est un marché réglé par l'offre, et non par la demande. Donc, la plupart des règles valables pour d'autres marchés n'ont aucune valeur. C'est aussi pour cela qu'il est méthodologiquement faux - je ne veux pas faire référence à l'aspect éthique - de parler de rationnement dans le secteur sanitaire pour résoudre le problème parce qu'en général, on emploie le rationnement dans une situation où l'offre est trop petite face à la demande. Ici, nous sommes confrontés au contraire. L'offre est trop grande, alors le rationnement n'a absolument aucun sens. Mais revenons à la révision de la LAMal qui nous est proposée aujourd'hui. La durée limitée, jusqu'à fin 1999, des subsides fédéraux affectés à la réduction des primes et la reconduction indispensable de ces subsides ont rendu nécessaire un nouvel arrêté fédéral. Je ne veux pas en discuter, parce que c'est tellement clair. Même du point de vue financier, nous sommes dans le cadre des dépenses prévues. La majorité de votre commission a accepté les subsides prévus à l'article 1er; il n'y a rien de spécial à dire. Au-delà de cela, le Conseil fédéral nous présente déjà une première révision partielle de la LAMal pour essayer d'atteindre les deux buts essentiels de cette loi: la solidarité et la maîtrise des coûts. La prime unique pour femmes et hommes, jeunes et vieux, est un acquis fondamental de la loi, même si un jour il faudra aller bien au-delà et se résoudre à réaliser la proposition du Parti radical-démocratique de l'époque qui préconisait une prime proportionnelle au revenu. Pour le moment, le Conseil fédéral se borne à proposer un petit renforcement de la solidarité en proposant des normes minimales de droit fédéral pour mieux faire fonctionner les contributions destinées à réduire les primes pour les personnes dont les conditions économiques sont modestes. Le problème essentiel reste bien sûr celui des cantons qui ne se font verser qu'une partie des contributions en épargnant sur le dos des plus démunis. Cette situation a eu pour effet deux propositions de minorité dont nous allons discuter.

Le second but de la LAMal est la maîtrise des coûts. Même s'il est trop tôt pour donner un jugement définitif, car les mécanismes de maîtrise des coûts nécessitent du temps, on peut déjà percevoir les tendances très claires de trois années d'application de cette loi.

1. Les coûts dans le secteur hospitalier, au moins pour ce qui se rapporte à la partie stationnaire des hôpitaux, n'augmentent plus. Dans certains cas même, les chiffres réels sont en légère diminution. Tout cela a été réalisé avec un système qui, même s'il n'est pas défini comme tel et même s'il représente une variation sur le thème, ressemble dans beaucoup de cantons à des budgets globaux pour les hôpitaux. Le problème, c'est qu'il y a maintenant continuellement un passage d'activités du secteur stationnaire au secteur ambulatoire à

l'intérieur des hôpitaux, et cela surtout sous la pression des cantons qui veulent dépenser moins, car vous savez que les cantons doivent payer 50 pour cent pour les hôpitaux, c'està-dire que tout ce qui se fait de façon ambulatoire est payé entièrement par les caisses-maladie. Il y a donc un transfert de paiements des coûts de la santé de la partie payée avec les impôts à la partie payée avec les primes, ce qui explique la pression sur les primes.

2. Les coûts ont augmenté en 1998 de près de 1 milliard de francs dans l'assurance de base, dans le secteur ambulatoire, aussi bien dans le secteur ambulatoire des hôpitaux qu'à l'extérieur de ceux-ci, c'est-à-dire chez les médecins, en matière de médicaments, dans les établissements de soins. Ce sont les quatre grandes catégories où l'augmentation des prix est la plus importante, augmentation qui, au total, se chiffre aux alentours de 1 milliard de francs pour 1998. Nous avons donc une situation qui est loin d'être stabilisée. Pourtant, il faut bien se rendre compte que le problème principal n'est plus celui des hôpitaux du point de vue stationnaire, mais que c'est bien en dehors de ca. Alors, continuer à dire qu'on peut résoudre le problème principal des coûts de santé en fermant des lits pour les cas aigus, ça n'a aucun sens, parce que ce n'est pas là que les dépenses augmentent, et même c'est là que les dépenses diminuent actuellement.

Le Conseil fédéral propose donc de nouveaux instruments de maîtrise des coûts, vu que les méthodes employées jusqu'à maintenant ne sont pas suffisantes. Il s'agit du droit de substitution des pharmaciens - on va en discuter beaucoup ici - et surtout de la faculté pour un canton d'établir un budget global pour les soins obligatoires ambulatoires - la possibilité, et pas l'obligation. Comme je vous l'ai dit, un système assez similaire, même si ce n'est pas tout à fait la même chose, a eu du succès dans le domaine stationnaire. Mais, comme je l'ai dit au début, il ne faut pas croire qu'un seul instrument soit la solution au problème. Sur cette dernière mesure prévue par le Conseil fédéral s'est ouverte une espèce de guerre de religion entretenue par le lobby très actif des fournisseurs de prestations. Vous aussi, vous avez reçu beaucoup de lettres d'ici et de là, dans lesquelles on vous priait de ne pas faire ce pas qui serait la ruine de notre pays. J'espère que demain nous aurons l'occasion d'en discuter tranquillement.

Lors des délibérations en commission, nous avons aussi entamé une discussion peut-être encore plus importante sur une autre méthode de contrôle des coûts. La proposition que j'avais alors faite, et que j'ai retirée parce que l'OFAS demandait un peu plus de temps pour l'examiner, a été maintenant reprise textuellement par M. Raggenbass, et nous en discuterons beaucoup demain. Il s'agit d'ajouter une autre méthode de contrôle des coûts, en limitant l'adhésion ou le pendant à adhérer à une convention tarifaire. Cela veut dire, en d'autres termes, que tous les médecins ne devraient pas absolument et mécaniquement être acceptés par les caissesmaladie, ce qui vaudrait aussi pour les autres fournisseurs de prestations.

Il est clair qu'il s'agit d'une petite révolution, mais il s'agit d'une révolution d'autant plus nécessaire qu'il faut penser qu'avec les accords bilatéraux, il y aura un afflux de médecins très important, surtout en Suisse romande et italienne, mais probablement aussi en Suisse alémanique, alors que nous savons que le facteur principal qui fait augmenter les coûts de la santé, c'est le nombre de médecins. Si nous n'avons donc pas la possibilité d'obliger toutes les caissesmaladie à accepter tous les médecins – selon les règles que le Conseil fédéral devra choisir –, nous serons confrontés à une explosion des coûts qui sera encore beaucoup plus importante que celle à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui. C'est pourquoi nous avons proposé cette règle aussi à la commission qui s'occupe des mesures d'accompagnement pour les accords bilatéraux.

Je conclus en vous demandant d'entrer en matière, selon le souhait de toute la commission, en espérant que nous aurons une discussion tranquille demain, mais surtout en exprimant le souhait que notre Conseil ne suive pas la ligne politique choisie par le Conseil des Etats, qui a simplement refusé de discuter des problèmes qui étaient un peu difficiles ou controversés, et qui s'est seulement limité à accepter les points sur lesquels tout le monde était d'accord. Je pense que vis-à-vis de la situation que nous connaissons de nouvelle explosion des coûts dans le secteur de la santé, nous ne pouvons pas pratiquer la politique de l'autruche, comme l'a fait le Conseil des Etats. Nous devons affronter les problèmes principaux que nous pouvons résoudre maintenant, et surtout, nous ne devons pas commettre la faute de renvoyer, par exemple le problème des budgets globaux, le problème de la contrainte budgétaire, à la deuxième révision de la LAMal lors des discussions sur le financement des hôpitaux, car ce demier point est déjà très explosif. Si nous discutons de tous les problèmes explosifs en une fois, nous nous retrouverons dans la même situation que nos prédécesseurs, qui n'ont jamais réussi à trouver un consensus.

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

Schluss der Sitzung um 19.15 Uhr La séance est levée à 19 h 15 Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

Fünfte Sitzung - Cinquième séance

Donnerstag, 22. April 1999 Jeudi 22 avril 1999

08.00 h

Vorsitz – Présidence: Heberlein Trix (R, ZH)/Seiler Hanspeter (V, BE)

98.058

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Fortsetzung – Suite Siehe Seite 736 hiervor – Voir page 736 ci-devant

Schaller Anton (U, ZH): Das vielgeschmähte KVG, das wir heute teilrevidieren, ist an sich besser als sein Ruf. Es ist leider aber auch schlechter, als es sein sollte und dürfte. Trotzdem oder gerade deshalb unterstützen wir die vorliegende Teilrevision. Die LdU/EVP-Fraktion will nämlich auch eine partielle Verbesserung dieses KVG.

Die Versuchung ist in der Tat gross, hier die grosse Revision zu verlangen, eine Revision an Haupt und Gliedern. Nur: Es fällt schwer, diese grosse Revision in Grundzügen zu sehen. Das KVG versucht nicht nur das schier Unmögliche, es versucht das Unmögliche mit sozialen Spielregeln zu etablieren, nämlich einen Markt in einem staatlich kontrollierten Sektor. Das Entscheidende: Gesundheit ist nicht ein Produkt, das nach Angebot und Nachfrage funktioniert. Die ganze Kostenkette hat ja eine fatale Auswirkung. Der einzelne bezahlt seine Prämie; je höher diese ausfällt, desto höher steigt sein Anspruch, aufgrund dieser Prämie auch eine maximale Versorgung zu erhalten. Die Kantone, die ihre Spitäler bauen und subventionieren müssen, haben ein grosses Interesse, diese möglichst gut besetzt zu halten, sie betriebswirtschaftlich möglichst gut zu führen. Sie wollen möglichst viele Pati-enten während einer möglichst kurzen Zeit mit möglichst guten Mitteln versorgen. Die Krankenkassen ihrerseits möchten möglichst viele Patienten, die möglichst wenig krank sind, damit sie möglichst wenig Kosten haben; weiter möchten sie, dass ihre Patientinnen und Patienten, wenn sie schon in Spitälern sind, möglichst lange dort bleiben, damit die Nachbehandlung nicht auf ihre Kosten geht, sondern die Kantone 50 Prozent dieser Kosten tragen.

Die Ärzte schliesslich, die mit ihrer Diagnose letztlich nicht nur das Krankheitsbild definieren, sondern darüber hinaus auch ihre Löhne festlegen, haben gar kein grosses Interesse daran, kostendämpfend zu wirken. Schon die neuen Arzttarife, die jetzt auf dem Tisch liegen, stossen auf breite Opposition. Jürg Ammann, Präsident der chirurgischen Union, hat im Kassensturz gesagt: Sie wollten ja nur überleben. Überleben auf einem hohen Niveau: Bei einem Einkommen von 500 000 Franken ist es relativ einfach zu überleben. Aber es ist Opposition da, und sie ist unheimlich stark und vehement. Und der Bund? Der Bund schliesslich nimmt über 2 Milliarden Franken in die Hand, um die Krankenkassenprämien einigermassen verträglich zu halten. Aber: Direkten Einfluss darauf, wie diese Prämien ausgestaltet werden, hat letztlich auch der Bund nicht.

In diesem ganzen Spiel, in dieser ganzen Kostenkette spielen auch die Kantone eine ganz entscheidende Rolle. Sie

könnten mit den Prämienverbilligungen eigentlich Sozialpolitik betreiben. Doch der Kanton Zürich, aus dem ich komme, ein finanzstarker Kanton, schafft es immer wieder, nur 50 Prozent dieser Prämienverbilligung auszuschöpfen, und er betreibt damit statt Sozialpolitik Finanzpolitik. Er versucht, sich auf Kosten der Ärmsten zu entlasten. Die Kantone mit ihren verschiedenen Funktionen – der Prämienverbilligung, dann die Bereitstellung der Spitäler und als Vertragspartner – mit all den damit verknüpften Problematiken, die letztlich nicht koordiniert sind, orientieren sich eigentlich nicht an der entscheidenden Priorität, nämlich die Gesamtkosten möglichst tief zu halten und eine sozial gerechte Verteilung der Lasten einzuhalten.

Die ganz zentrale Frage stellt sich dahingehend, wie weit wir die anstehenden Gesundheitskosten über Staatsgelder, über Steuergelder oder über Prämien finanzieren wollen. Wenn die Prämien heute in diesem Ausmass steigen, ist das eine logische Folge davon, dass sich der Bund und die Kantone immer mehr aus der Finanzierung heraushalten.

In der Realität geht es nämlich den Kantonen um zwei ganz andere Interessen: Sie möchten begangene Fehler möglichst gut verdecken und die eigenen Kosten möglichst tief halten. Wenn ein Kanton die Wahl hat, die eigenen Ausgaben oder die Gesamtkosten zu senken, ist es sein erstes Ziel, seine eigenen Ausgaben in den Griff zu bekommen und in den Vordergrund zu stellen. Deshalb ist der Vorschlag des Kantons Solothurn, die Kantone als Defizitdecker aus dem System zu entfernen, wichtig, notwendig und sinnvoll. Es wäre dringend nötig, diesen Vorschlag in einer Gesamtrevision voranzustellen; in einer Gesamtrevision, die kommen muss.

Das Kommissionspostulat zeigt ja, dass diese Gesamtrevision kommen sollte. Wir haben, wenn wir heute dem Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung zustimmen, vier Jahre Zeit. Wir müssten diese vier Jahre nutzen, um eine Gesamtrevision an Haupt und Gliedern an die Hand zu nehmen.

Ich denke, wir müssen von der Subventionierung der Anbieter, vor allem in den Kantonen, wegkommen und zur Subventionierung der einzelnen Benützer, der Patientinnen und Patienten, übergehen. Wir müssen also umdenken, um aus dieser Spirale herauszukommen, welche die eigenen Interessen in den Vordergrund stellt und das Gesamtinteresse vernachlässigt.

Wenn das Gesamtinteresse nicht vom Bund koordiniert werden kann, kommt es immer wieder zu einer Kostenexplosion, und wir haben Intransparenz, wir haben zuwenig Information, wir können nicht klar durchblicken, wie diese Krankenversicherung funktioniert. Wenn wir an den einzelnen appellieren, in Eigenverantwortung seinen Teil an die Senkung der Gesundheitskosten beizutragen, kann dieser Appell nicht verfangen, solange der Versicherte immer mehr bezahlen muss. Wegen der Erhöhung der Prämie wird nämlich sein Anspruch grösser, und wir haben eine Spirale nach oben statt eine Spirale nach unten.

Wir stimmen für diese Teilrevision, weil sie eine nötige Teilreparatur am System des KVG ist. Das System – das habe ich versucht darzustellen –, dieses Ineinandergreifen ohne ein übergeordnetes gemeinsames Interesse, dieses Auseinandergehen, bedingt Nachbesserungen. Die vorgeschlagenen Nachbesserungen gehen in die richtige Richtung, aber sie dürfen nicht dazu führen, dass wir den Blick für das Ganze verlieren. Wir müssen sehen, dass Gesamtzusammenhänge bestehen, und mit aller Kraft an die Revision herantreten.

Wir treten ein auf diese Teilrevision und werden unsere Position zu den einzelnen Punkten noch deutlich machen.

Gross Jost (S, TG): Die SP-Fraktion beantragt Ihnen, auf die Vorlage einzutreten.

Unsere Aufgabe wird es sein, das Ergebnis der ständerätlichen Beratungen kritisch zu hinterfragen, und da bleibt nur die Feststellung: Der Berg hat eine Maus geboren.

Ich rufe in Erinnerung: Der Bundesrat möchte diese Teilrevision des KVG in zwei Etappen vollziehen. Er hat sich, in einer ersten Etappe, auf die Prämienverbilligung und auf die Men-

genbegrenzung konzentriert, vor allem durch das Instrument des Globalbudgets im ambulanten Bereich. Die Spitalfinanzierung wird in der zweiten Etappe kommen.

Es gibt drei wichtige Themen, mit denen wir uns auseinanderzusetzen haben und mit denen wir diese Vorlage, die vom Ständerat kommt, substantiell anreichern müssen:

- 1. Die Prämienverbilligung muss so wirksam werden, dass die sozialpolitischen Ziele tatsächlich erreicht werden können
- 2. Nach dem Fall Visana sind in der Grundversicherung Massnahmen gegen die Entsolidarisierung zu ergreifen. Ich glaube, es ist auch im Interesse der Erhaltung des bestehenden Kassensystems wichtig ich erinnere an die Forderung nach Einführung einer Einheitskasse –, dass wir wirkliche Massnahmen gegen die Entsolidarisierung ergreifen. Da ist beispielsweise die Frage des Risikoausgleichs noch nicht thematisiert.
- 3. Ein weiteres Thema sind die Massnahmen gegen die Mengenausweitung; hier ist das umstrittene Thema das Globalbudget im ambulanten Bereich. Ich erinnere daran, dass es nur in Form einer Kann-Vorschrift, als fakultatives Instrument der Kantone, daherkommt.

Nicht thematisiert sind andere Massnahmen der Mengenbegrenzung. Mit diesen müssen wir uns auseinandersetzen. Vor allem die Kassen haben aufgrund der gravierenden Kostenentwicklung in den letzten Monaten die Frage der Einschränkung des Kontrahierungszwanges thematisiert. Dies ist auch ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit der Personenfreizügigkeit. Es besteht die grosse Gefahr, dass es dadurch im ambulanten Bereich zu einer Überschwemmung vor allem der Grenzkantone durch ambulante Leistungen von Leistungserbringern aus dem EU-Raum kommen wird. Hier brauchen wir – aber auch im Rahmen der flankierenden Massnahmen – Instrumente, die nun so ausgestaltet werden sollen, dass sie nicht diskriminieren und alle gleich behandeln, aber auch einen wirksamen Beitrag zur Mengenbegrenzung leisten.

Was hat nun der Ständerat aus dieser Vorlage gemacht? Ich würde einmal sagen, dass hier aus dem «medium» des Bundesrates eine amputierte Minirevision geworden ist. Die Globalbudgetierung hat er vertagt, zum schwerwiegenden Problem der Entsolidarisierung in der Grundversicherung hat er keine Antwort. Wenn es zu dieser amputierten Minivorlage kommt, kann ich auch den Bundesrat nicht völlig freisprechen. Man macht den Versuch, eine problemlose Vorlage zu bringen, die keine Referendumshürden enthält; alle Fussangeln, referendumsverdächtigen Postulate wurden in die zweite Revisionsetappe verbannt. Da möchte ich einfach an das erinnern, was schon Herr Cavalli gesagt hat: Die Spitalfinanzierung wird schon eine so weit gehende Sache, vielleicht auch ein unverdaubarer Brocken sein, dass dann einfach die zweite Etappe der Teilrevision des KVG diejenige sein wird, die nach einem Referendum ruft - von wem auch immer. Ein solches ist ja auch bereits angekündigt worden. Ich bin auch der Auffassung, dass es staatspolitisch falsch ist, das KVG in einen permanenten Revisionsprozess hineinzuziehen. Ich bin nach wie vor der Auffassung, dass dieses Gesetz von den Fundamenten her mit diesem Zusammenspiel von Plan und Wettbewerb ein gutes Gesetz mit gewissen Konstruktionsmängeln, gewissen falschen Anreizen ist. Aber wenn wir jetzt eine unendliche Revisionsgeschichte machen, wird dieses Gesetz -- zu Unrecht, meine ich -- den noch vorhandenen öffentlichen Kredit verlieren, zumal es - das ist auch gesagt worden - jetzt auch gewisse erste Wirkungen zeigt, vor allem bei der Kostenentwicklung im stationären Be-

Deshalb müssen die Probleme in diesen drei Schwerpunktbereichen gelöst werden. Zunächst im Bereich der Optimierung des Prämienverbilligungssystems: Dieses System muss transparenter und sozialpolitisch wirkungsvoller werden. Hier bringt die bundesrätliche Vorlage wertvolle Verbesserungsvorschläge, beispielsweise durch die Berücksichtigung der aktuellen Einkommens- und Vermögensverhältnisse bei der Bemessung der Prämienverbilligung und der Anspruchsberechtigung, bei der Informationspflicht der Kantone, vor allem aber auch bei der Aufsichtskompetenz des Bundes. Aber das genügt nicht. Unsere Fraktion ist der Auffassung, dass die Kantone nicht mehr nach eigenem Ermessen Bundesbeiträge abrufen sollen, sondern dass sie sich gemeinsam der sozialpolitischen Verpflichtung stellen müssen. Das betrifft leider heute gerade die Kantone, die es vom Prämien- und Kostenniveau der Versicherten her am nötigsten hätten, hier die vollen Bundesbeiträge abzurufen. Nach unserer Auffassung muss auch – wir werden entsprechende Anträge stellen – die sozialpolitische Zielsetzung im Gesetz geregelt sein. Es muss endlich definiert werden, was bescheidene wirtschaftliche Verhältnisse sind.

Das zweite Schwerpunktthema wird der Kampf gegen die Entsolidarisierung in der Grundversicherung sein. Der Kampf um die guten Risiken und die Abschiebung der schlechten Risiken ist ein pervertierter Wettbewerb unter den Kassen, der der gesetzgeberischen Intention völlig zuwiderläuft.

Wir haben leider Anlass anzunehmen, dass der Fall Visana nur die Spitze des Eisberges sein könnte. Was ist davon zu halten, wenn Versicherte beim Kassenwechsel von der Kasse, von der sie aufgenommen werden wollen, ein Formular für eine Gesundheitsprüfung bekommen, obwohl das neue KVG die Krankheitsvorbehalte abgeschafft hat? Das sind gezielte Versuche, schlechte Risiken abzuschrecken.

Deshalb bin ich sehr froh darüber, dass der Bundesrat nach dem im Grunde genommen ja positiven, aber in diesem Punkt negativen Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes sofort neue Vorschläge in die laufende Kommissionsarbeit gebracht hat, nämlich vor allem die Verpflichtung zur Abtretung der Reserveanteile austretender Versicherter an die neuen Versicherer. Das ist nicht mehr als ein Akt der Gerechtigkeit, denn diese Reserven sind ja durch die Prämien der Versicherten, die jetzt zu einem Wechsel veranlasst werden, geäufnet worden. In diesem Zusammenhang ist auch die parlamentarische Initiative Cavalli als Antwort auf den Fall Visana – damit sich so etwas nicht wiederholt – wesentlich.

Aber auch der Risikoausgleich muss thematisiert werden. Der Bundesrat drückt sich hier um ein heisses Thema. Die Materialien sind meines Erachtens auf dem Tisch. Die Studie des Bass, die vom Bund veranlasst worden ist, sagt ganz klar aus, dass der Risikofaktor «schwere Behandlungsfälle» oder in der CSS-Formel: Spitalbehandlungen des Vorjahres - neben Alter und Geschlecht als dritter Risikofaktor in das Gesetz eingebaut werden muss. Dieser Risikoausgleich muss unbefristet verankert werden. Die Hoffnungen und Erwartungen haben sich nicht erfüllt, dass diese Unterschiede im Laufe der Zeit in der Risikostruktur der Kassen verschwinden werden. Deshalb schlägt eine Minderheit unserer Fraktion vor, dass eine allgemeine Rechtsgrundlage geschaffen wird, diesen dritten Risikofaktor im Gesetz zu verankern. Dann hat der Bundesrat mit Verordnungsrecht genügend Zeit, diesen neuen Risikoausgleich in der Praxis zu erproben. Wichtig ist schliesslich, dass wir auch eine Antwort auf die Kostensteigerung im Bereich der Mengenausweitung haben. Hier werden wir für das fakultative Instrument der Globalbudgetierung im ambulanten Bereich entschieden kämpfen. Das ist ein Instrument neben anderen, neben den Anträgen in Richtung Relativierung des Kontrahierungszwangs Ich bitte Sie in diesem Sinn, auf die Vorlage einzutreten.

Borer Roland (V, SO): Namens der SVP-Fraktion beantrage ich Ihnen Eintreten auf das Geschäft. Unsere Zustimmung zur Teilrevision des KVG machen wir jedoch von den Entscheiden in der Deteilberstung abhängig.

scheiden in der Detailberatung abhängig.
Gestatten Sie mir eine Vorbemerkung: Wir sollten uns im klaren sein, worüber wir heute sprechen. Wir sprechen über die Teilrevision eines Gesetzes, das in der Schweiz einen Binnenmarkt von jährlich 40 Milliarden Franken regeln sollte. Darüber sprechen wir, und es ist bedenklich, wie wir dieses Geschäft behandeln: noch husch, husch am Schluss einer Sondersession. Es ist bedenklich, wie wir dieses Problem angehen. Bedenklich ist es auch aus einem anderen Grund: Wenn wir schauen, an welcher Stelle der Betroffenheitsskala das KVG bei der Schweizer Bevölkerung ist, dann sehen wir

reich.

Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

doch, dass es ganz vorne ist – weiter vorne z. B. als Quoten in den eidgenössischen Räten.

Von dieser Teilrevision verspricht sich die SVP-Fraktion nicht sehr viel. Grundsätzlich geht es doch darum, die Unzufriedenheit möglichst breit auf die gesamte Schweizer Bevölkerung zu verteilen. Wir glauben auch, dass deshalb der Effekt dieser Teilrevision eher gering sein wird, gerade im Bereich des Einsparens von Kosten oder der Möglichkeit, Einfluss auf die Prämien zu nehmen. Wir glauben auch, dass in dieser ersten Gesetzesrevision wesentliche Faktoren, die endgültig angegangen werden sollten, gar nicht angegangen werden. Aus diesem Grund sind wir der Meinung, dass eine Totalrevision des KVG eigentlich sinnvoller gewesen wäre.

Wir machen jetzt nämlich eines: Wir versuchen, das Gesetz in Einzelteilen zu revidieren. Wir haben noch keine Ahnung. wie die Teilrevision dann in bezug auf die Mechanik im Gesundheitswesen und den Gesundheitsmarkt an sich herauskommen wird. Wir kommen hintennach mit einer weiteren Teilrevision. Die Probleme, die dadurch entstehen, sind heute schon vorprogrammiert. Ich wage das hier vorauszusagen. Es gibt für die SVP-Fraktion in dieser ersten Teilrevision unbestrittene Punkte, jedoch auch sehr umstrittene Bereiche. Ein umstrittener Bereich ist für uns z. B. die «Lex Visana». die man in Artikel 13 einführen will. Es ist ein Schnellschuss, der dort produziert wird, ohne dass man im Rat eingehend auch auf die Begründung des Bundesgerichtsentscheides eingehen kann. Ein weiterer problematischer Punkt ist die Globalbudgetierung für den ambulanten Bereich, eine Massnahme, die zumindest nicht unbestritten sein wird. Ein Punkt, den man eingehend diskutieren sollte, ist die Substitutionspflicht bzw. das Substitutionsrecht, je nachdem, welcher vorgeschlagenen Variante wir folgen werden. Im weiteren werden natürlich auch die neuen Prämienrabatte, die zu einer Entsolidarisierung führen, zu diskutieren geben. Auch der Risikoausgleich - eine Mechanik, die an sich von ihrem Umfang her heute schon umstritten ist und die man jetzt noch verfeinern will - sollte nicht einfach so abgeändert werden. Die diesbezüglichen Mehrheitsverhältnisse bei diesen Abstimmungen werden natürlich dann auch dafür entscheidend sein, wie sich die SVP-Fraktion in der Gesamtabstimmung zu dieser ersten KVG-Revision stellen wird.

Wir haben von Anfang an auf die Probleme im KVG hingewiesen. Es ist eine Tatsache, dass das Gesetz weder Fisch noch Vogel ist. Auf der einen Seite ist es im Bereich freier Wettbewerb zu einschränkend, auf der anderen Seite regelt es aber diejenigen Bereiche nicht, die es regeln sollte. Aus diesem Blickwinkel heraus ist es nur verständlich, dass das KVG Probleme bereitet und man von Revision zu Revision gehen muss.

In diesem Sinne stimme ich Herrn Jost Gross vollumfänglich zu: Es ist schon problematisch, dass wir ein an sich sehr junges Gesetz von Revision zu Revision ziehen werden. Das ist doch nicht tragbar. Ich wage auch die Voraussage, dass diese erste Teilrevision diejenigen Probleme, die wir glauben lösen zu können, nicht lösen wird.

Man kann also – dafür ist nicht nur der Ständerat verantwortlich, sondem auch die vorberatende Kommission des Nationalrates – auf die vorliegende Revision nicht besonders stolz sein. Diese Unzufriedenheit, auch innerhalb dieses Rates, zeigen die Einzelanträge, die gestern noch eingereicht worden sind. Ich kann nicht im Namen der Kommission sprechen, auch nicht im Namen der Fraktion; wir haben diese Einzelanträge in keinem der beiden Gremien behandeln können. Nur so viel:

Persönlich finde ich, dass der Antrag Guisan zu Artikel 42 Absatz 3bis, der ultimativ verlangt, dass der Versicherer die Kosten innert 30 Tagen zurückerstattet oder bezahlt, eher problematisch ist. Im Regelfall ist das sicher möglich. Ich stelle mir jedoch vor, dass es einmal passieren kann, dass der Versicherer gewisse erbrachte Leistungen abklären möchte, indem er beim Leistungserbringer nachfragt, warum sie auf der Rechnung sind. Wenn wir solche Abklärungen und die finanzielle Erledigung in einem 30-Tage-Rahmen regeln wollen, glauben wir an etwas, das in der Realität und in der Administration der Krankenkassen nicht möglich sein kann.

Zum Antrag Raggenbass zu Artikel 46 Absatz 2bis: Ich glaube, dass dieser Antrag so nicht nötig ist; er betrifft den Bereich der Wirtschaftlichkeit. Die Regelungen, die diesbezüglich notwendig sind, sind in Artikel 32 des KVG und den entsprechenden Verordnungen meiner Ansicht nach genügend geregelt.

Der Antrag Föhn zu Artikel 52a wird im Detail von Herrn Bortoluzzi behandelt. Das gleiche gilt für die Anträge Gross Jost und Simon

Eintreten ist in der SVP-Fraktion also nicht bestritten. Bei der Gesamtabstimmung werden wir uns aufgrund der Behandlung des Geschäftes in der Detailberatung entweder für ein Ja oder für ein Nein entscheiden.

Fasel Hugo (G, FR): Vor gut drei Jahren ist das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung in Kraft getreten. Böse Zungen sagten damals über dieses neue Gesetz: «Meister, das Werk ist abgeschlossen, lass uns gleich mit Reparieren und Renovieren beginnen.» Auch wenn in den letzten Jahren im Gesundheitswesen einiges Grundlegendes in Bewegung geraten ist, so kann man dennoch sagen, dass dieses neue KVG - man muss auch sagen, dass es die früheren Lösungen über Notrecht ersetzt hat - seine Feuertaufe während dieser ersten drei Jahre einigermassen gut überstanden hat. Das neue KVG hat einerseits verschiedene wesentliche Veränderungen wie die Spitalplanung, die klare Trennung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung und vieles andere mehr ausgelöst. Anderseits haben sich in diesen ersten drei Jahren auch Erfahrungen eingestellt, die es nun nötig machen, das KVG in einzelnen Teilen zu verbessern. zu optimieren. Im Zentrum dieser Verbesserungen müssen dabei die Solidarität zwischen den Versicherten, die Kostendämpfung und das Ziel tragbarer Prämien für die Versicherten sein.

Im Unterschied zu einigen Vorrednern möchte ich darauf hinweisen, dass wir das Vorgehen des Bundesrates insofern unterstützen, als er diese Verbesserungen des KVG schrittweise, auch in einem gewissermassen vorsichtigen Schritttempo, angeht.

Vorher wurde hier gesagt, es handle sich um eine Minirevision. Das stimmt. Man sieht aber schon allein an der Zahl der Anträge, dass bereits in eine solche Minirevision ein ganzes Paket von anderen Möglichkeiten und Verbesserungsvorschlägen eingepackt werden sollte, so dass jede Revision dann auch scheitern kann. Auch dies wurde hier schon gesagt. Man behält sich die Zustimmung bis zum Schluss vor, weil schon diese Minirevision in verschiedenen Teilen sehr umstritten sein kann.

Um Verbesserungen im KVG auch tatsächlich zu realisieren, scheint uns von seiten der grünen Fraktion ein sehr sachtes, kontinuierliches und auf verschiedenen Einzelschritten basierendes Vorgehen am erfolgversprechendsten zu sein.

Bezüglich der Versicherten stellen wir heute fest, dass der Leidensdruck sehr gross ist, weil die Prämien in den letzten Jahren ununterbrochen erhöht worden sind und das KVG bisher die ursprünglichen Versprechungen und Hoffnungen noch nicht erfüllt hat, dass nämlich die Prämien eher sinken würden, oder dass sie, wenn sie schon steigen, nur in sehr bescheidenem Rahmen steigen würden.

Der Leidensdruck ist vor allem bei Versicherten mit kleinen Einkommen enorm. Viele Familien stehen Ängste aus, wenn sie wissen, dass sie bei nächster Gelegenheit wieder die Rechnung für die Krankenkassenprämien erhalten werden. Um so wichtiger ist es, dass das zentrale und eigentlich einzige sozial ausgleichende Instrument, nämlich die Prämienverbilligung, konsequent weitergeführt wird und auch Verbesserungen realisiert werden. Der vorgelegte Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung trägt diesem Anliegen insofern Rechnung, als die Finanzierung der Prämienverbilligung durch den Bund bis ins Jahr 2003 sichergestellt wird.

In diesem Zusammenhang ist auch nochmals darauf hinzuweisen, dass die Prämienverbilligung und deren Finanzierung bereits bei der Einführung der Mehrwertsteuer ein wesentliches Argument waren, um die Zustimmung der Bevölkerung zur Mehrwertsteuer zu gewinnen. Hier sollten wir politisch konsequent bleiben und deshalb auch weiterhin die Finanzierung der Prämienverbilligung sicherstellen.

Bei der Teilrevision des KVG begrüssen wir die wenn auch noch sehr bescheidenen Fortschritte in Richtung einer minimalen Vereinheitlichung der 26 kantonalen Prämienverbilligungssysteme. Als eine Subkommission der SGK vor rund zwei Jahren die verschiedenen Verbilligungssysteme unter die Lupe nahm – Kollege Rychen stand dieser Subkommission vor –, mussten wir eine fast unüberblickbare Vielfalt, man könnte auch sagen einen Dschungel, verschiedenster kantonaler Regelungen feststellen. Ein Zustand, der der heute oft geforderten Mobilität auf dem Arbeitsmarkt – diese wird sogar im Arbeitslosenversicherungsgesetz verlangt – nicht Rechnung trägt.

Wir sind enttäuscht darüber – um ein weiteres Kapitel dieser Revision aufzuschlagen –, dass der Ständerat die Globalbudgetierung, die vom Bundesrat in diese Vorlage eingebracht worden ist, ablehnt, obwohl dies mit einer blossen Kann-Formulierung erfolgen sollte. Gerade die Einführung der Globalbudgetierung würde es ja möglich machen, dass man in einem sozialpolitisch wichtigen Segment einmal beschränkte Erfahrungen macht, wenn ein Kanton bereit ist, mit der Globalbudgetierung zu arbeiten. Wir von seiten der grünen Fraktion werden an der Einführung der Globalbudgetierung, wie sie der Bundesrat vorsieht, festhalten.

Wir begrüssen ebenfalls die kostendämpfenden Massnahmen im Bereich des Medikamentenmarktes, wo die Möglichkeit, vermehrt Generika abzugeben und einzusetzen, durch das Substitutionsrecht der Apothekerschaft verbessert wird. Wir begrüssen es auch, dass der Kassenwechsel erleichtert werden soll, und wir begrüssen es schliesslich, dass in dieser Vorlage klargestellt wird, wie der Rückzug einer Kasse aus einem Gebiet zu vollziehen wäre. Es kann dann nämlich auch ein Teil der Reserven angegriffen werden.

Wir bedauern es, dass das zentrale Geschäft, nämlich die Spitalfinanzierung, in diese Revision noch nicht Eingang gefunden hat. Wir hoffen aber, dass der Bundesrat diese Vorlage möglichst schnell in separater Form, wie er es versprochen hat, vorlegen wird, so dass wir spätestens im nächsten Jahr auch darüber befinden können.

Die grüne Fraktion stimmt für Eintreten. Ich bitte Sie, ein Gleiches zu tun.

Hochreutener Norbert (C, BE): Zum KVG ist schon vieles geschrieben und gesagt worden: Richtiges und Falsches, Gutes und Schlechtes. Das KVG ist in aller Leute Munde, es betrifft alle, und es hat im Gesundheitswesen vieles und viele in Bewegung gebracht. Das war gut, und das war auch sehr nötig. Je länger, je mehr werden wir auch die positiven Seiten des KVG kennenlernen.

Wir haben heute über zwei Vorlagen Beschluss zu fassen:

1. Mit der ersten Vorlage legen wir für die Jahre 2000 bis
2003 die Bundesbeiträge an die Prämienverbilligungen fest.
Das ist nötig, weil die geltenden Rechtsgrundlagen für diese
Subventionen Ende dieses Jahres auslaufen. Hier ist Eintreten völlig unbestritten, und die CVP-Fraktion stimmt auch dem Inhalt dieses Bundesbeschlusses zu.

2. Die zweite Vorlage ist eine Revision des KVG. Wenn wir nun die erste Revision des KVG beraten, so müsste man eigentlich annehmen, dass wir nun alles verbessern, was in den letzten Jahren an Lücken, offenen Fragen, Widersprüchen und Fehlem in diesem Gesetz diskutiert worden ist. Dem ist aber nicht so! Die Vorlage enthält zum grössten Teil unspektakuläre technische Änderungen. Ich erwähne als Beispiel die Regelung einiger offener Fragen bei der Prämienverbilligung durch die Kantone, wie etwa die rasche Berücksichtigung von Änderungen in den Einkommensverhältnissen beispielsweise bei Arbeitslosigkeit.

Diesen Änderungen stimmt die CVP-Fraktion zu. Auch wenn diese Änderungen unspektakulär sind, sind sie dennoch nötig und auch dringlich. Es wäre verhängnisvoll, sie auf eine spätere, grosse Revision des KVG verschieben zu wollen. Denn machen wir uns nichts vor: Diese grosse Revision wird nicht leicht sein!

Aber schon der Bundesrat hat sich nicht auf technische Aspekte allein beschränkt. Er schlägt uns im ambulanten Bereich eine Rechtsgrundlage für Globalbudgets der Kantone vor. Diesen Vorschlag lehnt die CVP-Fraktion ab, weil er unserer Ansicht nach in eine völlig falsche Richtung weist: Der Bundesrat sieht das Heil in mehr Regulierung. Dabei hat er nicht einmal alle Regulierungsmöglichkeiten umgesetzt, die eigentlich schon im KVG enthalten sind. Budgets sind zwar nicht von vornherein ein schlechtes Instrument zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung. Aber von oben verordnete Budgets werden nicht zum Ziel führen, weil die Betroffenen sofort versuchen werden, das Budget zu umgehen. Das wird gerade bei Budgets auf der Ebene der Kantone der Fall sein. Ich werde in der Detailberatung darauf zurückkommen.

In einem muss ich dem Bundesrat aber recht geben: Wir können uns bei der ersten Revision des KVG nicht auf rein technische Aspekte allein beschränken. Deshalb unterstütze ich Vorschläge, die auch wichtige materielle Ergänzungen des KVG zum Inhalt haben, nämlich insbesondere die Förderung der Substitution durch Generika, die damit unabdingbar verbundene Änderung im Abgeltungssystem für Leistungen der Apotheker.

Mit dieser Vorlage werden, wie gesagt, nicht alle bereits heute erkannten Probleme gelöst. Ich erwarte deshalb vom Bundesrat, dass er uns rasch eine zweite Revisionsetappe unterbreitet. Diese muss in erster Linie Vorschläge zur Änderung der Spitalfinanzierung enthalten. Vordringlich ist dabei die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern, die Festlegung von Tarifen, die den effektiven – nicht einen subventionierten – Preis für die Spitalbehandlungen aufzeigen, und die Umlenkung der heutigen Subventionen der Kantone an die Spitäler in Subventionen für Leistungen.

Weitere wichtige Revisionspunkte aus meiner Sicht sind eine Änderung beim Risikoausgleich. Es darf doch nicht sein, dass jene Kassen, die sich auf die Abwerbung von jungen und gesunden Versicherten konzentrieren, im gegenseitigen Wettbewerb erfolgreicher sind als jene, die innovative Lösungen zur Kosteneindämmung entwickeln. Eine neue Regelung der Leistungspflicht in Pflegeheimen wird nötig sein. Die Leistungspflicht muss sich auf klar definierte Beiträge beschränken. Wenn die Krankenversicherung zu einer umfassenden Pflegeversicherung für Chronischkranke wird, werden die Prämien ins Unermessliche steigen.

Ein weiterer wichtiger Punkt: Es sind neue Instrumente gegen die ständige Ausdehnung der Leistungsmenge einzuführen. Es ist bekannt und unbestritten, dass jeder neue Leistungserbringer, jeder Arzt auch zusätzliche Kosten verursacht, ohne dass deswegen unsere Bevölkerung gesünder würde. Hier müssen wir uns von liebgewonnenen Gewohnheiten trennen. Es kann in Zukunft nicht mehr jeder Arzt damit rechnen, dass er einen rechtlich gesicherten Anspruch auf die Ausübung seines Berufes zu Lasten der Krankenversicherung haben wird.

Wir beraten heute zu Recht über eine Revision des KVG. Vergessen wir dabei aber eines nicht: Erste Priorität hat immer noch die konsequente Umsetzung des geltenden KVG. Hier ist noch einiges zu tun. Ich erwähne nur die Einführung der einheitlichen Tarifstruktur bei den Arzttarifen, der GRAT, eine Kosten- und Leistungstransparenz in den Spitälern, die wir immer noch nicht haben und die echte Betriebsvergleiche ermöglicht, aber auch den konsequenten Abbau von Überkapazitäten bei den Spitälern. Hier haben die Kantone noch einiges vor sich. Wir lösen die Probleme des Gesundheitswesens nicht, wenn wir uns ständig in neue Revisionen des Gesetzes flüchten. Letztlich müssen die Probleme bei der Umsetzung des Gesetzes angepackt werden.

Egerszegi Christine (R, AG): Im Namen der FDP-Fraktion bitte ich Sie, auf die Vorlagen einzutreten.

Wir stehen bereits nach relativ kurzer Zeit vor der ersten KVG-Revision. Das KVG hat noch nicht den besten Ruf, aber es ist bei weitem nicht so, dass man es heute umkrempeln müsste. Nicht alle Freisinnigen waren damals glühende Ver-

Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

fechter des neuen Gesetzes. Aber wir müssen doch alle feststellen, dass das frühere Gesetz grosse Nachteile hatte: Mit dringlichen Bundesbeschlüssen hielt man den Deckel über den Problemen und versuchte so, die Kosten zurückzuhalten. Mit dem neuen KVG wurde nun quasi der Deckel gehoben, und die Probleme liegen auf dem Tisch. Jetzt müssen wir sie lösen.

Es wurden sehr grosse Hoffnungen in das neue KVG gesetzt, auf dass die grosse Regelmässigkeit der Prämiensteigerung aufhören möge. Die Hoffnungen, das sehen wir heute, waren zu hoch gesteckt. Tatsächlich wurden Instrumente geschaffen, um die Kosten in den Griff zu bekommen; ich denke an die Spitalplanung, die wählbaren Franchisen oder die verschiedenen Arztmodelle. Sie beginnen ja auch zu greifen, aber man hat die Auswirkungen von Leistungserweiterungen - die notabene zum Wohle vieler Patientinnen und Patienten wie der Chronischkranken sind - in zum Teil krasser Art und Weise unterschätzt. Nun braucht es einerseits eine gewisse Geduldphase, bis sich die Wirkungen der Massnahmen klar zeigen oder allenfalls klar wird, dass grundlegende Änderungen eingeleitet werden müssen. Andererseits haben wir heute Lücken und Mängel auf dem Tisch, die rasch behoben werden müssen.

In der vorliegenden Teilrevision geht es also um notwendige Korrekturen und Kompetenzregelungen, die ohne Aufschub rasch zu realisieren sind. Grosse Probleme, wie etwa die Spitalfinanzierung, wurden zurückgestellt, was wir bedauern. Aber es scheint vernünftig – der Ständerat hat unseres Erachtens gut daran getan –, die noch in der Vorlage enthaltenen schwierigen Brocken wie die Globalbudgetierung zurückzustellen und auf eine grundlegende massive Neuerung wie die Einführung des Tiers payant zu verzichten.

Die FDP-Fraktion unterstützt den vom Ständerat eingeschlagenen Weg. Sie begrüsst die Neuerungen, dass bei längerdauerndem Militärdienst die Versicherungspflicht sistiert wird, dass der Schutz der Versicherten verbessert wird. Wir begrüssen es auch, dass die Versicherer neu generell für 18-bis 25jährige eine Prämienreduktion gewähren können. Wir finden es richtig, dass die Apotheker Originalpräparate durch billigere Generika ersetzen können; aber wir halten daran fest, dass der Arzt die Verantwortung für die Therapie trägt, wenn er schon die Diagnose stellt.

Wir haben grosse Vorbehalte gegenüber der Einführung eines ambulanten Globalbudgets. Es ist so, dass die Kosten im stationären Bereich abgeflacht sind. Aber warum? Weil man jene Kosten in ein Globalbudget gefasst hat und weil jetzt die einzelnen Patienten schneller in den ambulanten Bereich entlassen werden. Daher ist es nichts als natürlich, dass diese Kosten gestiegen sind. Wenn man jetzt den ambulanten Bereich einschränkt, wird wieder die Bewegung zurück gefördert. Die Ärzte werden, um ihr eigenes Budget zu schonen, gewisse Patientinnen und Patienten vermehrt in Spitalbehandlung geben. Wir sehen ein Globalbudget auch in der Praxis als undurchführbar an.

Wir halten die Prämienverbilligung für ein sehr wichtiges Instrument des neuen KVG. Deshalb unterstützen wir auch den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung. Wir befürworten auch die Sprechung jener Kredite, wie sie die Mehrheit vorsieht – aber nur mit dem Zusatz des Ständerates, dass «höchstens» diese Summe beansprucht werden kann. Denn die Kantone haben ja auch die Möglichkeit, dass sie nicht alle Beträge voll ausschöpfen müssen.

Sehr grosse Sorgen bereitet uns die stetige Ausweitung des Leistungskataloges. Deshalb werden wir auch nicht befürworten, dass die Apotheker in dieser Art und Weise ins KVG aufgenommen werden. Ich erinnere Sie daran, dass rund zwanzig Berufsgruppen eine Aufnahme ins KVG beanspruchen. Das geht von den nichtmedizinischen Psychotherapeuten über die Musiktherapeuten bis zu den «amtlichen Stressabbauern». Wir wollen keine Zweiklassenmedizin, sondern eine gute Krankenversicherung mit guten Grundleistungen für alle und die Möglichkeit für jene, die noch mehr Leistungen beanspruchen, diese separat dazu zu versichern. Die Verantwortung für die Kosten tragen alle.

Die Crux ist eigentlich: Je mehr Prämien bezahlt werden, um so mehr Leistungen möchten beansprucht werden. Die Crux ist auch: Wir können eine noch so gute Spitalplanung machen – wenn wir sie nicht umsetzen können, kann sie nicht greifen. Es ist bis anhin noch keinem Regierungsrat gelungen, ein Spital zu schliessen. Deshalb liegt die Verantwortung schlussendlich bei den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern: Ist man gewillt, Vorsätze, Planungen umzusetzen?

Es geht aber auch nicht an, dass die Ärzte im Assistenzarztbereich Forderungen stellen können, die ins Arbeitsgesetz Aufnahme finden. Denn dann müsste die Konsequenz so lauten, dass man die Ausbildungsplätze um die Hälfte reduziert. Der ganze Krankenversicherungsbereich ist ein Gefüge, und die Verantwortung dafür, dass man eine gute, kostengünstige Krankenversicherung hat, liegt bei allen Teilen: bei den Krankenversicherungen, bei den Ärzten, aber auch bei den Behörden und schlussendlich bei den Patientinnen und Patienten.

Ich bitte Sie im Namen der freisinnig-demokratischen Fraktion, auf die Teilrevision einzutreten. Zu den umstrittenen Artikeln werden wir uns später noch detailliert äussern.

Eymann Christoph (L, BS): Die Liberalen haben seinerzeit die Einführung des KVG begrüsst. Wir sind auch für Eintreten auf diese Teilrevision.

Auch wir haben zur Kenntnis nehmen müssen, dass breite Bevölkerungskreise mit den Folgen dieser Gesetzgebung nicht zufrieden sind. Die Kosten sind sehr stark angestiegen. Mit dem Bundesrat sind wir aber der Meinung, dass es verfrüht wäre, die im KVG festgelegten Instrumente in Frage zu stellen, bevor man deren Wirkung in vollem Ausmass kennt. Wir sind damit einverstanden, dass die jährlichen Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung für die Zeit vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2003 in einem Bundesbeschluss festgelegt werden. Die Kontinuität in der Prämienverbilligung für die Anspruchsberechtigten durch die Kantone ist somit gewährleistet.

Die vorgeschlagenen Änderungen des KVG können wir nicht alle gutheissen. Insbesondere werden wir uns gegen die Einführung eines Globalbudgets für ambulante und teilstationäre Leistungen aussprechen. Auch können wir einer Zwangssubstitution von Originalpräparaten durch Generika nicht zustimmen. Bereits vor drei Jahren haben wir gefordert, dass zur Erhöhung der Akzeptanz dieses neuen Gesetzes Anstrengungen unternommen werden. Wir haben einen «runden Tisch» angeregt, an welchem die Leistungserbringer, die Finanzierenden und die Versicherten versuchen könnten, die Kostensteigerung gemeinsam zu bekämpfen. Ein solches Vorgehen hätte möglicherweise dazu geführt, dass wir uns heute nicht mit Ultima-ratio-Entscheiden wie der Einführung eines Globalbudgets im ambulanten und teilstationären Bereich auseinandersetzen müssten.

Wir stehen unter dem Eindruck, dass heute die Leistungserbringer untereinander unter dem Motto «jeder gegen jeden» versuchen, die eigenen Interessen möglichst ohne Verluste zu wahren. Jedenfalls bietet sich uns leider kein Bild eines durchdachten und mit den Betroffenen abgesprochenen Konzeptes. Sehr viele Möglichkeiten, die Kosten zu senken, sind nach unserer Auffassung nicht ausgeschöpft worden. Es sollen jährlich Medikamente im Betrag von etwa 500 Millionen Franken bezogen und dann nicht verwendet werden. Wo bleibt die Informationskampagne zur Unterstützung der Kostendämpfung durch die Patientinnen und Patienten, welche alle Leistungserbringer zusammen mit dem Bund und den Kantonen tragen müssten? Wäre es nicht sinnvoll, den Konsumentinnen und Konsumenten von Dienstleistungen, welche von der Krankenkasse bezahlt werden, Anweisungen zum Sparen zu geben, an deren Eigenverantwortung zu appellieren? Wo bleibt die Bekämpfung der Mengenausweitung medizinischer Dienstleistungen? Müsste nicht eine Bedürfnisklausel, insbesondere im ambulanten Bereich, diskutiert werden? Herr Cavalli hat gestern darauf hingewiesen. Welche Instrumente sind entwickelt worden, um überhöhte Honorare zu bekämpfen? Welche Vorkehrungen sind getroffen worden, um zu verhindern, dass eine einzige Indikation zur Konsultation mehrerer Ärzte führt?

Auch scheint uns die Zwangssubstitution von Originalpräparaten durch Generika nicht ohne Nebenwirkungen zu sein – ich denke an die einheimische Pharmabranche. Als Liberale haben wir Mühe mit direkten und indirekten Eingriffen des Staates auf die Preisgestaltung.

Wir würden es sehr begrüssen, wenn in einer ersten Phase die unspektakulären und kaum bestrittenen Sparmassnahmen diskutiert und umgesetzt würden. Bevor solche Planungen vorliegen und diskutiert werden können, können wir uns nicht einverstanden erklären, wenn Massnahmen getroffen werden, die die Berufsstände im Medizinalgewerbe über Gebühr oder ungerecht tangieren und auch zu einer unverhältnismässigen Benachteiligung der inländischen Pharmabranche führen.

Wir bitten Sie, auf diese Vorlage einzutreten.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je ne serai pas très longue à ce stade puisque, à une exception près, l'entrée en matière n'est pas contestée et que nous allons pouvoir vraiment empoigner les problèmes à bras-le-corps, là où ils se posent dans toute leur diversité. J'aimerais dire dans ce sens quelques mots, après avoir remercié la commission pour son travail et les orateurs qui viennent de se succéder à la tribune.

L'un d'entre vous a dit: «Le fait que l'on doive, trois ans après l'entrée en vigueur d'une loi, procéder à une première révision est le signe que cette loi est mauvaise.» Permettez-moi de dire que c'est une déclaration qui n'est absolument pas fondée. Cette loi a permis de réaliser des progrès décisifs; c'est une loi qui gère un système d'une très grande complexité, qui n'est d'ailleurs ni chair ni poisson, «weder Fisch noch Vogel», comme le disait, je crois, M. Borer. C'est une loi qui combine deux éléments: la planification et le marché. Il est absolument indispensable que, dans le secteur de la santé, ces deux éléments puissent se retrouver.

Nous devons utiliser ce qu'on appelle le marché, c'est-à-dire la liberté de choix des assurés, pour le type d'assurance qu'ils souhaitent conclure, que ce soit «managed care», que ce soit des franchises plus élevées. Mais le marché, ce sont aussi les possibilités de passer des contrats entre assureurs et prestataires de services, pour avoir des formes d'assurance originales, là aussi par exemple de type «managed care». Voilà où nous voyons le rôle du marché. Nous le voyons aussi bien sûr dans une pression sur le développement de la qualité des services.

Cela ne pourrait pas suffire dans un système où le marché conduit à des résultats paradoxaux: plus il y a d'offre et plus les prix augmentent, ce qui est une absurdité pour un marché qui fonctionne normalement. Nous avons un système où il y a de toute façon des monopoles - le monopole du brevet, celui de la possibilité de vendre un médicament pendant quinze ans en étant le seul sur le marché, par exemple -, et qui est un système absolument nécessaire pour la protection des activités scientifiques de développement de la pharmacie, à mon avis. Ce système-là, oligopole, monopole de fait, nécessite aussi un contrôle de l'Etat qui est à la fois un contrôle des prix et, en ce qui concerne les prestations, un contrôle de qualité. Le système de santé, dans aucun pays, n'est un système que l'on peut entièrement abandonner aux forces du marché. Même le système des Etats-Unis, le plus cher et le moins efficace dans sa couverture qui existe au monde sans doute, n'est pas entièrement libéral. Sur ce plan-là, nous devons apprendre à combiner les deux. C'est ce que nous nous efforcons de faire.

Alors pourquoi une révision après trois ans? Eh bien, votre voiture, elle, a peut-être besoin, après une période de rodage, d'être contrôlée, de voir certains boulons resserrés, certaines pièces améliorées pour qu'elle fonctionne mieux. C'est ce que nous faisons avec cette première révision partielle

La deuxième est déjà annoncée. La question très importante du financement des hôpitaux et des effets pervers que peut entraîner actuellement, dans des domaines différents, le financement assuré par des subventions nécessaires de l'Etat et par l'assurance, doivent être corrigés. Nous travaillons d'arrache-pied à cette révision. Elle sera soumise au Conseil fédéral encore avant l'été; sa décision interviendra dans le courant de l'été, de façon à ce que les travaux parlementaires puissent reprendre avec la nouvelle législature, avec pour but l'entrée en vigueur au 1er janvier de l'an 2001. Nous avons également comme but, qui paraît très raisonnable sur la base des débats qui ont eu lieu au Conseil des Etats et qui vont avoir lieu ici, que la première révision, elle, entre en vigueur au 1er janvier de l'an 2000.

Très brièvement, le but de cette révision: nous voulons, d'un côté, consolider des éléments de solidarité et, de l'autre, consolider des instruments de maîtrise des coûts dans la loi. Consolider des éléments de solidarité, c'est principalement améliorer le système de la réduction des primes tout en respectant le fédéralisme sacro-saint et un peu excessif qui a été introduit dans la loi. C'est un correctif social indispensable au régime des primes individuelles, il fonctionne aujourd'hui non seulement d'une façon sans doute trop disparate, mais surtout d'une façon insuffisamment efficace.

Nous voulons des corrections ponctuelles du système d'assurance. Un exemple auquel nous attachons une grande importance: nous voulons interdire la possibilité d'assurer la participation aux coûts. Nous voulons interdire, en d'autres termes, que par le biais des assurances complémentaires on trouve des trucs – cela ne mérite pas d'autre mot – pour permettre la sélection dans l'assurance de base des meilleurs risques possible, tout simplement parce qu'on leur offre des avantages dans les assurances complémentaires.

Je considère par exemple qu'offrir des franchises très élevées et proposer aux gens en bonne santé de pouvoir s'assurer contre ces franchises, par le biais d'une assurance complémentaire, avec une prime fixée en fonction du risque, n'est rien d'autre qu'un nouveau truc pour sélectionner les bons risques, c'est-à-dire pour attirer dans une assurance ceux qui ne coûteront pas cher et introduire ainsi une dynamique – personne peu chère signifiant prime peu élevée. De ce fait, l'on crée une espèce de désolidarisation au niveau de l'assurance de base qui est insupportable, parce qu'elle est fondamentalement en contradiction avec le système de la LAMal.

Une parenthèse pour dire à ceux qui affectionnent beaucoup le marché: trop de marché tue le marché dans ce domaine. Si les caisses-maladie se font la guerre et trouvent tous les jours d'autres trucs pour essayer d'être gagnantes dans une concurrence que je qualifierai largement de déloyale, les appels à transformer la pluralité de caisse gagneront certainement en intérêt ou en tout cas trouveront davantage d'écho.

Voilà pour les éléments de solidarité. J'y ajouterai peut-être encore un élément, celui qui permet aussi, en chargeant la Confédération de définir les régions de primes au sein des cantons, d'éviter une désolidarisation qui ferait que l'on offrirait aux habitants fortunés des banlieues des primes meilleur marché qu'au noyau dur de ces agglomérations qui resterait avec des mauvais risques accumulés.

Nous voulons maîtriser les coûts dans le domaine de la santé, en introduisant de nouveaux instruments. Le droit de substitution du pharmacien est un élément intéressant et nous aurons une discussion à ce sujet lors de l'examen de détail. Nous permettrons aux pharmaciens de sortir d'une logique qui leur fait vendre le médicament le plus cher, parce que c'est là que la marge est la plus élevée, et nous leur permettrons ainsi également de jouer leur rôle de partenaires dans le domaine de la maîtrise des coûts.

Le budget global pour les prestations ambulatoires est un instrument que nous devrions pouvoir mettre à la disposition des cantons, afin que des expériences puissent être faites. Le fédéralisme a l'immense avantage de permettre de faire des expériences dans des milieux plus restreints et de savoir ainsi ce qui marche. Je suis très heureuse que la majorité de votre commission ait suivi le Conseil fédéral dans ce domaine. Au Conseil des Etats, j'étais intervenue dans ce sens-là, tout en reconnaissant qu'éventuellement, le budget global



Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

devait être à la fois un instrument normal de gestion à disposition des cantons et une mesure d'urgence qui peut être saisie à la demande des assureurs-maladie. Peut-être qu'un seul de ces deux modes d'introduire un budget global suffit. Dans ce cas, cela doit absolument être l'instrument mis à disposition des cantons pour assurer leur responsabilité à la fois de garant des soins accordés à la population et de maîtrise des coûts.

Nous voulons en général améliorer la transparence. Je l'ai dit en ce qui concerne l'unification des régions de primes, mais c'est aussi pour permettre une meilleure comparaison entre les caisses que nous le souhaitons. Nous voulons surtout que les assurés aient des délais plus transparents à observer pour changer d'assureur. Actuellement, il y a une certaine confusion quant aux délais de dénonciation du contrat d'assurance selon les motifs ou les conditions dans lesquelles cette résiliation a lieu.

Vous voyez donc les maîtres mots: consolider les éléments de solidarité, consolider les instruments de maîtrise des coûts. Il s'agit d'une révision après les premières dizaines de milliers de kilomètres. Il s'agit du premier contrôle d'un système dont la complexité nécessite certainement de resserrer quelques boulons.

Je vous remercie d'entrer en matière.

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

A. Bundesbeschluss über die Bundesbelträge in der Krankenversicherung

A. Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie

Detailberatung - Examen de détail

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission Mehrheit Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Minderheit (Bortoluzzi, Schenk)

Für die Jahre 2000 bis 2003 betragen die jährlichen Beiträge des Bundes 2213 Millionen Franken.

Art. 1

Proposition de la commission Majorité Adhérer à la décision du Conseil des Etats Minorité (Bortoluzzi, Schenk)

Pour les années 2000 à 2003, les subsides fédéraux s'élèvent à 2213 millions de francs par année.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich beantrage Ihnen mit diesem Minderheitsantrag, die Ausgaben des Bundes nicht mehr einfach anwachsen zu lassen. Das ist für dieses Haus eher aussergewöhnlich. Aber die vergangenen Jahre müssten Warnung genug sein, Zurückhaltung zu üben und auf unnötige finanzielle Aufstockungen zu verzichten.

Das KVG sieht vor, dass die jährlichen Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung an die Kantone für jeweils vier Jahre festgesetzt werden. Bei der Festsetzung sind nach Artikel 66 Absatz 2 zwei Elemente zu berücksichtigen: erstens die Ent-

wicklung der Kosten in der Grundversicherung; zweitens die Finanzlage des Bundes.

Wenn man auf die Kostenentwicklung der Grundversicherung in den letzten drei Jahren abstellen würde, müssten wir kaum diskutieren. Es geht aber darum, die Entwicklung in den kommenden vier Jahren abzuschätzen und einzubeziehen. Wenn man nun den Prognosen der Vorsteherin des Departementes des Innern, Frau Bundespräsidentin Dreifuss, folgt, darf man immerhin davon ausgehen, dass nun doch mit einem etwas bescheideneren Kostenwachstum gerechnet werden kann. Das ist an sich erfreulich. Man kann durchaus davon ausgehen, dass aus dieser Sicht eine Erhöhung der Bundesbeiträge nicht mehr zwingend nötig ist.

Aus der Sicht der Finanzlage des Bundes – dazu müssen wir auch nicht allzu viele Worte verlieren – wäre sicher eher eine Reduktion der Beiträge angezeigt. Nach wie vor ist es so, dass für die Periode des Bundesbeschlusses im Finanzplan des Staates gegen eine Milliarde Franken Defizit vorgesehen ist. Von den 120 Milliarden Franken Schulden wollen wir an dieser Stelle gar nicht sprechen. Die Situation des Bundeshaushalts, welche diesen Entscheid mitprägen soll, ist nach wie vor eine schlechte.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass man davon ausgeht, dass die Kantone die Bundesbeiträge weiterhin nur bis gegen 80 Prozent abholen werden. Das heisst, dass man im Finanzplan des Bundes etwa eine halbe Milliarde Franken nicht einsetzt, trotz Versprechungen, die man den Kantonen macht. Sie sehen, auch hier ist ein grosses Fragezeichen zu setzen. Nachdem die Kantone die Umsetzung dieser Sozialleistungen – der Prämienverbilligung – nun sozialpolitisch verfeinern und versuchen, die Bundesbeiträge besser zu nutzen, scheint mir eine solche Überlegung im Finanzplan leichtsinnig zu sein.

Obwohl die Probleme bekannt sind, geht man nun hin und erhöht die Beiträge. Man zwingt die Kantone damit, ihre minimalen Ansätze anzuheben, ob sie wollen oder nicht. Diese Ausgangslage rechtfertigt es längst, auf eine jährliche Erhöhung zu verzichten. Die Beiträge sind auch aus sozialpolitischer Sicht nicht unbedingt notwendig. Für mich ist es völlig unerklärlich, dass sich die Finanzpolitiker des Freisinns und der CVP heute nicht für eine Plafonierung dieser Beiträge einsetzen. Es ist, so meine ich, auch gegenüber dem Staatshaushalt dringend angesagt, dass man versucht, die Ausgaben über das Jahr 2001 hinaus nicht einfach wachsen zu lassen.

Statt sich in der Budgetdebatte dann wiederum über das ungebremste Ausgabenwachstum zu beklagen, wäre es wohl besser, sich nun hier dieser Möglichkeit zu bedienen und dem Antrag der Minderheit zuzustimmen, nämlich die Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung für diese Planperiode zu plafonieren.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Minderheit, welcher finanzpolitisch sinnvoll und sozialpolitisch tragbar ist, Ihre Zustimmung zu geben.

Hafner Ursula (S, SH): Wir haben nicht nur die höchsten Gesundheitskosten in ganz Europa, wir finanzieren sie auch auf die unsozialste Art und Weise, nämlich über Kopfprämien. Wir wissen es: Für viele Leute sind die ständig steigenden Krankenkassenprämien ein zunehmendes Problem, besonders für Familien mit Kindern. Auch mittelständische Familien sind unter Druck. Die privaten Haushalte tragen die Hauptlast der hohen Gesundheitskosten.

Der fortwährende Anstieg der Kosten soll nicht ihnen allein zusätzlich aufgebürdet werden. Deshalb sieht das Gesetz vor, dass bei der Festlegung der Beiträge des Bundes die Kostenentwicklung berücksichtigt werden muss. In den letzten drei Jahren sind die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung im Schnitt um 7,7 Prozent gestiegen. Die Bundesbeiträge wurden jedoch im Durchschnitt nur um 6 Prozent erhöht. Für die kommenden Jahre geht der Bundesrat von einer Kostensteigerung von 3 Prozent aus. Hoffen wir, dass dies nicht eine allzu optimistische Schätzung ist!

Mit Rücksicht auf die Bundesfinanzen schlägt der Bundesrat nun aber nicht eine Erhöhung um 3 Prozent, sondern nur eine solche um 1,5 Prozent vor. Diese Erhöhung nun ganz wegzuputzen, wie Herr Bortoluzzi es will, widerspricht klar dem Gesetz. Der Minderheitsantrag Bortoluzzi ist auch deshalb völlig deplaziert, weil Bund und Kantone schon in den letzten Jahren einen immer kleineren Anteil der Gesundheitskosten übernommen haben. Sie haben ihren Anteil zu Lasten der Versicherten um rund 10 Prozent verringert. Dazu kommt, dass die Krankenkassenprämien beim Teuerungsindex trotz einem Vorstoss aus der SP-Fraktion bisher nicht berücksichtigt werden. Es wäre höchst ungerecht und unsozial, den Versicherten mit kleinem Einkommen, auf deren Löhnen oft nicht einmal die offizielle Teuerung ausgeglichen wurde, nun noch die ganze Teuerung im Gesundheitswesen aufzubürden. Die Versicherten würden es nicht verstehen, wenn einmal mehr gutsituierte Steuerzahler auf ihre Kosten geschont würden.

Deshalb bitte ich Sie, den Antrag der Kommissionsmehrheit zu unterstützen.

Fasel Hugo (G, FR): Es handelt sich hier um ein zentrales Anliegen. Wir haben seinerzeit bei der Einführung der Mehrwertsteuer diese auch immer damit gerechtfertigt, dass wir für die Verbilligung der Krankenkassenprämien das Notwendige tun würden. Ich lehne deshalb den Antrag der Minderheit Bortoluzzi ganz klar ab.

Wenn wir bedenken, dass die Kosten im Bereich der Prämien in den neunziger Jahren fast um 50 Prozent gestiegen sind und sich gleichzeitig der Index kaum verändert hat, dann sehen wir auch, was für eine gewaltige Belastung das für untere Einkommensschichten darstellt. Wir müssen deshalb alles tun, damit die Kopfprämien, die absolut unsozial sind, mit Hilfe dieser Prämienverbilligung auch künftig auf diese Weise einigermassen abgefedert werden können.

Die Prämienverbilligung ist das einzige sozialpolitische Instrument, das wir gegen diese Kopfprämien in der Hand haben. Diese nehmen nirgends darauf Rücksicht, wieviel jemand verdient; sie nehmen auch nicht darauf Rücksicht, ob jemand mehr oder weniger Kinder hat.

Hier wird auch dem grundsätzlichen Anliegen, dass man bei der Veränderung der Subventionierung auch auf die Bundesfinanzen Rücksicht nehmen muss, Rechnung getragen, indem eben nicht die 3prozentige Teuerung zugrunde gelegt wird, sondern nur noch 1,5 Prozent berücksichtigt werden. Schliesslich sind diese Massnahmen, wie sie der Bundesrat hier vorschlägt, auch in Harmonie mit dem «Haushaltziel 2001». Es ist also nicht so, dass die Sanierung unserer Bundesfinanzen gefährdet würde, wenn man hier dem Entwurf des Bundesrates zustimmt, sondern hier ist dem «Haushaltziel 2001» konsequent Rechnung getragen worden.

Ich bitte Sie deshalb namens der grünen Fraktion, den Antrag der Minderheit Bortoluzzi klar und deutlich abzulehnen und hier dem Entwurf des Bundesrates zu folgen.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Die Kommission hat den Antrag Bortoluzzi mit 15 zu 3 Stimmen deutlich abgelehnt.

Welche Gründe haben die Mehrheit dazu bewogen, eine Erhöhung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung für die nächsten vier Jahre gutzuheissen? Wir haben uns auch mit der finanzpolitischen Dimension dieser Sache beschäftigt. Wir haben uns gefragt: Ist dies verantwortbar? Denn tatsächlich ist es ja ganz klar, dass man die Finanzen bei dieser Diskussion und Entscheidung berücksichtigen muss. Wenn die Kommissionsmehrheit diese finanzpolitische Dimension der Sache betrachtet, stellt sie fest, dass dieses vorgeschlagene Vorgehen in Einklang mit dem vom Stimmvolk angenommenen «Haushaltziel 2001» steht. Der Vorschlag dieser moderaten Erhöhung liegt also im Rahmen der beschlossenen Finanzpolitik. Konkret geht es hier um eine jährliche Steigerung um etwa 1,5 Prozent.

Der zweite Hauptgedanke der Kommissionsmehrheit ist folgender: Bei der gesamten Entwicklung in den letzten vier Jahren waren mit dem neuen KVG – dieses hat sein Ziel noch nicht erreicht – die Kostensteigerungen, Prämiensteigerungen für die Versicherten leider hoch; sie lagen eindeutig weit über diesen 1,5 Prozent. Die Prämienverbilligungsanpassung, die wir hier vorschlagen, ist also wirklich moderat in dem Sinne, dass sie nur einen kleinen Teil der Kostensteigerung abfedert. Deshalb ist sie verantwortbar.

Die Kommission empfiehlt Ihnen mit deutlichem Mehr, den Antrag der Minderheit Bortoluzzi abzulehnen.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Ce que le Conseil fédéral propose, c'est l'extrême minimum qu'on puisse proposer aujourd'hui. Cela entre très bien dans l'«objectif budgétaire 2001».

La proposition de minorité Bortoluzzi veut rendre encore plus asocial un système qui est déjà fondamentalement asocial. Si M. Bortoluzzi avait au moins voulu être logique avec luimême, il aurait dû proposer en même temps qu'on impose aux caisses-maladie de ne pas augmenter les primes pour les prochaines années, si l'on veut tout bloquer.

Il faut se souvenir de ce dont nous avons discuté hier. En 1998, les dépenses pour l'assurance de base ont augmenté de 1 milliard de francs. Cela veut dire que les primes vont augmenter clairement. Alors, ne pas vouloir augmenter les subventions équivaudrait à dire qu'on rend explosif un problème qui est déjà très grave maintenant.

Drelfuss Ruth, présidente de la Confédération: La proposition de minorité Bortoluzzi doit effectivement être très clairement rejetée parce qu'elle met la charrue avant les boeufs. Ce n'est pas en mettant un plafond aux possibilités de subventionner des primes que l'on modifie quelque chose à l'évolution des coûts de la santé. La réduction des primes est un élément uniquement correctif d'un système de prime par tête, un système qui pèse extrêmement lourd sur les épaules des personnes qui ont des petits revenus, et qui pèse très peu sur les épaules de ceux qui ont de grands revenus. Nous avons voulu une solidarité en faveur des catégories de revenu les plus basses. Pour cela, nous avons besoin de mettre à disposition des cantons les sommes prévues dans le projet que nous vous avons présenté.

Ces sommes ne seront vraisemblablement pas entièrement dépensées puisque les cantons gardent la possibilité de ne pas utiliser l'intégralité de ces fonds. Mais cela ne peut pas être une raison de réduire le plafond parce que cela pèserait immédiatement sur les cantons qui, eux, utilisent le 100 pour cent de ces ressources et qui, en général, font un très grand effort de leur côté. Il s'agit de cantons souvent appelés largement à passer à la caisse, et cela, parce que leur situation l'exige.

En parlant de ces cantons, je pense bien sûr à la Suisse latine, à la Suisse romande et à la Suisse italienne. Il est clair que ces cantons-là ont besoin des moyens auxquels ils font appel et qu'ils vont déjà être pénalisés, à partir de l'an 2002, par une modification de la clé de répartition. Vous vous rappelez que ces cantons ont bénéficié d'un certain appui de la Confédération parce que les primes y étaient particulièrement élevées. Cet appui additionnel tombe en l'an 2002, et ces cantons devront faire un effort supplémentaire à partir de ce moment-là. La proposition de minorité Bortoluzzi, outre qu'elle n'est pas logique – on ne met pas un couvercle sur un système qui doit être maîtrisé mais qui évolue, et ce n'est pas à travers les subventions que nous le maîtrisons –, aurait des conséquences encore plus lourdes que ne l'est déjà la réalité pour toute la Suisse latine.

Dans ce sens-là, la proposition de minorité Bortoluzzi contribue aussi à creuser le fossé de la Sarine, et c'est une raison de plus de la rejeter avec détermination.

Namentliche Abstimmung Vote nominatif (Ref.: 3019)

Für den Antrag der Mehrheit stimmen: Votent pour la proposition de la majorité: Aguet, Alder, Ammann Schoch, Antille, Banga, Bangerter, Baumann Ruedi, Baumann Stephanie, Beck, Béguelin, Berberat, Bircher, Blaser, Bonny, Borel, Bühlmann, Burgener,



Carobbio, Cavadini Adriano, Cavalli, Chiffelle, Columberg, David, de Dardel, Donati, Dormann, Ducrot, Dünki, Dupraz, Durrer, Eberhard, Egerszegi, Eggly, Engler, Epiney, Eymann, Fankhauser, Fasel, Fässler, Fehr Jacqueline, Frey Claude, Friderici, Gadient, Geiser, Genner, Goll, Gonseth, Grobet, Gros Jean-Michel, Gross Jost, Grossenbacher, Guisan, Günter, Gysin Remo, Haering Binder, Hafner Ursula, Hämmerle, Heim, Herczog, Hess Peter, Hochreutener, Hollenstein, Hubmann, Imhof, Jans, Jaquet, Jeanprêtre, Kalbermatten, Keller Christine, Kühne, Langenberger, Lauper, Leemann, Leuenberger, Lötscher, Maitre, Marti Werner, Maury Pasquier, Meyer Thérèse, Müller-Hemmi, Nabholz, Ostermann, Philipona, Randegger, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Rennwald, Roth, Ruckstuhl, Ruf, Ruffy, Rychen, Sandoz Marcel, Schaller, Scheurer, Schmid Odilo, Semadeni, Simon, Spielmann, Steffen, Steiner, Strahm, Stump, Teuscher, Thanei, Tschäppät, Vallender, Vogel, Vollmer, von Allmen, von Felten, Weber Agnes, Widmer, Widrig, Wiederkehr, Wittenwiler, Zbinden, Zwygart (118)

Für den Antrag der Minderheit stimmen: Votent pour la proposition de la minorité:

Baader, Baumann Alexander, Borer, Bortoluzzi, Brunner Toni, Dreher, Engelberger, Fehr Hans, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Freund, Frey Walter, Fritschi, Giezendanner, Gusset, Gysin Hans Rudolf, Hasler Ernst, Hess Otto, Keller Rudolf, Kunz, Maurer, Moser, Oehrli, Schenk, Scherrer Jürg, Schlüer, Schmid Samuel, Schmied Walter, Speck, Steinemann, Theiler, Tschuppert, Vetterli, Waber, Weigelt, Wyss (36)

Entschuldigt/abwesend sind – Sont excusés/absents:
Aeppli, Aregger, Baumberger, Bezzola, Binder, Blocher, Bosshard, Christen, Comby, Debons, Dettling, Ehrler, Fehr Lisbeth, Florio, Föhn, Gross Andreas, Hegetschweiler, Jutzet, Kofmel, Kuhn, Lachat, Leu, Maspoli, Meier Hans, Meyer Theo, Mühlermann, Müller Erich, Pelli, Pidoux, Pini, Raggenbass, Ratti, Seiler Hanspeter, Stamm Judith, Stamm Luzi, Steinegger, Stucky, Suter, Tschopp, Vermot, Weyeneth, Zapfl, Ziegler (42)

Ausgabenbremse - Frein aux dépenses

Namentliche Abstimmung Vote nominatif (Ref.: 3020)

Für Annahme der Ausgabe stimmen – Acceptent la dépense: Aeppli, Aguet, Alder, Ammann Schoch, Antille, Baader, Banga, Bangerter, Baumann Ruedi, Baumann Stephanie, Beck, Béguelin, Berberat, Bircher, Blaser, Bonny, Borel, Brunner Toni, Bühlmann, Burgener, Carobbio, Cavadini Adriano, Cavalli, Chiffelle, Christen, Columberg, David, de Dardel, Donati, Dormann, Ducrot, Dünki, Dupraz, Durrer, Eberhard, Egerszegi, Eggly, Engelberger, Engler, Epiney, Eymann, Fankhauser, Fasel, Fässler, Fehr Jacqueline, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Freund, Frey Claude, Friderici, Fritschi, Gadient, Geiser, Genner, Giezendanner, Goll, Gonseth, Grobet, Gros Jean-Michel, Gross Jost, Grossenbacher, Guisan, Günter, Gysin Hans Rudolf, Gysin Remo, Haering Binder, Hafner Ursula, Hämmerle, Hasler Ernst, Heim, Herczog, Hess Otto, Hess Peter, Hochreutener, Hollenstein, Hubmann, Imhof, Jans, Jaquet, Jeanprêtre, Jutzet, Kalbermatten, Keller Christine, Keller Rudolf, Kühne, Langenberger, Lauper, Leemann, Leuenberger, Loeb, Lötscher, Maitre, Marti Werner, Maury Pasquier, Meyer Thérèse, Müller-Hemmi, Nabholz, Oehrli, Ostermann, Philipona, Randegger, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf,

Rennwald, Roth, Ruckstuhl, Ruf, Ruffy, Sandoz Marcel, Schaller, Scheurer, Schmid Odilo, Schmid Samuel, Schmied Walter, Semadeni, Simon, Speck, Spielmann, Steffen, Steiner, Strahm, Stucky, Stump, Teuscher, Thanei, Theiler, Tschäppät, Tschuppert, Vallender, Vetterli, Vogel, Vollmer, von Allmen, von Felten, Waber, Weber Agnes, Weigelt, Widmer, Widrig, Wiederkehr, Wittenwiler, Wyss, Zbinden, Zwygart (144)

Dagegen stimmen – Rejettent la dépense: Borer, Bortoluzzi, Dreher, Fehr Hans, Frey Walter, Gusset, Kunz, Moser, Schenk, Scherrer Jürg, Schlüer, Steinemann (12)

Entschuldigt/abwesend sind – Sont excusés/absents:
Aregger, Baumann Alexander, Baumberger, Bezzola, Binder, Blocher, Bosshard, Comby, Debons, Dettling, Ehrler, Fehr Lisbeth, Florio, Föhn, Gross Andreas, Hegetschweiler, Kofmel, Kuhn, Lachat, Leu, Maspoli, Maurer, Meier Hans, Meyer Theo, Mühlemann, Müller Erich, Pelli, Pidoux, Pini, Raggenbass, Ratti, Rychen, Seiler Hanspeter, Stamm Judith, Stamm Luzi, Steinegger, Suter, Tschopp, Vermot, Weyeneth, Zapfl, Ziegler (43)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht La majorité qualifiée est acquise

Art. 2

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Namentliche Gesamtabstimmung Vote sur l'ensemble, nominatif (Ref.: 3021)

Für Annahme des Entwurfes stimmen – Acceptent le projet: Aeppli, Aguet, Alder, Ammann Schoch, Antille, Banga, Bangerter, Baumann Ruedi, Baumann Stephanie, Beck, Béguelin, Berberat, Bircher, Blaser, Bonny, Borel, Bühlmann, Carobbio, Cavadini Adriano, Cavalli, Chiffelle, Christen, Columberg, David, de Dardel, Donati, Dormann, Ducrot, Dünki, Dupraz, Eberhard, Egerszegi, Eggly, Engelberger, Engler, Eymann, Fankhauser, Fasel, Fässler, Fehr Jacqueline, Fischer-Seengen, Frey Claude, Friderici, Fritschi, Gadient, Geiser, Genner, Goll, Gonseth, Grobet, Gros Jean-Michel, Gross Jost, Grossenbacher, Guisan, Günter, Gysin Hans Rudolf, Gysin Remo, Haering Binder, Hafner Ursula, Hämmerle, Heim, Herczog, Hess Peter, Hochreutener, Holenstein, Hubmann, Imhof, Jans, Jaquet, Jeanprêtre, Jutzet, Kalbermatten, Keller Christine, Kühne, Langenberger, Lauper, Leemann, Leuenberger, Lötscher, Maitre, Marti Werner, Maury Pasquier, Meyer Thérèse, Müller-Hemmi, Nabholz, Ostermann, Philipona, Raggenbass, Randegger, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Rennwald, Roth, Ruf, Ruffy, Sandoz Marcel, Schaller, Scheurer, Schmid Odilo, Semadeni, Simon, Spielmann, Stamm Judith, Steffen, Steiner, Strahm, Stucky, Stump, Teuscher, Thanei, Theiler, Tschäppät, Vallender, Vermot, Vogel, Vollmer, von Allmen, von Felten, Weber Agnes, Weigelt, Widmer, Widrig, Wiederkehr, Wittenwiler, Wyss, Zbinden, Zwygart

Dagegen stimmen – Rejettent le projet: Baader, Baumann Alexander, Borer, Bortoluzzi, Brunner Toni, Dreher, Fehr Hans, Fischer-Hägglingen, Freund, Frey Ν

Walter, Giezendanner, Gusset, Hasler Ernst, Hess Otto, Keller Rudolf, Kunz, Maurer, Moser, Oehrli, Schenk, Scherrer Jürg, Schlüer, Schmid Samuel, Schmied Walter, Speck, Steinemann, Vetterli, Waber (28)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent: Bührer, Loeb, Tschuppert

(3)

(1)

Entschuldigt/abwesend sind – Sont excusés/absents:
Aregger, Baumberger, Bezzola, Binder, Blocher, Bosshard, Burgener, Comby, Debons, Dettling, Durrer, Ehrler, Epiney, Fehr Lisbeth, Florio, Föhn, Gross Andreas, Hegetschweiler, Kofmel, Kuhn, Lachat, Leu, Maspoli, Meier Hans, Meyer Theo, Mühlemann, Müller Erich, Pelli, Pidoux, Pini, Ratti, Ruckstuhl, Rychen, Seiler Hanspeter, Stamm Luzi, Steinegger, Suter, Tschopp, Weyeneth, Zapfl, Ziegler (41)

Präsidium, stimmt nicht – Présidence, ne vote pas: Heberlein

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

Detailberatung - Examen de détail

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Art. 3 Abs. 4 Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule, ch. I Introduction, art. 3 al. 4 Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 7

Antrag der Kommission

Abs. 2, 6, 7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Abs. 8

Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Artikel 12 nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass diese den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.

Art. 7

Proposition de la commission Al. 2, 6, 7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats Al. 8

L'assureur ne peut pas résilier les assurances complémentaires au sens de l'article 12 au seul motif que l'assuré change d'assureur pour l'assurance-maladie sociale.

Angenommen - Adopté

Art. 13

Antrag der Kommission Titel

Bewilligung, Entzug der Bewilligung und Vermögensübertrag Abs. 4

Werden das Vermögen und der Versichertenbestand einer aufgelösten Krankenkasse nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer im Sinne von Artikel 11 übertragen, so fällt ein allfälliger Vermögensüberschuss bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18).

Abs. 5

Entzieht das Departement einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereiches, so hat der Versicherer einen Anteil seiner Reserven nach Artikel 60 abzugeben. Dieser Betrag ist auf die Versicherer umzuverteilen, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsbereiches betroffenen Versicherten aufnehmen. Der Bundesrat kann die Umverteilung des Betrages der gemeinsamen Einrichtung übertragen.

Antrag Bortoluzzi Streichen

Art. 13

Proposition de la commission

Titre

Autorisation de pratiquer, retrait de l'autorisation, transfert de la fortune

Al. 4

Si la fortune et l'effectif des assurés d'une caisse dissoute ne sont pas transférés par convention à un autre assureur au sens de l'article 11, l'excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses organisées selon le droit privé revient au fonds couvrant les cas d'insolvabilité de l'institution commune (art. 18).

Al. 5

Si le département ne retire l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à un assureur que pour certaines parties du rayon d'activité territorial, l'assureur doit alors céder une part de ses réserves prévues à l'article 60. Ce montant est réparti entre les assureurs qui reprennent les assurés touchés par la limitation du rayon d'activité. Le Conseil fédéral peut confier à l'institution commune la répartition de ce montant

Proposition Bortoluzzi Biffer

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich mache es kurz. Ich stelle diesen Antrag, damit man hier im Rat nicht einfach über diese Neuerung hinweggeht. Ich glaube, sie verdient, erwähnt zu werden.

Ich habe mich mit diesem Artikel in der Kommission sehr schwer getan und mich der Stimme enthalten. Die Verwaltung hatte den Antrag zu diesem Artikel kurzfristig eingebracht. Es geht um die finanziellen Reserven der Versicherer. Die Neuerung geht auf einen Gerichtsentscheid zurück, der im Zusammenhang mit dem Fall Visana zustande gekommen ist.

Ich möchte vor allem, dass man deutlich erklärt, wie man einerseits dieses Gerichtsurteil interpretiert und anderseits diese Neuerung im Gesetz erklärt. Meines Erachtens ist diese Neuerung im KVG systemwidrig und muss als Schnellschuss bezeichnet werden. Wir haben in der Krankenversicherung ganz klar das Umlageverfahren, und die Neuerung widerspricht meines Erachtens dem Umlageverfahren. Es ist also, so glaube ich, grösste Vorsicht geboten.

Ich möchte wiederholen, dass ich diesen Antrag vor allem gestellt habe, um Frau Bundespräsidentin Dreifuss Gelegenheit zu geben, besonders diesen neuen Artikel 13 aus ihrer Sicht zu erklären und zu sagen, was verbindlich damit gemeint ist. Dann können wir allenfalls auf meinen Antrag zurückkommen.

Präsidentin: Die SP-Fraktion lässt ausrichten, dass sie den Antrag Bortoluzzi ablehnt.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Das Anliegen von Artikel 13 Absatz 4 und vor allem Absatz 5 ist erst nach den Beratungen im Ständerat durch den Bundesrat eingebracht worden. Ich habe persönlich sehr viel Verständnis dafür, dass der Bundesrat versuchen will zu regeln, was passiert, wenn ein Versicherer sich aus einem geographisch begrenzten Gebiet zurückzieht.

Im Fall Visana hat der Bundesrat bzw. das zuständige Departement gesagt, es müssten jenen Versicherten, die zu anderen Versicherungen gehen müssten, Reserven mitgegeben werden. Das kann man so regeln. Aber die Visana hat ja vor dem Bundesgericht Recht bekommen, Frau Bundespräsidentin Dreifuss, weil es ungesetzlich war, was die Behörden

gegenüber der Visana gemacht haben. Es war Unrecht; die Visana hat korrekt gehandelt. Kein Versicherter hat Schaden genommen. Das wurde auch festgestellt.

Aber jetzt kommt etwas ganz anderes: Es war nicht nur keine Gesetzesgrundlage da. Der Entscheid und die Begründung des Bundesgerichtes sind ganz wesentlich. In diesem Bundesgerichtsentscheid - ich möchte das Parlament bitten, das zu beachten - steht wörtlich, die gesetzliche Verpflichtung, ausreichende Reserven in Form von Schwankungs- und Reservefonds sowie Rückstellungen in verantwortungsmässig näher umschriebener Weise zu äufnen, diene dazu, die Zahlungsfähigkeit der Kasse für den Fall sicherzustellen, dass die laufenden Einnahmen die laufenden Ausgaben nicht deckten. Nun bestanden in diesen Kantonen keine Reserven mehr; das war ja das Problem. Deshalb hat das Bundesgericht ja auch als Grundsatz gesagt, das KVG sei eben auf dem Umlageverfahren aufgebaut. Deshalb sind Reserveabgaben überhaupt grundsätzlich fragwürdig. Das Bundesgericht sagt ganz eindeutig: «Der Gedanke, die Kasse müsse jedem austretenden Versicherten eine Reserve mitgeben, widerspricht diametral den Grundsätzen des Umlageverfahrens.» Das ist ein Grundsatzentscheid.

Ich bitte Sie, sich hier von den Emotionen im Zusammenhang mit dem Fall Visana zu lösen. Es geht um die Zukunft. Vor der Visana haben sich auch schon Kassen zurückgezogen; da blieb alles ruhig, niemand hat etwas gemacht, auch die Behörden nicht. In diesem Sinn muss ich schon sagen: Die Kommission konnte sich mit dieser Frage nicht auseinandersetzen. Deshalb kann ich auch nicht im Namen der Kommission Stellung nehmen. Sie verargen mir nicht, dass ich dazu persönlich etwas gesagt habe. Ich wollte Ihnen deutlich machen, dass das Bundesgericht mit dieser Form nicht einverstanden ist.

Theiler Georges (R, LU): Herr Rychen, in Ihrer Eigenschaft als Kommissionspräsident haben Sie nun Dinge, in die Sie sehr direkt involviert sind, in diesem Saal ausgebreitet. Finden Sie es richtig, dass Sie Ihr Amt als Kommissionspräsident hier in dieser Art und Weise missbrauchen? Es hat mich schon gestört, dass Sie hier als Präsident oder Berichterstatter dieser Kommission auftreten – ich habe nichts gesagt. Aber wenn Sie jetzt noch solche Interna der Visana hier ausbreiten, dann muss ich sagen: Ich finde dies falsch. Ihre Meinung dazu würde ich gerne hören – ich kenne sie aber bereits. (Teilweiser Beifall)

Fasel Hugo (G, FR): Meine Anfrage geht in die gleiche Richtung, ich kann aber praktisch darauf verzichten. Ich möchte einen Schritt weiter gehen und Herrn Rychen bitten, die Funktion des Berichterstatters nicht mit der des Präsidenten der Visana zu verwechseln.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Ich habe eigentlich wenig Verständnis für die Äusserungen, die die beiden Kollegen gemacht haben. Denn eigenartigerweise haben auch die beiden, die jetzt die Fragen gestellt haben, die Bundesgerichtsentscheide offensichtlich nicht zur Kenntnis nehmen wollen. Es wurde vom Bundesrat nach den Verhandlungen des Ständerates ein Entwurf für diese Bestimmung gebracht. Es ist nichts als recht, dass man diese Position auch darlegen kann. Es ist nicht so, dass es ein Missbrauch des Kommissionspräsidiums ist – ich bin übrigens nicht Präsident dieser Kommission, sondern nur Berichterstatter.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Au nom de la commission, je vous prie de soutenir sa proposition. Elle l'a adoptée de façon très claire par 13 voix contre 1 et avec 6 abstentions. Il est clair qu'il y a là une lacune dans la LAMal. C'est à cause de celle-ci qu'il y a eu beaucoup de discussions lorsque le cas Visana s'est produit, parce que personne ne savait exactement ce qu'il fallait faire. C'est pour ça qu'il faut aujourd'hui boucher ce trou et régler la situation. Nous devons toujours nous rappeler que ce n'est pas le Tribunal fédéral des assurances qui fait la loi, mais que c'est nous. Le Tribunal fédéral des assurances ne fait que l'appliquer.

La commission était tout à fait consciente du fait qu'il s'agissait d'un problème difficile. C'est pourquoi elle a demandé à l'administration un rapport complémentaire sur cette question avant de décider aujourd'hui. Nous l'avons reçu et je le juge tout à fait clair. Je me déclare donc satisfait de ce rapport. Je vous invite à adopter la proposition de votre commission.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Ce point nécessite une clarification. La présentation de M. Rychen et le choix des citations du Tribunal fédéral des assurances qu'il a fait ne permettent pas réellement de clarifier la situation.

Le problème est le suivant: est-ce que le système d'assurance-maladie est un système de répartition ou un système dans lequel un droit s'accumule tout au long des années dans une espèce de capitalisation au moins des droits acquis? Là, je donne raison à M. Rychen, le système prévoit la répartition. Ce n'est donc pas un système que nous voulons modifier pour que, lorsque l'assuré change de caisse, on transfére automatiquement ses réserves dans la nouvelle caisse. Ce n'est pas ça le problème, et la citation choisie n'est pas la bonne.

La question est de savoir ce que nous faisons dans un cas de liquidation partielle d'une caisse. Lorsqu'une caisse qui exerce dans tous les cantons déclare: «Nous voulons nous retirer de huit cantons. Veuillez nous autoriser à dire que nous ne serons présents plus que dans quinze cantons, et pas dans les autres», il s'agit d'une liquidation partielle, en l'occurrence celle de l'activité de Visana – puisqu'il faut bien la nommer – dans huit cantons sur vingt-trois. Dans ce cas, nous entrons dans la logique de la liquidation. Cette dernière est réglée dans la loi: nous pouvons transférer la fortune et l'effectif des assurés d'une caisse dissoute; s'ils ne sont pas transférés par convention à un autre assureur, nous les mettrons alors dans le fonds qui couvre les cas d'insolvabilité. C'est ce fonds qui décidera comment il utilisera ces ressources

C'est la raison pour laquelle mon département a considéré que les conditions étaient réunies dans le cas Visana. Le Tribunal fédéral des assurances n'a pas contredit cette décision sur le fond. Il a dit que le cas de liquidation partielle n'est pas prévu dans la loi. C'est exactement ce à quoi nous voulons remédier ici. Nous décidons que, pour tel ou tel canton, il s'agit d'un cas assimilable au cas de la liquidation totale, qui est lui réglé à l'alinéa précédent. C'est donc dans une toute autre logique que celle qui a été évoquée que nous nous plaçons. Cette logique-là est nécessaire et doit être prise en considération.

Il est clair que les réserves doivent être constituées en tenant compte de la situation dans les différents cantons. Par conséquent, nous ne pouvons pas dire que, si une assurance se retire de huit cantons, elle peut utiliser ses réserves pour les quinze cantons restants et partir en négligeant toute responsabilité envers les personnes qu'elle a assurées dans les huit cantons qu'elle abandonne. C'est donc cela la logique que nous vous demandons d'introduire. Nous vous prions de nous soutenir, car c'est sur ce plan-là que le Tribunal fédéral des assurances a mis en évidence une lacune législative, et nous vous invitons à la combler.

Pour cette raison, j'espère que la présente modification, qui est une réaction à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances et qui, de ce fait, n'a pas pu vous être soumise plus tôt, soit adoptée par votre Conseil et le soit ensuite par le Conseil des Etats.

Präsidentin: Herr Bortoluzzi zieht seinen Antrag aufgrund der Erklärungen von Frau Bundespräsidentin Dreifuss zurück.

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

Art. 18 Abs. 5; 21 Abs. 4, 5, 5bls

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 18 al. 5; 21 al. 4, 5, 5bls

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 25 Abs. 2 Bst. h
Antrag der Kommission
Mehrheit
Streichen
Minderheit
(Hochreutener, Borer, Bortoluzzi, Eymann, Gysin Hans Rudolf, Philipona, Rychen, Schenk, Simon)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 25 al. 2 let. h
Proposition de la commission
Majorité
Biffer
Minorité
(Hochreutener Borer Bortolu

(Hochreutener, Borer, Bortoluzzi, Eymann, Gysin Hans Rudolf, Philipona, Rychen, Schenk, Simon) Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Hochreutener Norbert (C, BE): Eine der wesentlichen Zielsetzungen dieser Revision des KVG, obwohl es in erster Linie um technische Sachen geht, soll eben auch sein, dass gewisse minimale Sparmassnahmen getroffen werden, die im Rahmen des Systems – d. h. ohne grosse Änderungen – eingeführt werden können. Es geht hier um minimale Innovation.

Dazu gehört es eben auch, die Anreize abzubauen, die zu kostentreibendem Verhalten der Leistungserbringer führen. Das ist hier bei den Apothekern der Fall. Im heutigen System wird nämlich die pharmazeutische Leistung oder die ärztliche Leistung im Bereich der Selbstdispensation mit Handelsmargen honoriert. Das heisst, je teurer ein Medikament ist und je mehr davon abgesetzt wird, desto grösser ist der Ertrag des Apothekers oder des Arztes. Schon seit langem wird dieser Mechanismus kritisiert. Man suchte nach neuen Modellen, z. B. auch durch die Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich, und man wurde fündig. Entscheidend aber ist bei jedem neuen Modell, dass die Preise der Medikamente von den Leistungen des Handels abgekoppelt, getrennt werden müssen. Der Apotheker oder Arzt im Bereich Selbstdispensation soll für seine Fachleistung bezahlt werden, und diese Bezahlung soll nicht vom Preis des Medikamentes abhängig sein. Dann ist der Anreiz zum Verkauf des teureren Medikamentes genommen.

Wenn Sie später bei Artikel 52a die Förderung von billigeren Generika gegenüber dem Originalmedikament beabsichtigen, müssen Sie auch das Abgeltungssystem ändern, sonst wird das Recht des Apothekers zur Generika-Abgabe nicht genutzt. Solche neueren Modelle werden zurzeit im BSV diskutiert. Damit sie eingeführt werden können, braucht es im KVG die gesetzliche Grundlage, welche in der Fassung des Ständerates ausreichen dürfte, weil sie für die Ausgestaltung des neuen Modells genügend Freiraum lässt.

Die knappe Mehrheit der Kommission lehnt diese Änderung des Abgeltungsmodelles ab, weil man sagt, die Einführung des Grundsatzes der gesonderten Abgeltung für die Apothekerleistung sei kostentreibend. Ich halte demgegenüber klar fest, dass diese Leistungen nicht mit zusätzlichen Mitteln abgegolten werden sollen, sondern es wird ein Teil der heutigen Preismarge weggenommen und für die Fachleistung eingesetzt. Das heisst, die Margen werden reduziert, und die freiwerdenden Mittel eben für die Fachleistung eingesetzt. Unter dem Strich bedeutet dies, dass dem Apotheker oder dem Arzt mit Selbstdispensation im Prinzip etwa gleich viel bleibt, aber die Anreize sind anders, und das ist das Entscheidende. Die ständerätliche Fassung finde ich - zusammen mit einer starken Minderheit der Kommission, aber auch mit einer klaren Mehrheit der CVP-Fraktion - gut. Nur sie ist - im Gegensatz zur Version der Kommissionsmehrheit - innovativ, und nur sie fördert das Sparen. Die Arbeiten am neuen Abgeltungsmodell im BSV werden übrigens auch durch das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, durch den Schweizerischen Apothekerverein und durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) gestützt.

Also machen wir diesen Schritt, machen wir diese Innovation, erhöhen wir die Sparanreize, und folgen wir dem Ständerat.

Gross Jost (S. TG): Die SP-Fraktion beantragt Ihnen, der Mehrheit zu folgen und die Minderheit Hochreutener abzulehnen – nicht weil wir in bezug auf die Kritik des jetzigen Abgeltungssystems in grundsätzlicher Art und Weise eine andere Meinung haben: Wir sind wie Herr Hochreutener der Meinung, dass die heutige Margenregelung preistreibend und mengenausweitend sei; es ist richtig, wie es hier dargestellt worden ist, dass diese Margen in Prozenten des Publikumspreises diese mengenausweitende Wirkung haben. Nun sollen durch die Einführung einer neuen abgeltungspflichtigen Leistung im KVG die Entschädigung von Medikamenten über den Preis und die Entschädigung der Beratungsleistung des Apothekers getrennt erfolgen. Wir sagen das ist der Kern des Widerstandes -: Wo ist die gesetzliche Basis für diesen Systemwechsel? Haben wir eine Garantie dafür, dass dieser Systemwechsel tatsächlich erfolgen wird? Wir haben zunächst im KVG nur die Einführung einer neuen abgeltungspflichtigen Leistung, wir haben einen neuen Leistungserbringer, und wir haben damit fraglos eine neue Tendenz zur Kostensteigerung, zur Kostenausweitung - solange wir nicht Gewähr haben, dass dieses System tatsächlich geändert wird.

Das ist exakt auch die Meinung der Wettbewerbskommission, die darüber hinaus darauf hinweist, dass dort, wo die Beratungsleistung am grössten ist – nämlich im Bereich der nicht rezeptpflichtigen, der nicht ärztlich verschriebenen Leistungen –, diese Abgeltung der Beratung nicht erfolgt. Es wundert dann auch nicht, dass die Apotheker selber in bezug auf diese Neuregelung gespalten sind; die Apotheker der Romandie sind klar gegen diese neue gesetzliche Verankerung. Zusammengefasst – ich sage es noch einmal –: Nichts gegen den Systemwechsel, aber er braucht eine saubere gesetzliche Verankerung, und solange wir diese im Heilmittelgesetz oder im KVG nicht haben, ist das mengenausweitend, preistreibend – deshalb die Ablehnung des Minderheitsantrages Hochreutener.

Präsidentin: Die FDP- und die SVP-Fraktion teilen mit, dass sie der Minderheit zustimmen.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: La commission, par un résultat très serré de 11 voix contre 10, a accepté la proposition Suter qui constitue donc la proposition de majorité.

Le fond du problème est que nous sommes tous pour un changement de système. Mais, si nous changeons seulement cela, nous allons simplement augmenter la quantité des prestations et augmenter les coûts. Comme vous savez, nous en avons déjà discuté hier, les secteurs dans lesquels les coûts augmentent le plus déjà maintenant sont le secteur des médicaments ainsi que les prestations des pharmaciens. C'est pour cela aussi que la Commission de la concurrence s'est clairement déclarée contre cette innovation. Si nous introduisons seulement cette innovation partielle, le résultat sera une augmentation des coûts qui n'est pas justifiée parce qu'au fond, ces prestations seules sont des prestations normales que les pharmaciens doivent assurer, et pour lesquelles ils ont déjà leur marge bénéficiaire dans le système actuel, et cette marge est énorme comparée celle des autres biens vendus sur le marché.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: A l'origine, cette proposition a été déposée lors des travaux de la commission du Conseil des Etats. Nous soutenons la proposition de minorité, qui prévoit l'adhésion à la décision du Conseil des Etats, pour les raisons suivantes: nous ne savons pas encore ce que seront les prestations des pharmaciens et combien elles pourront être rémunérées, mais ce nouvel instrument permettra de briser le système actuel de rémunéra-



tion des pharmaciens qui se fait par une marge garantie et proportionnelle au prix du médicament. Système dans lequel il y a une incitation économique permanente – et je rends hommage aux pharmaciens quand ils arrivent à y résister – à pousser à la consommation des médicaments les plus chers et à ne pas les remplacer par des médicaments génériques, par exemple.

Par là, nous acceptons d'ouvrir la possibilité de changer le système. La marge ne sera plus proportionnelle au prix du médicament et les services rendus par le pharmacien pourront faire l'objet d'une rémunération, vraisemblablement forfaitaire, à régler entre les assureurs-maladie et les pharmaciens. La rémunération dépendra donc du service rendu, et non de la vente. Voilà l'idée.

Il est clair pour nous qu'il n'entre pas en ligne de compte de rémunérer la prestation du pharmacien tant qu'il n'y a pas un nouveau système en place qui réduise le prix actuel des médicaments. Les deux choses doivent absolument aller de pair. Mais puisque nous procédons à cette révision aujourd'hui, puisque dans cette révision nous aimerions aussi inciter les pharmaciens à prescrire ou à vendre des génériques, pourquoi ne pas ouvrir maintenant cette possibilité? Son application pratique ne peut dépendre que de la négociation avec les caisses-maladie et ces dernières sont nos alliées dans une bataille qui consiste à transformer la réglementation actuelle en matière pharmaceutique.

C'est la raison pour laquelle nous soutenons la version du Conseil des Etats, et nous veillerons à ce que cette disposition n'entraîne pas un cumul de rémunérations, mais serve à créer un nouveau mécanisme qui incite les pharmaciens à agir de façon plus économique.

David Eugen (C, SG): Frau Bundespräsidentin, es ist tatsächlich wichtig, wie Sie nachher diese Regelung handhaben. Was jetzt im Gesetz steht, spricht für die Meinung der Mehrheit der Kommission. Es wird nämlich nur die Leistung ausbezahlt. Können Sie uns hier die ausdrückliche Garantie abgeben – weil Sie nachher verantwortlich sind –, dass Sie diese neue Leistung nur in dem Falle zusprechen werden, wenn die Marge, die auf den Medikamenten jetzt besteht, im gleichen Zug markant und deutlich gekürzt wird? Das ist für mich bei dieser Bestimmung ganz entscheidend.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je vous donne à 100 pour cent raison. C'est cela le problème tel qu'il se pose. Et c'est bien pourquoi j'ai tenu à dire dans quel cadre nous voulons que cette application se fasse. Il est vrai, Monsieur David, que je ne peux à ce stade vous donner une garantie définitive. En effet, c'est en premier lieu aux partenaires tarifaires de négocier et d'établir un tarif des prestations. Je peux m'appuyer ici sur la claire volonté des assureurs de ne pas entrer dans une négociation sur la rémunération des prestations des pharmaciens s'il n'y a pas un nouveau système de fixation du prix des médicaments. Et en ce qui concerne le système du prix des médicaments, nous avons une compétence que nous utiliserons en relation avec la rémunération des pharmaciens.

Fasel Hugo (G, FR): Da zu dieser Frage in der Botschaft nichts zu finden ist und es doch um einige Millionen Franken geht, möchte ich noch zwei Fragen stellen:

1. Von den «pharmaciens» habe ich die Information erhalten, dass diese Leistungen der «pharmaciens» auf den Medikamentenpreisen rund 25 Prozent ausmachen. Stimmt diese Grössenordnung?

2. Wird nun diese Marge vollumfänglich auf ein Pauschalsystem übertragen? Das würde bedeuten, dass es keine Einsparungen gäbe. Oder wie sehen Sie, Frau Dreifuss, die Umsetzung und eventuelle Sparmöglichkeiten?

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je ne peux pas confirmer ce chiffre, car il me paraît excessif. De toute façon, il n'est pas question de transférer tout simplement ces 25 pour cent d'un système de marge à un système forfaitaire. L'instrument que nous avons en main, c'est la liste des médi-

caments et le système des prix tel qu'il y figure. Sur ce planlà, il est clair qu'il y a une situation triangulaire. Il y a l'industrie pharmaceutique et les importateurs, les pharmaciens et les caisses. C'est dans ce triangle-là que la négociation se fera. Dans ce domaine, on peut être content que chacun ait des intérêts différents, parce que le clash est certainement programmé. La solution n'est pas encore visible mais nous avons les moyens de faire pression sur le prix des médicaments en disant: «S'il y a une augmentation des prix ou si nous n'atteignons pas l'objectif qui est une réduction des prix de l'ensemble, nous ferons pression sur l'industrie pharmaceutique.»

Il faut une négociation complexe entre les trois partenaires. Mais nous n'accepterons pas une solution où l'on transfère ce que les pharmaciens considèrent perdre du système actuel dans un système forfaitaire. Il n'en est pas question, c'est vraiment un nouveau système qui doit être mis en place. Il doit avoir sa logique et il doit correspondre à un service effectif, et non pas à une garantie de revenus pour les pharmaciens.

Je répète, Monsieur Fasel, puisque vous m'avez posé la question: ce n'est pas un système de garantie des revenus des pharmaciens que nous mettons en place ici.

Abstimmung - Vote

Für den Antrag der Minderheit Für den Antrag der Mehrheit 98 Stimmen 63 Stimmen

Art. 29 Abs. 2 Bst. d; 35 Abs. 2 Bst. m, n; 36a; 38; 39 Abs. 4

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 29 al. 2 let. d; 35 al. 2 let. m, n; 36a; 38; 39 al. 4 Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 42

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherer den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung (Tiers payant).

Abs. 2

Aufheben

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Der Versicherer hat Anspruch auf die genaue Diagnose im Klartext oder in kodierter Form.

Abs 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Suter, Bortoluzzi, Egerszegi, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)

Abs. 1, 2

Unveråndert

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Der Versicherer hat Anspruch auf die genaue Diagnose im Klartext oder in kodierter Form.

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Guisan

Abs. 3bis

Der Versicherer hat innert 30 Tagen die Kosten zurückzuerstatten (System des Tiers garant) oder die Rechnung zu begleichen. Zahlungsverzüge werden mit entsprechenden Zinsen geahndet.

Art. 42

Proposition de la commission

Majorité

AI. 1

Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, les assureurs sont débiteurs de la rémunération envers les fournisseurs de prestations (tiers payant).

Al. 2

Abroger

AL 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

AI 4

L'assureur a droit au diagnostic précis en texte clair ou sous forme codée.

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Suter, Bortoluzzi, Egerszegi, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)

Al. 1, 2

Inchangé

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al.

L'assureur a droit au diagnostic précis en texte clair ou sous forme codée.

Al. 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Guisan

Al. 3bis

Les assureurs remboursent les factures (système du tiers garant) ou s'en acquittent dans les 30 jours. Les retards de règlement sont sanctionnés par des intérêts correspondants.

Suter Marc (R, BE): Die Minderheit beantragt Ihnen, es beim geltenden Recht bewenden zu lassen. Das System des Tiers garant haben wir übrigens erst 1996 ins geltende Recht aufgenommen, weshalb dieses System nur aus zwingenden Gründen schon wieder geändert werden sollte. Der Versicherte muss also die Leistung gegenüber dem Leistungserbringer vergüten, und die Versicherung erstattet ihm diese Leistung. Dieses System wurde wohlüberlegt eingeführt, und wir sehen nicht ein, weshalb man es nun schon wieder abändern will. Die Abänderung hätte bereits rein administrativ gewisse Konsequenzen, indem die Versicherungen und die Leistungserbringer die ganzen Abrechnungsmodi abändern müssten.

Im übrigen – das war ein wichtiger Gedanke, der zu dieser Einführung des Systems des Tiers garant geführt hat – soll der Versicherte selber das Ausmass seiner Rechnung kennen. Er soll auch entsprechend seinem direkten Vertragsverhältnis mit dem Leistungserbringer Transparenz erhalten bzw. wissen, was die beanspruchte Leistung gekostet hat. Das trägt dazu bei, dass die Versicherten hier kostendämpfend auf die Leistungserbringer einwirken können.

Wenn Sie das ändern, verlagern Sie die ganze Abrechnung wieder auf das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Versicherung. Das hat zur Folge, dass sich der Versicherte aus diesem Vertragsverhältnis verabschiedet, keine Kontrolle mehr wahrnimmt und auch keine Fragen mehr zu stellen hat. Das alles führt zu höheren Kosten, zu einer Mengenausweitung und untergräbt auch das Vertrauensverhältnis zwischen den Leistungserbringern – in der Regel sind das die Ärzte – und den Versicherten.

Es kommt dazu – und das ist eine Schwierigkeit –: Wenn im nachhinein Rückvergütungen geleistet werden müssen, ist das mit einem sehr grossen bürokratischen Aufwand verbunden. Mit dem Wechsel, wie ihn die Mehrheit unterstützt, hätten wir genau das: Es müssten Ende Jahr oder periodisch Rückvergütungen geleistet werden. Das würde zu noch mehr Bürokratie, zu noch mehr Umständen, zu noch mehr Schwierigkeiten führen. Denken Sie daran: Wir sind an einem effi-

zienten Gesundheitssystem, mit direkten Wegen und möglichst wenig Bürokratie, interessiert.

Die Leistungserbringer klagen bereits heute über einen sehr starken Anstieg der Bürokratie. Wir möchten diesen Trend nicht fortsetzen. Wir sollten an einem funktionierenden, bewährten Institut, dessen Spielregeln alle Beteiligten kennen, nicht etwas ändern. Wir sollten nicht vermehrt in eine Richtung gehen, die uns mehr Kosten, Bürokratie und Urnstände, aber weniger Transparenz bringen wird.

In diesem Sinne bitte ich Sie, der Minderheit zu folgen.

Gulsan Yves (R, VD): L'article 18 alinéa 5 que nous venons d'adopter vient d'introduire des intérêts moratoires en cas de retard dans le versement des contributions à l'institution commune. De même, il est envisagé de compléter dans le même sens l'article 105 sur la compensation des risques. Il appartient dès lors à la cohérence de la loi que la discipline exigible dans un secteur du trafic des paiements le soit aussi dans les autres, en l'occurrence entre assurés, assureurs et fournisseurs de prestations.

Le comportement des caisses-maladie est à cet égard très variable. Une enquête effectuée dans le canton de Fribourg en 1998 a montré des délais de paiements qui s'échelonnent entre 20 et plus de 140 jours. Si certaines caisses respectent le délai de 30 jours habituellement en cours dans les relations commerciales, il en est d'autres qui ne règlent jamais aucune facture avant deux mois au moins. Ces pratiques ne respectent manifestement pas les règles de l'équité en usage dans les entreprises et, en l'occurrence, pénalisent essentiellement les assurés qui peuvent se voir contraints à assumer malgré eux des frais supplémentaires d'encaissement, pour des retards dont ils ne sont pas responsables.

Ces dispositions ne sont néanmoins pas liées exclusivement à la question du tiers garant dont le maintien est souhaitable pour des raisons de principe. Le tiers garant a été favorisé jusqu'à présent essentiellement dans une conception de gestion d'entreprise inhérente à l'esprit de l'ensemble de la loi et dans l'intention de responsabiliser les assurés patients. Le tiers payant n'entre en ligne de compte que dans des cas sociaux où cette responsabilité ne peut manifestement plus être assumée. Les dispositions actuelles de la loi donnent à cet égard tout à fait satisfaction et permettent d'avoir la souplesse nécessaire. Par contre, le rétablissement du tiers payant comme principe de base va certainement dans la direction d'un encouragement à la consommation. Combinée avec le budget global ambulatoire, dont nous allons discuter tout à l'heure, cette mesure entraînerait un changement profond de philosophie de la loi, au profit du choix délibéré d'une médecine à deux vitesses.

Je vous prie donc de vous en tenir au texte actuel du Conseil fédéral, comme le propose la minorité de la commission, et d'y adjoindre l'alinéa que je vous propose concernant les délais de règlement des factures et la perception éventuelle d'intérêts moratoires.

Goll Christine (S, ZH): Im heutigen Abrechnungssystem kennen wir bereits mehrheitlich das System des Tiers payant, so beispielsweise bei den Spitalaufenthalten oder bei den Medikamentenkosten. Bei den Arztrechnungen hingegen kennen wir mehrheitlich das System des Tiers garant. Das heisst konkret: Der Arzt bzw. die Ärztin schickt die Rechnung dem Patienten bzw. der Patientin. Diese bezahlen die Rechnung, schicken sie weiter an die Krankenkasse und erhalten die Rückerstattung, abzüglich Selbstbehalt und Franchisen.

Ziel dieses System des Tiers garant war bei seiner Einführung, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben sollen, die Rechnung auf ihre Richtigkeit hin zu kontrollieren und im Fall von Fehlern beim Arzt oder bei der Ärztin zu intervenieren. Geplant war damit also ein Beitrag zu einem besseren Kostenbewusstsein. Nur müssen wir heute feststelen, dass das in der Praxis nicht funktioniert. Es ist ein Mythos zu glauben, dass Patientinnen oder Patienten sich mit dem Arzt oder der Ärztin streiten wollen. Es handelt sich hier um eine Konfliktsituation, in welcher auch ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin besteht. Es



Loi sur l'assurance-maladie 22 avril 1999

ist heute auch so, dass die Betroffenen gar nicht in der Lage und zumeist auch damit überfordert sind, diese Rechnungen zu kontrollieren. Seien wir mal ehrlich: Wer von Ihnen kontrolliert wirklich die Rechnung, die er oder sie von seinem Arzt oder ihrer Ärztin erhält, bevor Sie die Rechnung überhaupt bealeichen?

Fazit: Das System des Tiers garant ist kein Beitrag zur Kosteneindämmung. Im Gegenteil, dieses System entpuppt sich als Armuts- und Schuldenfalle, die letztlich auch die öffentliche Hand teuer zu stehen kommt. Das stellen heute die Fachstellen für Schuldenfragen in den Kantonen fest. Sie sehen dort nämlich, dass der Schuldenberg überschuldeter Privathaushalte durch das System des Tiers garant anwächst. Die finanzielle Not zwingt nämlich viele Betroffene zum Aufbrauchen der Krankenkassen-Rückerstattungsgelder, bevor sie die Rechnungen des Arztes bzw. der Ärztin überhaupt bezahlen. Das stellen heute auch die Sozialdienste in den Gemeinden fest. Diese merken nämlich, dass einkommensschwache Personen die Rückerstattungsgelder schlicht und einfach zur Sicherung ihrer Existenz brauchen. Das hat vor allem fatale Auswirkungen im Suchtmittelbereich. Gerade die Inkassoprobleme bei Drogenabhängigen oder suchtabhängigen Personen sind enorm gross. In einer Praxis im Kanton Zürich wurde z. B. festgestellt, dass bei 10 Prozent der Suchtmittelabhängigen Inkassoprobleme bestehen, dass die Gelder gar nicht mehr kassierbar sind; bei mehr als 30 Prozent der Fälle muss mehr als eine Mahnung verschickt werden.

Das heisst also, das heutige System des Tiers garant lädt geradezu dazu ein, die Gelder der Krankenkassenrückerstattung in wirtschaftlichen und sozialen Notlagen als neue Einnahmequelle zu missbrauchen, ohne sich der Konsequenzen bewusst zu sein. Diese Konsequenzen heissen im Klartext, dass die materiellen Probleme anwachsen und vor allem unvermeidliche Überschuldungssituationen eintreten. Die Konsequenzen heissen, dass die ärztliche Behandlung erschwert, wenn nicht sogar in vielen Fällen abgebrochen wird. Das heisst auch, dass durch zunehmende Sozialhilfeabhängigkeit und insbesondere durch die Verschlechterung des Gesundheitszustands, gerade wenn die ärztliche Behandlung abgebrochen wird, für die öffentliche Hand höhere Kosten anfallen. Dass sich das vor allem im Suchtmittelbereich verheerend auswirkt, muss hier nicht weiter erläutert werden. Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen und diesen Wechsel zum Tiers payant vorzunehmen. Das ist gleichzeitig eine sozialpolitische Notwendigkeit, aber auch ein Beitrag zu einer besseren Kostenkontrolle.

Herr Suter, Ihre Argumentation ist völlig quer in der Landschaft. Gerade wenn Sie für weniger Bürokratie sind, wenn Sie für mehr Transparenz und für eine bessere Kontrolle sind, müssen Sie eigentlich dem Systemwechsel vom Tiers garant zum Tiers payant zustimmen.

Es gibt noch einen weiteren Grund, weshalb dies in Zukunft ohnehin unumgänglich sein wird; das ist mit Blick auch auf den GRAT, also auf die Einführung des neuen Arzttarifes, eine Notwendigkeit, weil mit den 5000 neuen, zum Teil diagnoseabhängigen Positionen, die aufgeführt werden, nur noch ein elektronischer Datenaustausch möglich ist. Ein elektronischer Datenaustausch kann nur im System des Tiers payant funktionieren. Im Namen der SP-Fraktion bitte ich Sie also, der Mehrheit zu-

zustimmen.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Ich nehme Stellung zum Antrag Guisan. Die Kommission konnte diesen Antrag leider nicht beraten; er lag ihr nicht vor. Wir können höchstens auf zwei, drei Dinge hinweisen:

Wenn verlangt wird, dass die Versicherer im System des Tiers garant die Kosten innert 30 Tagen zurückzuerstatten haben, dann machen wir einfach darauf aufmerksam, dass weit über 90 Prozent aller Rechnungen, so schätze ich, auf jeden Fall innert 30 Tagen von den Kassen bezahlt, d. h. rückerstattet werden. Aber die Kassen haben vom Gesetzgeber auch den Auftrag erhalten, die Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuziehen. Das heisst, es braucht in einzelnen Fällen halt genaue Abklärungen, und das geht nicht ohne einen gewissen Zeitaufwand.

Deshalb wäre es vielleicht doch etwas problematisch, wenn dieser Antrag einfach so durchgehen würde. Vor allem dann, wenn man die Zinsen noch nachzahlen müsste, gäbe es eine zusätzliche administrative Belastung. Bei allem Verständnis für dieses Anliegen des Antrages Guisan wollte ich doch auf diese Problematik hinweisen.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Je vais prendre position sur l'autre question, sur le problème général du tiers payant et du tiers garant. Il s'agit d'un problème qui n'est pas un problème seulement technique, mais qui est, ie crois, un problème de fond. La majorité de la commission, même si c'est une majorité serrée, vous invite à passer au système du tiers payant. Pourquoi? Il y a deux raisons fondamentales

La première, c'est que, pour la majorité de la population, cela n'a aucune espèce d'importance. Ce sont les gens qui peuvent payer: ils savent qu'ils vont recevoir plus tard l'argent des caisses-maladie, alors pour eux qui sont la majorité de la population, le tiers garant n'apporte rien dans le problème de la maîtrise des coûts. Mais pour la minorité de la population, pour ceux qui sont les plus démunis, le système du tiers garant crée souvent des cas socialement intolérables. C'est justement la partie de la population, qui cause le moins de dépenses, qui est punie avec un tel système: souvent en effet, ces gens sont dans la nécessité de payer, ils n'ont pas l'argent, et ils vont le recevoir seulement beaucoup plus tard. Pour cette partie de la population, ce système-là est un peu pervers et crée des situations socialement intolérables.

Le deuxième point est peut-être encore plus important, et cela nous a été confirmé en commission par tous les experts. Il s'agit de ceci: si nous voulons avoir vraiment un contrôle efficace, il ne faut pas croire que ce dernier soit fait par les patients. Ça, c'est de l'illusion, de la pure rêverie. Le seul système de contrôle, c'est d'avoir un système électronique qui évalue tous les diagnostics et toutes les prestations. Or, nous allons aujourd'hui donner aux caisses-maladie un instrument fondamental, dans l'article 42 justement, en leur donnant tou-jours le diagnostic précis. Les caisses-maladie vont alors avoir le diagnostic précis. Si elles reçoivent toutes les notes immédiatement, électroniquement, on pourra très bien faire un contrôle de qualité. Mais espérer que ce contrôle de qualité. du point de vue du caractère économique surtout, puisse être fait par les assurés, c'est rêver et croire à des choses qui

C'est exactement comme le fait de penser que le système de la santé est un marché différent et un marché réglé par l'offre, car justement la demande n'arrive pas à juger l'offre - ça, c'est la règle fondamentale de tout le système sanitaire: la demande n'est pas à même de juger la qualité de l'offre. Or, avec le système du tiers garant, on dit au fond: «Ce n'est pas vrai, la demande est à même de juger la qualité de l'offre.» Ca, c'est rêver et penser à des systèmes économiques qui sont exactement le contraire du système économique dans lequel nous vivons pour ce qui concerne la santé. C'est pour cela que je suis convaincu qu'il s'agit d'un combat irréel. C'est un peu une discussion sur le sexe des anges, c'est une discussion idéologique. Si on veut être pratique, si on veut regarder la réalité, il faut dire que si nous voulons un contrôle des coûts, une maîtrise des coûts, c'est seulement le système du tiers payant qui peut nous le garantir, mais pas

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Le système que nous avons repose sur le principe du tiers garant, et sur un système qui permet, par convention, d'introduire le tiers payant. Le tiers payant, tel que je l'ai moi-même avec ma caisse-maladie, permet d'aller dans une pharmacie sans avoir à payer et ensuite à demander le remboursement; c'est extrêmement agréable. Je considère que dans le secteur hospitalier, cela devrait devenir la règle, mais cela peut le devenir par la négociation. C'est le modèle que nous avons actuellement. S'il fonctionne bien, je dirai qu'il est excellent. Il donne d'abord la garantie et il donne aux partenaires la

possibilité de régler le système de paiement. Cela me paraît bon.

Dans les bourrasques de l'introduction de la nouvelle loi, dans les batailles pour se positionner sur le marché, il y a eu certaines menaces - qui ont inquiété les assurés - de renoncer au système du tiers payant là où il existait par convention. C'est une des raisons pour lesquelles la proposition de passer au tiers payant revient, parce qu'elle peut être à l'avantage des personnes les plus défavorisées. Mais elle revient aussi, parce qu'avec la crise économique à laquelle nous avons eu à faire face, avec les difficultés financières d'un certain nombre de personnes, les médecins eux-mêmes et les prestataires de services avaient le sentiment qu'ils ne recevaient pas leur rémunération, bien que l'assuré ait peut-être recu l'argent de la caisse, mais qu'il ne le faisait pas suivre à temps à celui qui avait fourni un service. Il y a donc des intérêts différents dans cette discussion sur le tiers garant et sur le tiers payant.

Je considére néanmoins que M. Guisan, qui montre bien, par sa proposition, le problème tel qu'il se pose pour les médecins, pousse quand même le bouchon un peu loin. Même si on entrait dans un système de tiers payant, il ne faudrait en aucun cas suivre la proposition Guisan: elle rendrait difficile le contrôle, par les caisses-maladie, de l'opportunité de la facture et ferait supporter à la caisse-maladie tout retard de paiement. C'est aller un peu loin dans le sentiment que non seulement on veut être payé, mais qu'on veut être payé à temps et trouver quelqu'un qui assume la perte si ce paiement ne se fait pas tout de suite. Je m'arrête là.

En général, j'apprécie beaucoup la discussion et les propositions nourries d'expérience de M. Guisan, mais là, ne le suivez pas!

Dans la discussion pour savoir s'il vaut mieux avoir le tiers payant ou le tiers garant, je dirai que nous n'avons pas de raison majeure de quitter le système actuel qui donne la possibilité aux partenaires de trouver la meilleure solution possible. Le système proposé par la majorité de la commission est unique. Seul le tiers payant serait possible; il n'y aurait même pas la possibilité de s'en éloigner après négociation. Nous trouvons que le système actuel ne mérite pas un tel désaveu. Gardons ce que nous avons, mais encourageons les partenaires, partout où cela a un sens, à introduire le système du tiers payant.

Abs. 3bis - Al. 3bis

Abstimmung - Vote Für den Antrag Guisan Dagegen

67 Stimmen 89 Stimmen

Abs. 1-5 - Al. 1-5

Namentliche Abstimmung Vote nominatif (Ref.: 3025)

Für den Antrag der Mehrheit stimmen: Votent pour la proposition de la majorité:

Aeppli, Aguet, Alder, Banga, Baumann Ruedi, Baumann Stephanie, Béguelin, Berberat, Bircher, Borel, Bühlmann, Carobbio, Cavalli, Chiffelle, de Dardel, Dormann, Ducrot, Dünki, Eberhard, Epiney, Eymann, Fankhauser, Fasel, Fässler, Fehr Jacqueline, Geiser, Genner, Goll, Gonseth, Grobet, Gross Jost, Grossenbacher, Gysin Remo, Haering Binder, Hafner Ursula, Hämmerie, Herczog, Hollenstein, Hubmann, Jans, Jaquet, Jeanprêtre, Keller Christine, Kühne, Lauper, Leemann, Leuenberger, Lötscher, Maitre, Marti Werner, Maspoli, Maury Pasquier, Meier Hans, Meyer Thérèse, Müller-Hemmi, Raggenbass, Ratti, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Rennwald, Roth, Ruckstuhl, Ruf, Schaller, Schmid Odilo, Semadeni, Spielmann, Stamm Judith, Steffen, Strahm, Stump, Teuscher, Thanei, Tschäppät, Vermot, Vollmer, von Allmen, von Felten, Weber Agnes, Widmer, Wiederkehr, Zbinden, Zwygart (83)

Für den Antrag der Minderheit stimmen:

Votent pour la proposition de la minorité:

Antille, Aregger, Baader, Bangerter, Baumann Alexander, Beck, Blaser, Blocher, Bonny, Borer, Bortoluzzi, Brunner Toni, Christen, Columberg, David, Dettling, Donati, Dupraz, Durrer, Egerszegi, Eggly, Engelberger, Fehr Lisbeth, Fischer-Seengen, Florio, Föhn, Freund, Frey Claude, Frey Walter, Friderici, Fritschi, Gros Jean-Michel, Guisan, Günter, Gusset, Gysin Hans Rudolf, Hasler Ernst, Hegetschweiler, Heim, Hess Otto, Hochreutener, Imhof, Kalbermatten, Keller Rudolf, Kunz, Langenberger, Leu, Loeb, Maurer, Moser, Mühlemann, Nabholz, Oehrli, Ostermann, Philipona, Pidoux, Randegger, Rychen, Sandoz Marcel, Schenk, Scheurer, Schüer, Schmid Samuel, Schmied Walter, Seiler Hanspeter, Simon, Steinegger, Steinemann, Steiner, Suter, Theiler, Vallender, Vetterli, Vogel, Waber, Weigelt, Widrig, Wittenwiler, Wyss

Entschuldigt/abwesend sind – Sont excusés/absents: Ammann Schoch, Baumberger, Bezzola, Binder, Bosshard,

Ammann Schoch, Baumberger, Bezzola, Binder, Bossnard, Bührer, Burgener, Cavadini Adriano, Comby, Debons, Dreher, Ehrler, Engler, Fehr Hans, Fischer-Hägglingen, Gadien Giezendanner, Gross Andreas, Hess Peter, Jutzet, Kofmel, Kuhn, Lachat, Meyer Theo, Müller Erich, Pelli, Pini, Ruffy, Scherrer Jürg, Speck, Stamm Luzi, Stucky, Tschopp, Tschuppert, Weyeneth, Zapfl, Ziegler (37)

Präsidium, stimmt nicht – Présidence, ne vote pas: Heberlein

Art. 46 Abs. 2bis

Antrag Raggenbass

Der Bundesrat legt insbesondere bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen Kriterien fest, denen Leistungserbringer genügen müssen, um einem Tarifvertrag beitreten zu können.

Art. 46 al. 2bis

Proposition Raggenbass

Le Conseil fédéral fixe des critères de qualité et de rentabilité auxquels les fournisseurs de prestations doivent satisfaire pour pouvoir adhérer à une convention tarifaire.

Raggenbass Hansueli (C, TG): Zu Recht hat der Kommissionssprecher französischer Zunge darauf hingewiesen, dass die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 1998 im schweizerischen Schnitt nochmals um 6,8 Prozent gestiegen sind. Eine Trendwende ist nicht in Sicht. Prämienerhöhungen sind daher auch 1999 zu erwarten. Die Krankenversicherer können nicht weiter die Prämien auf Kosten ihrer Reserven tief halten. Die soeben beschlossene Erhöhung der Prämienverbilligungsbeiträge wirkt sich für die unteren Einkommensschichten positiv aus. Der Mittelstand ingegen wird nicht entlastet. Eine Prämienerhöhung schlägt im sensiblen Bereich des Mittelstandes voll durch. Daher haben wir alle vernünftigen Mittel einzusetzen, um den Kostenanstieg einzudämmen.

Unbestrittenermassen besteht ja heute ein Überangebot, insbesondere bei der ambulanten Versorgung durch die Ärzte und bei der Spitalbehandlung; hier durch überzählige Spitäler und Spitalbetten – man hört die Zahl von 10 000 überzähligen Betten. Dieses Überangebot wird vor allem im ambulanten Bereich noch zunehmen, sobald die bilateralen Abkommen mit der EU in Kraft getreten und die Übergangsfristen abgelaufen sind - hier erinnere ich Sie an die Freizügigkeit im Personenverkehr -, und nicht zuletzt durch die starke Zunahme der Zahl neuausgebildeter Mediziner. Bei den Leistungserbringern müssen Anreize geschaffen werden, damit der Wettbewerb neu auch über die Preise und nicht nur über die Servicequalität stattfindet - Stichwort Nachfragesteuerung. Damit diese in der allgemeinen Wirtschaft sonst typischen Marktmechanismen überhaupt zum Tragen kommen, müssen die Rahmenbedingungen des KVG angepasst werden. Die Krankenversicherer sollen in Zukunft nicht mehr dazu verpflichtet sein, zu Lasten der obligatorischen Krankenversi-

(1)

Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

cherung mit allen Leistungserbringem Verträge abzuschliessen – Stichwort Mengenbeeinflussung. Zusätzlich sollen sie in den Verträgen unterschiedliche Preise für die Leistungserbringer vereinbaren können. Der Preiswettbewerb soll der Beeinflussung der Kosten pro Einzelleistung dienen. Nur wenn es gelingt, sowohl Mengen als auch Preise zu beeinflussen, werden wir die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in den Griff bekommen.

Mit einem Gutheissen meines Antrages würden Sie klar zum Ausdruck bringen, dass zumindest beim Nichteinhalten der vom Bundesrat zu definierenden Kriterien kein Kontrahierungszwang der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern mehr besteht. Die Krankenversicherer wären also nicht mehr dazu verpflichtet, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen.

Gemäss dem vorgeschlagenen Artikel hat der Bundesrat die Einzelheiten zu regeln. Er hat insbesondere einen Kriterienkatalog zu erarbeiten, der den Krankenversicherern als Raster für die Auswahl der Leistungserbringer zu dienen hat. Die Auswahl müsste selbstverständlich nach fairen, verfassungs- und völkerrechtlich haltbaren Kriterien erfolgen und dürfte die Wettbewerbsneutralität sowie die Kompatibilität mit den bilateralen Verträgen nicht verletzen.

Der Bundesrat hat insbesondere Qualitäts- und Wirtschaftskriterien aufzustellen, die Voraussetzung dafür bilden, dass die Krankenversicherer einen Tarifvertrag mit den Leistungserbringern abschliessen können. Leistungserbringer, welche die verlangte Qualität nicht erbringen können, erhalten von den Krankenversicherern keinen Tarifvertrag mehr und können daher auch nicht mehr zu Lasten der sozialen Krankenversicherer aktiv werden. Das gleiche würde auch für Leistungserbringer gelten, welche die vom Bundesrat festgelegten Wirtschaftlichkeitskriterien nicht erfüllen.

Der Bundesrat könnte auch weitere Kriterien festlegen. Er könnte beispielsweise den älteren Ärzten über 70 oder 80 Jahren die Kassenpflicht absprechen. Er könnte auch flankierende Massnahmen zu den bilateralen Verhandlungen treffen. Damit könnte dem gewaltigen Schub der Krankenkassenprämien durch den zu erwartenden Zuzug aus der EU begegnet werden. Die bilateralen Verträge zwingen die Schweiz nicht dazu, alle zuwandernden EU-Ärzte kassenpflichtig zu erklären.

Der Bundesrat könnte beispielsweise weiter bei jungen, unerfahrenen Ärzten – also bei solchen, die gerade knapp die Praxis gemäss Gesetz ausweisen – festlegen, dass nur ein reduzierter Tarif zur Anwendung gelangen darf oder nur gewisse Leistungen kassenpflichtig werden. Es hat sich erwiesen, dass junge Ärzte in der Regel nicht dieselben Leistungen erbringen wie erfahrene. Ein gleicher Tarif ist daher auch nicht gerechtfertigt.

Frau Bundespräsidentin Dreifuss wird dem Antrag entgegenhalten, dass er noch im Detail abgeklärt und seine Auswirkungen analysiert werden müssten. Das nehme ich mal an, das ist klar. Mit der Gutheissung des Antrages schaffen wir aber eine Differenz zum Ständerat. Bis zur ständerätlichen Beratung können die allenfalls noch unklaren Punkte geklärt werden. Wird aber der Antrag nicht angenommen, dann fällt das Ganze ausser Abschied und Traktanden, und wir können darüber nicht mehr diskutieren. Es besteht dann ja keine Differenz mehr.

Ich ersuche Sie daher zum Wohl unseres Gesundheitswesens, meinen Antrag anzunehmen.

Gross Jost (S, TG): Die SP-Fraktion beantragt Ihnen, den Antrag Raggenbass zu unterstützen.

Auch wir halten die Aufhebung oder Relativierung des Kontrahierungszwanges für ein mögliches, wirksames Mittel der Mengenbegrenzung und damit auch für ein Instrument zur Kosteneindämmung.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie noch einmal daran erinnern – dies wurde bereits gesagt –, dass mit der Personenfreizügigkeit vor allem in den Grenzkantonen die Gefahr entsteht, dass wir von einem Angebot ambulanter ärztlicher Leistungen überflutet werden. Es liegt auch nicht im Interesse der Ärzte dieser Regionen, wegen einer solchen gewal-

tigen Ausdehnung von Leistungserbringern zusätzliche wirtschaftliche Probleme zu bekommen.

Wie bereits gesagt wurde, muss diese Regelung aber verfassungskonform und EU-kompatibel ausgestaltet werden. Es geht nicht an, dies nur dem Ermessen der Versicherer zu überlassen; so gäbe es ein reines Tarifmonopol der Versicherer. Deshalb bin ich sehr froh, dass Herr Rychen einen entsprechenden Antrag in der Kommission zurückgestellt hat.

Mit dem vorliegenden Antrag erhält der Bundesrat die Möglichkeit, die entsprechenden Kriterien bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität auf Verordnungsstufe aufzunehmen, zu verankern und auch Erfahrungen damit zu sammeln, eine solche Regelung zu erproben.

Mit der Spitalliste haben wir ein solches Instrument der Mengenbegrenzung, der Begrenzung der Leistungserbringer, bereits für den stationären Bereich. Schaffen wir nun ein solches konsequenterweise auch für den ambulanten Bereich. Deshalb beantragen wir Zustimmung zu diesem sehr sinnvollen Instrument der Mengenbegrenzung und -kontrolle.

Präsidentin: Die CVP- und die FDP-Fraktion lassen ausrichten, dass sie den Antrag Raggenbass unterstützen.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Ich möchte einfach nur ganz kurz sagen, dass die Kommission sich sehr detailliert mit dieser Frage auseinandergesetzt hat und sich am Schluss dann doch mit knapper Mehrheit entschieden hat, keinen Artikel in diese Richtung, wie ihn Herr Raggenbass vorschlägt, aufzunehmen. Der Grund ist aber eigentlich nicht der, dass die Kommission der Meinung ist, man sollte nicht in diese Richtung arbeiten, sondern der Grund war, dass man sich noch nicht einig wurde, mit welchen Kriterien und wie genau das ins Gesetz aufzunehmen sei.

Deshalb hat sich eine knappe Mehrheit entschieden, die Frage noch einmal an die Verwaltung zurückzugeben. Aber das ist nicht so zu interpretieren, dass die Kommission einfach nichts tun will. Im Gegenteil: Es ist zu spüren, dass hier Handlungsbedarf besteht, dem Markt besser zum Durchbruch zu verhelfen, nämlich nicht nur einem Markt unter den Versicherern, sondern einem Markt auch unter den Leistungserbringern.

In diesem Sinne ist es so, dass der Antrag Raggenbass etwas aufnimmt, was in der Kommission breit diskutiert wurde. Die Idee von Herrn Raggenbass ist es, jetzt eine Differenz zum Ständerat zu schaffen, in dem Sinne, dass dieser die Frage dann noch einmal näher anschauen soll. Der Bundesrat hat bis zu diesem Zeitpunkt sicher nähere Angaben erarbeitet.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: J'aimerais corriger le rapporteur de langue allemande en disant que s'il est vrai que la commission a très longuement discuté là-dessus, à la fin nous avons décidé de ne pas voter. Je vais vous expliquer pourquoi.

J'avais proposé ce texte que reprend M. Raggenbass parce que je ne pouvais pas le présenter en tant que rapporteur. En commission, nous en étions venus à la conclusion que l'on pouvait donner à l'OFAS plus de temps pour nous présenter un rapport, vu que le problème est très important. C'est pourquoi nous n'avons pas discuté là-dessus. Mais, dans toutes les discussions que nous avons eues entre-temps, pas seulement avec le Concordat des assureurs-maladie suisses, mais avec d'autres personnes, nous avons vu que le problème devient très important, surtout en relation avec les accords bilatéraux avec l'Union européenne. Alors, il y a déjà des partis qui ont proposé ce même texte aux commissions qui sont en train de discuter des mesures d'accompagnement des accords bilatéraux.

Cependant, nous avons estimé – et nous avons entendu cela aussi de la part de ces commissions – que le problème est trop technique pour en discuter dans ces commissions, et qu'il vaudrait mieux en discuter en plénum de notre Conseil. Hier, après concertation avec les personnes qui s'occupent de questions de santé et de la LAMal, il a été décidé de faire

Ν

reprendre ma proposition originelle par M. Raggenbass et de la présenter au plénum.

Il est très important de nous rendre compte que nous allons être confrontés à un problème majeur. Je vous ai déjà dit à plusieurs reprises que l'année passée, les coûts de l'assurance de base ont augmenté de 1 milliard de francs. Nous savons tous que le facteur le plus important dans l'explosion des coûts est le nombre de médecins: les coûts augmentent proportionnellement à l'augmentation du nombre de médecins dans la société. Il ne fait pas l'ombre d'un doute qu'avec l'acceptation des accords bilatéraux, il y aura un afflux de mé-decins très important, surtout de l'Italie vers la Suisse italienne, de la France vers la Suisse romande, et probablement aussi, de l'Allemagne vers la Suisse alémanique. Cela va créer une situation explosive en matière de coûts de la santé. C'est pour cela que nous devons absolument, dès maintenant, introduire une telle règle pour ne pas créer une situation par laquelle les assureurs sont, comme c'est le cas maintenant, obligés de reprendre dans leurs conventions tarifaires tout fournisseur de prestations. Il faudrait avoir la possibilité de disposer de critères de qualité, d'économie ainsi que d'autres critères d'après lesquels on pourrait dire: «Ce fournisseur de prestations peut très bien travailler; il a sa liberté professionnelle, mais les caisses-maladie ne sont pas obligées de paver ses prestations.»

Il est clair qu'avec ça on pourra introduire des contrôles de qualité pour les autres médecins: on pourra dire, par exemple, que les médecins qui ont plus de 75 ans sont dans une situation telle que les caisses-maladie ne sont plus obligées de les payer. Vous voyez qu'il s'agit d'une petite révolution. Tous les experts sont d'accord pour dire que cette arme est la plus efficace, plus encore que les budgets globaux que nous allons aborder tout à l'heure, pour maîtriser les coûts. Il ne fait aucun doute que c'est l'arme la plus efficace pour parvenir à contrôler l'explosion des coûts dans le système de santé

Guisan Yves (R, VD): Monsieur Cavalli, j'aimerais juste vous demander comment vous expliquez que, dans le cadre de l'Union européenne et de la libre circulation des personnes, le nombre de consoeurs et de confrères qui ont changé de pays ne dépasse pas 60 000 personnes sur un effectif qui dépasse largement le million.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Je pense que l'explication est tout à fait claire. Il est évident — et vous le savez comme moi, même si les chirurgiens parlent un peu moins avec leurs patients que les internistes — que, dans la médecine, la nécessité de parler avec les patients est essentielle. La libre circulation au sein de l'Union européenne n'a pas provoqué un afflux de médecins espagnols vers l'Allemagne parce qu'un médecin espagnol a des difficultés à parler avec des patients allemands, du moins durant des années.

La situation est complètement différente pour la Suisse avec ses trois cultures, car les Italiens peuvent venir en Suisse italienne, les Français en Suisse romande et les Allemands en Suisse alémanique – les Allemands peut-être un peu moins parce qu'ils ne comprennent pas tous le schwytzertütsch. Je pense qu'en Suisse la situation est fondamentalement différente de celle de la Grande-Bretagne et de l'Espagne ou de celle du Portugal et de l'Allemagne. En raison de notre société pluriculturelle et de notre plurilinguisme, nous sommes dans une situation tout à fait particulière.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Merci à M. Raggenbass de m'avoir suggéré un élément de ma réponse. Nous ne savons pas dans tous les cas ce que pourraient être ces critères de qualité et de caractère économique, et cela vaut la peine d'être examiné de façon plus approfondie. Je plaiderai donc, comme il me le suggère, pour que nous ayons un peu plus de temps pour nous attaquer à ce problème, le renvoi de son examen à la prochaine révision qui, comme vous le savez, arrivera très rapidement.

Si je ne peux pas souscrire à la proposition Raggenbass, c'est à cause de son caractère systématique. Si je me sou-

viens bien, c'est une discussion qui a déjà eu lieu. J'ai pris mes fonctions lorsque le projet de loi avait déjà été traité par une Chambre. Je me souviens bien que la question d'une limitation de l'admission des prestataires de services, par exemple l'introduction d'un âge supérieur limité des médecins, avait déjà fait l'objet d'un débat extrêmement animé. C'est cela qu'on trouve en germe ici, caché cette fois-ci sous les termes un peu à la mode de «Qualität und Wirtschaftlichkeit». Ces éléments sont importants. Il faut de plus savoir si on doit les appliquer à tous les prestataires de services ou uniquement à certains.

Nous allons déjà dans ce sens: nous demandons, par exemple, pour que certains examens ou traitements soient à la charge de l'assurance-maladie, que les médecins suivent des formations spéciales. Si vous introduisez une telle disposition maintenant, je dirai que vous péchez une fois de plus par ce qui a déjà largement nui à cette loi. Vous nous donnez un instrument dont nous ne savons pas à quoi il pourra ressembler, ni comment nous allons pouvoir l'appliquer et dans quel cas il se révélerait utile.

Il vaut beaucoup mieux choisir des instruments qui peuvent réellement influencer l'évolution des coûts, plutôt que d'introduire, de façon un peu impromptue, une nouvelle réglementation dont je serais totalement incapable de vous dire ce que le Conseil fédéral pourrait en faire et à partir de quel moment il pourrait en faire quelque chose. Cela me paraît donc être une promesse à propos de laquelle les précisions quant à la façon de la réaliser sont trop floues. Si nous n'avions pas une autre révision qui attendait à la porte, je serais peut-être plus prudente dans ma réponse. Mais là, ayez au moins la sagesse de nous laisser faire une étude et un rapport. Nous pourrons en décider en même temps que du financement des hôpitaux.

Präsidentin: Die grüne Fraktion unterstützt den Antrag Raggenbass.

Abstimmung – Vote Für den Antrag Raggenbass Dagegen

150 Stimmen 4 Stimmen

Art. 51a

Antrag der Kommission Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates Minderheit

(Eymann, Bortoluzzi, Egerszegi, Gysin Hans Rudolf, Heberlein, Hochreutener, Schenk, Simon, Suter) Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 51a

Proposition de la commission Majorité Adhérer au projet du Conseil fédéral Minorité

(Eymann, Bortoluzzi, Egerszegi, Gysin Hans Rudolf, Heberlein, Hochreutener, Schenk, Simon, Suter) Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Eymann Christoph (L, BS): Es ist uns allen klar, dass die gesetzliche Verankerung eines Globalbudgets einen schweren und dirigistischen Eingriff in unser Gesundheitssystem darstellt. Es ist uns auch klar, dass die Politik unter dem Druck steht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken oder mindestens nicht weiter ansteigen zu lassen. Dass sich der Gesetzgeber vor diesem Hintergrund auch Eingriffe mit drastischen Folgen überlegen muss, ist sicher richtig.

Nicht richtig ist es aber, wenn Massnahmen, welche weniger gravierende Auswirkungen zeitigen würden, vor der Diskussion über die Einführung eines Globalbudgets nicht oder nicht ausreichend diskutiert und umgesetzt werden. Die Einführung des Globalbudgets im ambulanten und teilstationären Bereich ist eine Ültima-ratio-Massnahme. Bevor man sich dazu entschliesst, sollten alle anderen Kostensenkungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden.

Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

Die Informationen in der Botschaft und im Gesetzentwurf sind mit Blick auf die enormen Auswirkungen auf die verschiedenen Leistungserbringer sehr dürftig. Informationen über zahlreiche wichtige Details mit Bezug auf die Umsetzung fehlen. Ein solch einschneidender Systemwechsel darf nach unserem Dafürhalten nicht beschlossen werden, ohne dass die wichtigen Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung diskutiert worden sind.

Die FMH hat sich bekanntlich gegen die Einführung eines Globalbudgets ausgesprochen. Das kann man – wenn man will – als reine wirtschaftliche Interessenvertretung interpretieren. Diese Betrachtungsweise wäre aber sicher nicht zutreffend. Die Einwände, die in den Hearings, welche die ständerätliche Kommission durchgeführt hat, seitens der FMH vorgebracht worden sind, sind differenzierter und greifen weiter als reine wirtschaftliche Interessenvertretungen. Der Vertreter der FMH hat sogar die Mitarbeit seiner Organisation bei der Ausarbeitung eines partnerschaftlichen Modelles für ein Globalbudget in Aussicht gestellt, welches von allen Betroffenen gemeinsam auszuhandeln wäre.

Neben grundsätzlichen Einwänden sind seitens der Ärzteschaft insbesondere technische Fragen aufgeworfen worden. Es ist die Frage nach der Verantwortung für die Festlegung des Globalbudgets und für die Applikation gestellt worden. Es hat sich ganz klar gezeigt, dass verschiedene Umsetzungsprobleme entweder nicht geregelt oder nur skizziert sind. Wir verfügen auch nicht über Informationen, wer in den Kantonen die sektoriellen Budgets nach welchen Gesichtspunkten festlegen und wer nach welchen Kriterien die Einhaltung dieser Budgets überwachen würde. Offen ist auch, wie bei Überschreitungen der Budgets vorgegangen werden sollte und welche Sanktionen vorgesehen wären. Würden sie Gruppen von Leistungserbringern betreffen, z. B. durch eine Taxpunktwertsenkung, oder einzelne Leistungserbringer durch die Verpflichtung zur Rückzahlung?

Auch hinsichtlich der Koordination zwischen einzelnen Kantonen ist auf grosse Probleme hingewiesen worden. Wird ein Globalbudget in einem Kanton dazu führen, dass eine verweigerte Behandlung in einem Kanton ohne Globalbudgetlösung nachgefragt wird? Unklar scheint auch die Funktion der Versicherer – mit Ausnahme der in Artikel 54 vorgesehenen Berechtigung, dem Kanton Antrag auf Globalbudgetierung zu stellen. Es sind auch Fragen im Zusammenhang mit der Administration und den nicht vollständig existierenden statistischen Grundlagen aufgeworfen worden.

Gegen die Einführung eines Globalbudgets spricht die Tatsache, dass damit das Konsumverhalten mit Bezug auf Leistungen, welche von der Krankenversicherung bezahlt werden, nicht direkt beeinflusst werden kann. Der heutige Zustand würde festgeschrieben, obwohl wir wissen, dass er unbefriedigend ist. Die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten würde dadurch nicht gefördert. Auch bliebe dieses radikale Instrument ohne Auswirkungen auf die Mengenausweitung. Fraglich ist auch, ob mit der Einführung des Globalbudgets nicht eine Verschiebung in den Spitalbereich erfolgen würde, wenn es dadurch möglich wäre, das Budget einer Privatpraxis zu schonen. Wir kommen auch nicht weiter, wenn die Einführung des Globalbudgets als Hauptansatzpunkt für wesentliche Kostendämpfungen im ambulanten Bereich weiterverfolgt werden soll.

Wir müssen die Diskussion über den Leistungskatalog und über die Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten führen. Noch vor zwanzig Jahren war der Nierenpatient froh über die Dialyse. Heute dürfte der gleiche Patient – mit Rechtl – auf eine Nierentransplantation hoffen. Ich möchte mit diesem Beispiel die Definition der Lebensqualität, die sich in relativ kurzer Zeit ändert, ansprechen. Selbstverständlich hat dies Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens.

Wir sehen, dass sehr viele Fragen unbeantwortet sind. Ich möchte auch auf die übrigen Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens hinweisen. Die ablehnende Haltung ist zum Teil sehr pointiert formuliert worden. Es ist auch nicht so, dass aus den Ländern, welche bereits mit diesem Instrument arbeiten, nur positive Resultate zu vermelden wären. Sowohl

in Deutschland als auch in Kanada sollen sich Schwierigkeiten eingestellt haben.

Die Minderheit der SGK ist der Meinung, dass diese drastische Massnahme nicht eingeführt werden darf. Zuerst müssen sämtliche Massnahmen, welche die Leistungserbringer weniger hart treffen, ausgeschöpft werden.

Ich bitte Sie mit Blick auf die geschilderten Gründe, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

Baumann Stephanie (S, BE): Im März hat das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer eine Pressekonferenz zur Entwicklung der Gesundheitskosten abgehalten. Die dort präsentierten Zahlen haben uns wieder einmal gezeigt, was wir schon seit längerer Zeit sagen, nämlich: Die Dramatik ist zurzeit nicht mehr im stationären Bereich, sondern im ambulanten Sektor, weil wir hier im Gegensatz zum Spitalsektor keine Instrumente haben, um die Mengenausweitung wirden weiterhin steigen. Die Mehrheit der Kommission hat nun auf diese neuen Zahlen reagiert.

Das heisst, wir müssen den Ständerat zwingen, nochmals über die Bücher zu gehen. Es geht nicht, dass wir uns heute gemäss ständerätlichem Konzept auf eine Minirevision beschränken und alle Massnahmen, die geeignet sind, um die Kosten in den Griff zu bekommen, auf später verschieben. Wer jetzt nicht handelt, nimmt bewusst in Kauf, dass die Mengenausweitung und die Kostensteigerung im ambulanten Sektor in den nächsten Jahren weitergehen – und damit verbunden auch die Prämienerhöhungen.

Wie gesagt, die Sparanstrengungen im Spitalbereich wirken nun langsam, wir dürfen jetzt nicht aufgeben, und vor allem: Wir dürfen uns nicht durch die eindrückliche Lobbyarbeit der Interessengruppen so beeindrucken lassen, dass wir auf diesen Vorschlag nicht eintreten. Die Ärzteschaft hat sich mit Briefen an alle Nationalrätinnen und Nationalräte gewandt, und sie malt in diesen Briefen den Teufel an die Wand für den Fall, dass wir Artikel 51a annehmen.

Das erstaunt mich nicht, liegt doch der Sinn einer Globalbudgetierung darin, dass Leistungserbringer nicht mehr ungestraft und unbegrenzt Mengenausweitungen praktizieren können. Wir kennen die Globalbudgetierung ja bereits bei den Spitälern, und wir sehen dort, dass sie wirkt, ohne dass die Qualität der Behandlung darunter leidet. Nun sollen die Kantone neben den Globalbudgets für die Spitäler auch Globalbudgets für ambulante und teilstationäre Leistungen festlegen können – es ist ja eine Kann-Formulierung.

Das heisst, ein Globalbudget würde auf freiwilliger Basis und – das ist auch wichtig – in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und den Versicherern erarbeitet. Das könnte unter Berücksichtigung der Lohn- und Preisentwicklung und auch der medizinischen Entwicklung gemacht werden. Wir wissen, nicht alle Kantone wünschen dieses Instrument, und wir wollen sie mit der Einführung dieses Artikels auch nicht dazu zwingen. Wir wissen, dass die Situation in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich ist. Aber gerade weil einzelne Kantone den Versuch mit einem Globalbudget wagen möchten, sollten wir ihnen diese Möglichkeit auch geben und sie nicht auf spätere Etappen und spätere Revisionen vertrösten. Denn einzelne Kantone machen sich zurzeit bereits Gedanken darüber, wie man eine solche Globalbudgetierung abwickeln könnte. Wir müssen froh sein, wenn sie die Pionierarbeit übernehmen wollen, sonst werden wir nämlich hier in der Schweiz die entsprechenden Erfahrungen nie machen können. Wir kennen bisher nur die Erfahrungen aus anderen Ländern. Wir haben gesehen, dass es Schwierigkeiten gibt, und das wissen auch die Kantone, die diese Globalbudgetierung einmal versuchen möchten.

Es ist unverständlich für mich, dass der Ständerat diesen Schritt nicht wagen will, nachdem sich die Kantonsvertreter in den Hearings der SGK des Ständerates nicht gegen die frei-willige Einführung der Globalbudgetierung im ambulanten Sektor gewehrt haben; im Gegenteil. Wir haben also heute noch eine weitere Chance für eine weitere Kostenbremse, und ich hoffe, Sie ergreifen diese Gelegenheit jetzt auch, wie Sie das beim Antrag Raggenbass eindrücklich getan haben.

Ν

Egerszegi Christine (R, AG): Sie betonen, dass nachher nicht alle Kantone nach diesem Vorschlag handeln müssten. Welche Sparwirkung hat diese Massnahme, wenn sie der eine Kanton einführt, während sie der benachbarte Kanton nicht einführt? Dann wandern doch alle Leute ab.

Baumann Stephanie (S, BE): Wir wissen heute nicht, wie sich eine solche Wanderbewegung auswirken würde; aber ich sehe das ganz realistisch. Es ist klar, dass nicht alle Personen in den nächsten Kanton abwandern würden. Es besteht vor allem auch keine Notwendigkeit dazu, weil nämlich die Möglichkeit nach wie vor gegeben ist, dass man medizinisch notwendige Leistungen in seinem eigenen Kanton bekommt. Das Budget wird nämlich entsprechend festgelegt. Wir wollen ja nicht die notwendigen Leistungen reduzieren; wir wollen mit dieser Globalbudgetierung erreichen, dass unötige Leistungen vermieden werden. Deshalb werden die Globalbudgets auch zusammen mit den Versicherern und den Leistungserbringern festgelegt.

Gulsan Yves (R, VD): L'instauration d'un budget global relève d'une vaste illusion et, surtout, aboutit à un changement complet de la philosophie de la loi. Car de deux choses l'une: ou bien il est trop large et inopérant, et c'est la leçon que nous pouvons tirer de six ans d'arrêtés fédéraux urgents allant dans le même sens, de 1989 à 1995, ou bien il est trop étroit. Dans ce dernier cas, le plus probable, il ne permettra plus de s'adapter à la fois au progrès médical et à l'évolution démographique. Il entraînera donc un rationnement programmé avec listes d'attente, refus de certaines prestations au-delà d'un certain âge, etc. Une nouvelle définition des priorités est, certes, inéluctable, mais il y a lieu de recourir à toutes les formes de rationalisation possibles avant d'en arriver à des choix arbitraires. Introduire le budget global pour la rémunération des prestations ambulatoires et semi-hospitalières mettrait donc un terme à la pratique libérale de la médecine qui est certainement la mieux adaptée pour venir à la rencontre des besoins individuels de chacun. Avec une médecine à deux vitesses, qui comporte un rationnement social certain disponibilité modérée de praticiens rétribués selon des modalités forfaitaires, policliniques bondées, foire d'empoigne aux urgences des hôpitaux, listes d'attente pour les opéra-tions programmées comme les prothèses de hanches ou les by-pass aortocoronariens -, il devient alors facile pour un ministre de la santé d'annoncer triomphalement des dépenses qui ne dépassent pas 6,9 pour cent du PIB, comme en Grande-Bretagne. Par contre, l'opération devient un échec total lorsque l'on s'y refuse, comme en Allemagne, où malgré le budget global et une bureaucratie absolument phénoménale, les dépenses de santé atteignent 10,5 pour cent du PIB. soit sont supérieures à celles de la Suisse qui sont de 10,2 pour cent, cela pour l'année 1996. Une telle évolution n'est pas conforme non plus aux voeux de la population. J'ai donc bien de la peine à comprendre les propos tout sucre et tout miel de M. Cavalli en la matière.

La Société médicale de la Suisse romande a fait procéder à un sondage d'opinion par l'institut LINK ces dernières semaines. 71,4 pour cent des personnes interrogées ont estimé que le budget global n'est pas une très bonne ni une bonne mesure. La même proportion de 70 pour cent environ estime que des économies doivent être réalisées par d'autres moyens: prévention, transfert d'un certain nombre de prestations de l'assurance-maladie de base à l'assurance complémentaire, lutte contre la pléthore médicale, etc. Nota bene, la révision du tarif médical GRAT/Infra va également dans cette direction, puisqu'il établit une différence claire entre médecins de premier recours et spécialistes, les uns n'ayant pas accès aux prestations des autres, et la condition sine qua non pour pratiquer des examens spécialisés comme les ultrasons, la radiologie ou des examens de laboratoire étant une formation correspondante.

1. Indépendamment du changement fondamental de philosophie qui nous ferait passer d'un système libéral mais solidaire à une médecine à deux vitesses, la mise en place d'un budget global se heurte à toute une série de difficultés pratiques et techniques qui ne sont pas des moindres. Les bases de référence pour l'établir sont pour le moins aléatoires. Les statistiques sanitaires sont lacunaires et non harmonisées. Les cantons ont la leur, les caisses-maladie la leur, la CNA encore la sienne, etc. Seule la statistique médicale hospitalière. après neuf ans d'un accouchement pour le moins difficile, pourra enfin fournir quelques chiffres l'année prochaine. Et il faudra sans doute attendre encore jusqu'en 2001 pour disposer de données véritablement utilisables à cause des inévitables maladies de jeunesse. Les moyens mis à disposition de l'Office fédéral de la statistique pour les statistiques sanitaires sont ridicules - 500 000 francs cette année - et ne permettront donc pas d'avancer beaucoup. Le nouvel article 23 sur les statistiques, actuellement en consultation, ne changera rien à la situation en l'absence d'un véritable engagement gouvernemental pour mettre en application complètement la LAMal dans les plus brefs délais. Ceci nécessite, soit dit en passant, non seulement un chef de projet, mais aussi des réformes structurelles horizontales au niveau de l'administration fédérale.

2. Le budget global sera donc établi de manière empirique, avec autant de cantons, autant de systèmes différents avec création de nouvelles disparités, à moins que la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires ne se voie chargée d'une nouvelle mission, ce qui lui permettra d'accroître encore le contre-pouvoir qu'elle exerce.

3. La mise en place du nouveau tarif GRAT/Infra, instrument fondamental de transparence et accessoirement de rationalisation des coûts, se verrait gravement compromis. Le GRAT est basé sur des principes d'économie d'entreprise, comme le postule la loi, ce qui entre en contradiction flagrante avec un instrument de planification financière centralisée comme le budget global.

4. Le système de libre choix du médecin actuellement en cours devrait être modifié pour introduire celui obligatoire du «gatekeeper». Il serait, en effet, fondamentalement contradictoire d'autoriser la dispersion des prestations entre plusieurs professionnels de la santé dans un système de gestion planifiée. Le «managed care» devrait donc devenir la seule façon de pratiquer. Il en résulte que d'autres articles de la LAMal devraient être également modifiés, en particulier l'article 41.

5. Les caisses-maladie, loin de recevoir le ballon d'oxygène auquel elles aspirent, ne vont pas être en mesure d'améliorer la situation déjà très inconfortable qui est la leur. Elles vont se trouver prises entre le marteau des revendications légitimes de leurs assurés et l'enclume de ressources financières limitées dont elles ne seront pas en mesure d'assurer le contrôle. Il faudra donc créer une nouvelle institution bureaucratique à cet effet. Il est temps qu'elles fassent preuve de plus de transparence, d'un véritable esprit de service dans la mission de gestion sociale qui leur a été confiée et qu'elles sortent de l'éternelle litanie à laquelle elles nous ont habitués, à savoir: faites comme je dis, mais pas comme je fais.

L'introduction du budget global pour la rémunération des prestations ambulatoires et semi-hospitalières, même s'il ne s'agit que d'une option éventuellement à disposition des cantons, remettrait donc fondamentalement en question toute la politique poursuivie jusqu'à présent et l'équilibre déjà considérablement fragilisé du système de santé suisse. Même s'il ne s'agit que d'une option, et une fois encore, il n'est pas concevable d'introduire dans la loi des éléments qui entrent en contradiction avec elle. Par contre, il faudra savoir faire preuve de courage politique pour prendre les mesures de rationalisation qui s'imposent.

Au nom du groupe radical-démocratique, je vous demande donc de soutenir la proposition de minorité, soit de biffer les nouveaux articles 51a et 54.

David Eugen (C, SG): Herr Guisan, ich verstehe sehr wohl, dass Sie als Vertreter der Ärzteschaft keine Freude daran ha-

Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

ben, hier ein Globalbudget einzuführen. Ich selbst bin auch eher kritisch in dem Sinne, dass ich planwirtschaftliche Massnahmen nicht mag.

Aber was mir in Ihren Ausführungen und auch in der Stellungnahme der FDP-Fraktion fehlt, ist die Alternative. Sie wissen, dass wir gerade jetzt wieder massive Kostensteigerungen hatten, auch im ambulanten Bereich, und im Herbst mit hohen Prämiensteigerungen rechnen müssen. Was bieten Sie aus der Ärzteschaft der Bevölkerung als Alternative an?

Guisan Yves (R, VD): Ce n'est que l'un des exemples. Je crois que la question que vous me posez est l'objet d'une véritable conférence qui pourrait prendre une heure. On a, par exemple, parlé abondamment ce matin de la pléthore médicale. Je constate que j'ai moi-même fait une proposition dans ce sens; la commission qui l'a examinée l'a rejetée pour le moment. Nous reviendrons la discuter ici.

Il n'existe pas actuellement de volonté politique sérieuse de régler l'accès aux études de médecine, la formation post-graduée et ensuite l'installation à la pratique, à la charge des assurances sociales. Si cet élément-là était en main, ce serait déjà un moyen à disposition pour maîtriser mieux les coûts. Ensuite, on n'a jamais pu se mettre d'accord – M. Raggenbass a développé ce sujet tout à l'heure – sur ce que signifiait pratiquement l'économicité du traitement. Les caisses-maladie n'ont pas développé une stratégie commune à cet égard, les médecins-conseils non plus. On continue à faire du travail au coup par coup, sans base légale suffisante et sans stratégie coordonnée. Si ces deux éléments étaient pris en main, il y aurait déjà des résultats substantiels.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich bitte Sie namens der SVP-Fraktion, die Minderheit Eymann zu unterstützen und dem Ständerat zu folgen.

In der Vorlage des Bundesrates, mit der man im ambulanten Bereich Globalbudgets zulassen will, kommt unseres Erachtens eine Bankrotterklärung des Systems zum Ausdruck. Im Vorfeld der Abstimmung über das Krankenversicherungsgesetz wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, man wolle Wettbewerbselemente einbauen, Faktoren schaffen, die zur Kostendämpfung führen, etwas Bewegung schaffen und damit eine günstigere Medizin zulassen.

Nun kommt der Bundesrat offensichtlich zum Schluss, die bescheidensten Ansätze, welche diesbezüglich vorhanden sind, müssten auch noch zunichte gemacht werden - statt dass man sich mit Überlegungen beschäftigt, welche den Markt im ambulanten Bereich nun wirklich möglich machen. Natürlich: Es ist nicht einfach, feststellen zu müssen, dass die zunehmende Ärztedichte zu immer intensiverer Tätigkeit im Gesundheitswesen und damit zu immer höheren Kosten führt. Globalbudgets sind aber darauf unseres Erachtens nicht die richtige Antwort, weil sie zukünftige marktorientierte Modelle verunmöglichen, wie sie Kollege Raggenbass übrigens mit seinem Antrag zu Artikel 46 Absatz 2bis ansatzweise vorschlägt: Wenn Sie ein Globalbudget eingeführt haben, dürfte es schwierig sein, gewissen anderen Elementen, die wirklich Kosten dämpfen, zum Durchbruch zu verhelfen. Es ist eine dirigistische Massnahme.

Die Situation ist die, dass wir in Richtung von den Versicherten zu den Versicherungen von Markt sprechen können. Die Versicherten haben die Möglichkeit, die Versicherung zu wechseln. Die Versicherer ihrerseits sind eingeschränkt gegenüber den Versicherten, indem sie vom Obligatorium her gezwungen sind, die Aufnahmepflicht einzuhalten. Auf dieser Seite sind den Versicherungen die Hände gebunden. Aber auch gegenüber den Leistungserbringern sind die Versicherungen eingeschränkt, indem sie nämlich verpflichtet sind, die Tarife einzuhalten, die sie vom Staat genehmigen lassen müssen. Sie sind gezwungen, jeden Leistungserbringer in diese Tarifstruktur aufzunehmen.

Die Schaffung des zukünftigen Spielraums, der in diesem Bereich herrschen könnte, wenn der Kontrahierungszwang für die Versicherer aufgehoben würde, braucht selbstverständlich etwas Mut, ist aber meines Erachtens die einzig richtige, marktgerechte Lösung für diesen Bereich.

Um in Zukunft einen solchen Spielraum nicht zu verhindern, muss man heute darauf verzichten, den Kantonen die Gelegenheit zu geben, Globalbudgets einzuführen. Damit werden Strukturen zementiert, welche nicht geeignet sind, neue kostensparende Elemente einfach einzubauen.

Ich möchte Sie bitten, den Antrag der Minderheit Eymann zu unterstützen.

Hochreutener Norbert (C, BE): Im Namen der grossen Mehrheit der CVP-Fraktion bitte ich Sie, die Einführung dieses Globalbudgets abzulehnen und dem Ständerat zu folgen. Natürlich geht es hier nur um die Frage, ob die Kantone frei sein sollen, ein solches Globalbudget einzuführen. Aber die Einführung dieses Instrumentes zielt grundsätzlich in die falsche Richtung. Es wäre ein falsches Signal an die Kantone. Verschiedene Länder, welche dieses Instrument im ambulanten Bereich einführten, haben schlechte Erfahrungen damit gemacht. Die Einführung brächte auch bei uns zunächst einmal administrative Schwierigkeiten. Es ist nämlich im ambulanten Sektor in der Praxis nicht so leicht durchsetzbar. Wie wollen Sie das praktisch durchsetzen? Wollen Sie jedem Arzt einen Revisor oder einen Buchhalter in die Praxis schikken? Wie wollen Sie verhindern, dass es zu einem eigentli-chen Patiententourismus über die Kantonsgrenzen hinweg kommt, weil ein Kanton das Globalbudget eingeführt hat und ein anderer nicht?

Die Abgrenzung von ambulant und stationär ist heute im Wandel; die Grenze ist fliessend. Sie können sicher sein, dass es bei einem Globalbudget im ambulanten Bereich zu einer Verlagerung in den stationären Bereich kommen würde, der dann gesamtwirtschaftlich wiederum teurer zu stehen käme. Wir haben auch nicht genügend statistische Unterlagen, um ein effizientes Controlling durchzuführen.

Genauso gewichtig wie diese Nachteile sind aber jene für die Patientinnen und Patienten. Was geschieht, wenn ein Patient Ende November in die Praxis kommt, der Arzt sein Globalbudget aber bereits ausgeschöpft hat? Wird dann der Patient gezwungen, zu einem anderen Arzt zu gehen, der sein Budget noch nicht ausgeschöpft hat? Geht er allenfalls auch in einen anderen Kanton oder etwa gar ins Spital, um nicht unter das Globalbudget des betreffenden Arztes zu fallen? Also auch für die Versicherten ist das Globalbudget unzumutbar und deshalb abzulehnen.

Ganz generell kann man sagen, dass die Einführung von Globalbudgets Richtung Staatsmedizin geht. Genau das wollen wir ja nicht. Das KVG zielt ja just in die andere Richtung, Richtung Wettbewerb, Richtung freien Markt. Deshalb wollen wir hier jetzt nicht ein Instrument einführen, mit welchem wir genau in die Gegenrichtung gehen.

Folgen wir also dem Ständerat und damit der Minderheit Eymann, und lehnen wir die Einführung des Globalbudgets ab.

Fasel Hugo (G, FR): Namens der grünen Fraktion unterstütze ich die Einführung eines Globalbudgets. Wir haben bei künftigen Revisionen die verschiedenen Möglichkeiten ins Auge zu fassen, die dazu beitragen, dass wir von den hohen Prämien wegkommen; wir haben Massnahmen, auch neue Massnahmen, zu treffen, die kostendämpfend wirken. Globalbudgets – das lässt sich auch angesichts internationaler Vergleiche nicht einfach vom Tisch wischen – tragen auch dazu bei, Kosten einzusparen.

Wenn ich den verschiedenen Votanten zuhöre, stelle ich fest, dass wir gegenüber den Globalbudgets zwei Arten von Opposition haben: Es gibt jene Gruppe, die grundsätzlich nie und nimmer Globalbudgets haben will, und es gibt eine zweite Gruppe, die auf zahlreiche offene Fragen verweist und damit zeigen möchte, dass weitere Abklärungen notwendig wären, bevor man auf dieses Instrument eintreten möchte.

Jene, die grundsätzlich, in jedem Fall und fundamental gegen die Globalbudgets sind, bezeichnen Globalbudgets als dirigistische Eingriffe und nennen das Planwirtschaft. Herr Guisan hat vorhin auch diese Begriffe verwendet. Auf die Frage, was er denn vorschlage, hat er selber auch wieder dirigistische und planwirtschaftliche Vorschläge gemacht:

nämlich eine staatliche Kontrolle der Zahl der Mediziner, der im ambulanten Sektor tätigen Menschen. Das ist nichts anderes als Dirigismus.

Grundsätzlich kann man sagen: Diese Fragen, die hier auf dem Tisch liegen, sind immer auch systemimmanent: Wenn wir eine obligatorische Krankenversicherung haben, braucht sich der Mediziner nie zu fragen: Wenn ich jetzt diese Leistung erbringe, wenn ich diese Pflege oder auch überflüssige Leistung anbiete, wie kann die Person sie bezahlen? Diese Frage braucht sich der Arzt heute nicht zu stellen. Er weiss, die Leistung wird bezahlt werden. Es geht hier darum, die Ärzte zunehmend mit dieser Frage zu konfrontieren. Wenn sie Leistungen erbringen, sollen sie sich auch Gedanken darüber machen: Sind sie notwendig, zehre ich damit an meinem Budget?

Es ist auch interessant, wenn von der Seite der Ärzte gesagt wird, man habe dann keine Zeit mehr, und im November oder Dezember sei Schluss, weil das Globalbudget erschöpft sei. Ich muss sagen: Da ist etwas sehr Interessantes geschehen, auch im Bereich des Ärztebildes. Ich ging bisher davon aus viele Mediziner geben auch den Beweis dafür und behaupten, sie würden Medizin so verstehen --, dass für Ärzte die kranke Person im Vordergrund steht und sie dieser grundsätzlich helfen möchten. Ich glaube auch, einige Mediziner leisten sogar einen Schwur auf diese Grundhaltung. Ich höre heute zum ersten Mal, dass Mediziner von sich sagen: Es ist zwar eine verunfallte Person vor der Tür, eine schwerkranke Person im Nachbargarten, ich verweigere jedoch die Leistung, weil ich nicht sicher bin, wie diese bezahlt wird. Zumindest haben die Mediziner damit hier im Saal zum ersten Mal öffentlich bekanntgegeben, dass sie ihren Beruf wesentlich anders interpretieren, als ich es bisher gemeint hatte. Vielleicht ist auch meine Haltung etwas überholt, das könnte auch sein.

Ich glaube auch, dass Vergleiche mit Globalbudgets in verschiedenen Ländern sehr schwierig zu machen sind, und von daher ist der Ansatz des Bundesrates gut und richtig. Er zwingt niemanden dazu, Globalbudgets einzuführen, sondern gibt jenem Kanton, der diese Lösung einführen möchte, die Möglichkeit, es zu tun. Er schaft damit die Möglichkeit, dass jene Erfahrungen sammeln können, die dann dazu beitragen, dass Schritt für Schritt die offenen Fragen, die Herr Eymann richtigerweise gestellt hat, beantwortet werden können.

Ich beantrage Ihnen deshalb namens der grünen Fraktion, diesem Instrument des Globalbudgets zuzustimmen.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Ich möchte zuerst zum Formellen etwas bemerken. Wir haben über die Artikel 51a und 54 gesprochen; beide handeln von der Globalbudgetierung. Es geht nun darum, ob man über beide Artikel separat abstimmen soll. Zusammen mit Kollege Cavalli bin ich klar der Meinung: Über diese beiden Artikel soll separat abgestimmt werden. Es geht zwar in beiden Artikel num die Globalbudgetierung. In Artikel 51a schlägt der Bundesrat vor, dass die Kantone eine Globalbudgetierung einführen können. Artikel 54 ist eigentlich ein selbständiger Artikel, in welchem es auch heisst, die Globalbudgetierung könne beantragt werden, dort aber von den Versicherern in ausserordentlichen Situationen; das ist schon etwas anderes.

Wir beantragen Ihnen deshalb, vorerst über Artikel 51a abzustimmen und unbeeinflusst von diesem Ergebnis dann separat über Artikel 54 zu entscheiden. Soviel zum Verfahren und damit auch zum Antrag Guisan betreffend Artikel 54, der die Lösung des Bundesrates ablehnt.

In der Kommission hat selbstverständlich die Frage der Globalbudgetierung auch eine tiefgreifende Diskussion ausgelöst. Die Mehrheit ist der Meinung, dass dem Globalbudget im ambulanten Bereich eine Chance gegeben werden solle, auch mit der Absicht, die Kosten in diesem Bereich der Globalbudgetierung jetzt in den Griff zu bekommen, und auch in der Hoffnung, dass hier noch etwas drinliegt und die Kosten zumindest stabilisiert werden können.

Die Kommissionsmehrheit hat – so interpretiere ich das – wahrscheinlich auch deshalb ja gesagt, weil es nicht eine flä-

chendeckende Globalbudgetierungsvorlage für die ganze Schweiz ist, sondern für die Kantone, die dann alleine entscheiden, ob sie diese überhaupt einführen wollen oder nicht. In diesem Sinne habe ich die Diskussion auch so verstanden, dass die Mehrheit die Chance geben will, in irgendeinem Kanton ein Experiment bzw. ein Pilotprojekt durchführen zu können

Die Minderheit hat aber auch gewichtige Argumente vorgebracht; sie befürchtet, dass die Datenlage völlig ungenügend sei und es zu einem grösseren administrativen Aufwand führen würde. Schliesslich könnten in Einzelfällen sogar die Patienten benachteiligt sein, wenn sie zur «falschen» Zeit krank würden, wenn das Globalbudget bereits ausgeschöpft wäre. Darüber, was dann passieren würde, stehen noch viele Fragen im Raum.

Die Kommission empfiehlt Ihnen aber mit 10 zu 8 Stimmen, bei Artikel 51a der Fassung des Bundesrates zuzustimmen.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Il s'agit ici à nouveau, d'un côté, d'une discussion assez technique et, de l'autre, d'une question qui a été créée dans l'opinion publique et qui est devenue une espèce de guerre idéologique sur un principe qui, au fond, n'a rien de révolutionnaire. Nous tous, avons été bombardés durant les derniers jours par les prises de position des fournisseurs de prestations. Il est bien évident que ceux-ci n'ont aucun intérêt à ce que les coûts soient maîtrisés. Pour eux, le mieux serait que ces coûts continuent à augmenter. Nous avons un devoir tout à fait différent: nous devons assurer qu'on puisse payer ces derniers. Tel est notre devoir et c'est pour cette raison que notre optique devrait être différente de celle de l'industrie pharmaceutique ou du lobby des médecins.

La majorité de la commission vous invite donc chaleureusement à soutenir le projet du Conseil fédéral.

Je vous rappelle brièvement les données fondamentales du problème. Nous avons vu que les coûts des hôpitaux dans le domaine du traitement stationnaire n'augmentent plus et qu'ils baissent même en chiffres réels, et cela parfois grâce à des mesures du type budget global. Par contre, dans le secteur du traitement ambulatoire des hôpitaux et dans le secteur du traitement ambulatoire en général, les coûts explosent: pour l'année passée, je le répète, une augmentation de 1 milliard de francs, ce qui représente 7 ou 8 pour cent de plus seulement pour l'assurance de base.

Si nous ne trouvons pas de nouveaux moyens dans le secteur du traitement ambulatoire, tous les efforts que nous allons faire pour contrôler, pour maîtriser les coûts vont être absolument inefficaces. C'est là qu'il faut avoir quelque chose de nouveau. Et ce quelque chose de nouveau est en partie la possibilité, pour les cantons qui le veulent, d'avoir un budget global. On nous dit que ce n'est pas simple. C'est vrai, mais dans le système sanitaire il n'y a rien de simple. Je disais hier que le système est tellement complexe que toute proposition visant, à elle seule, à résoudre tout le problème, serait méthodologiquement fausse. On nous a dit qu'à l'étranger, en Allemagne, au Canada, aux Pays-Bas, on n'a pas fait que des expériences positives. C'est vrai, et personne ne prétend que toutes les expériences sont positives. Il y en a qui sont un peu plus négatives, il y en a d'autres, surtout l'expérience au Canada, qui sont très positives sur le fond.

Mais justement, ce que nous disons, c'est: «Nous ne savons pas exactement ce qui pourrait se passer dans le système sanitaire suisse avec les budgets globaux.» C'est pour cela que personne ne propose d'introduire les budgets globaux sur le plan national, personne ne propose l'introduction des budgets globaux. Or, le projet du Conseil fédéral vise seulement à donner au canton la possibilité d'instaurer un budget global là où le canton lui-même, les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie sont d'accord. C'est la seule façon d'acquérir une expérience. Et avec cette expérience dans quelques cantons, nous pourrons ensuite juger si l'instrument est valable dans notre système de santé, si nous pouvons l'introduire peut-être sur le plan national. Alors, laissez aux cantons la possibilité d'apprendre, laissez aux cantons qui veulent le faire la possibilité de réaliser une expé-



rience qui sera utile à tout le monde. Le projet du Conseil fédéral n'a rien de révolutionnaire.

Il y a peu de temps, avec la limitation dans la convention tarifaire, vous avez accepté un changement qui est beaucoup plus révolutionnaire que la possibilité de créer des budgets globaux. Ça, c'est vraiment une révolution, et vous allez voir ce qui va se passer dans les prochains jours. Mais si nous voulons vraiment maîtriser les coûts, nous devons avoir les deux choses: la diminution de la contrainte pour la convention tarifaire et les budgets globaux, parce qu'il y aura des cantons où l'une des deux armes sera plus utile, où les gens seront plus enclins à employer l'une des deux armes. Les deux armes vont ensemble, parce qu'une arme met, en quelque sorte, le couvercle sur le système, et l'autre permet de distinguer à l'intérieur du système. Si nous voulons avoir des moyens flexibles pour maîtriser les coûts, il nous faut les deux armes: dans certaines situations, l'une sera la plus importante, dans d'autres, l'autre sera la plus importante.

C'est pour cela que si la commission pouvait en rediscuter encore aujourd'hui, je pense que sa majorité vous dirait encore une fois: «Il nous faut les deux armes; vous en avez accepté une il y a une demi-heure, il faut accepter aussi la deuxième maintenant, à l'article 51a.»

Une dernière constatation et réponse à M. Bortoluzzi: il n'est absolument pas vrai qu'avec les budgets globaux, on ne pourrait pas introduire le modèle du «managed care». Ça n'a absolument rien à voir: avec les budgets globaux, on met seulement le couvercle général; à l'intérieur, on peut tout faire; il n'est donc absolument pas vrai qu'en acceptant la possibilité des budgets globaux, on ne puisse plus introduire des systèmes de «managed care» à l'intérieur du système.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je serai extrêmement brève comme contribution à un déroulement qui devrait nous permettre de faire aboutir ce projet de révision partielle de la LAMal avant 13 heures.

Tout doit reposer, si un canton introduit un budget global, sur une négociation avec les partenaires. C'est un instrument de négociation avec la possibilité d'exercer une certaine pression, d'amener les partenaires autour de la table des négociations, que nous voulons introduire, ou plutôt mettre à la disposition des cantons.

Pourquoi est-ce que nous présentons cette solution dans ce paquet de réformes? A cause de la coıncidence entre l'entrée en vigueur de ce paquet de réformes et le résultat de la négociation du GRAT. L'année prochaine, nous introduirons un nouveau système tarifaire des prestations des médecins. Vous avez entendu les avertissements de M. le surveillant des prix, par exemple quant au risque d'explosion du volume des prestations. Nous aimerions que les cantons qui le souhaitent, les cantons qui s'y sont préparés, les cantons qui savent comment ils pourront utiliser cet instrument, l'aient à disposition pour que la neutralité des coûts - car c'est aussi une notion de budget global et ça concerne exactement le secteur ambulatoire - entre l'ancien et le nouveau tarif puisse non seulement être de la responsabilité des partenaires, mais puisse éventuellement être surveillée, accompagnée, influencée par l'autorité politique responsable de la politique de la santé et de l'évolution des coûts, c'est-à-dire les cantons. Voilà la raison pour laquelle nous le souhaitons pour le 1er janvier 2000.

Je m'inquiète un peu, en écoutant M. Hochreutener, d'entendre tant d'arguments contre le budget global. Je crois que ce n'est pas ici le lieu de le rejeter. J'aimerais vous inciter au moins à la même prudence intellectuelle que le Conseil des Etats, dont l'argument était: «Nous ne voulons pas discuter maintenant du budget global, nous voulons le repousser à la prochaine réforme.» J'espère vous avoir expliqué pourtant qu'il y a de bons arguments pour dire: «Ne repoussons pas ce débat s'il y a possibilité d'utiliser cet instrument au moment de l'entrée en vigueur du GRAT. Cela peut être à l'avantage de la stabilité du système.»

Gulsan Yves (R, VD): Madame la Présidente de la Confédération, j'aimerais vous poser une très courte question: est-ce

que vous pensez que la neutralité des coûts peut être respectée malgré le vieillissement de la population et les progrès de la technique médicale?

Drelfuss Ruth, présidente de la Confédération: Je crois qu'il y a deux questions en une; excusez-moi, Monsieur Guisan. Par «neutralité des coûts», j'entends que l'introduction du GRAT ne doit pas créer une augmentation des coûts liée au nouveau tarif. C'est facile à contrôler, c'est-à-dire qu'à prestation égale, le tarif ne doit pas avoir d'influence dans le sens d'un plus grand volume de prestations pour compenser une réduction de la valeur de la prestation elle-même. A ce titre, je ne pense pas que le progrès technique ait un rôle à iouer.

Par contre, concernant le budget global dans l'évolution de la médecine – puisque c'est de l'instrument régulier et pas de l'instrument d'urgence dont nous parlons ici –, je n'utiliserai pas forcément l'expression de «neutralité des coûts». Le budget global est un instrument pour responsabiliser l'ensemble d'une branche, celle des médecins, dans un objectif commun: éviter que les moutons noirs, dont vous-même et les responsables de votre corporation souhaitent combattre les mauvaises pratiques, ne puissent se cacher derrière les blouses blanches – si vous me permettez cette expression – pour continuer des pratiques qui font exploser les coûts de la santé.

En fait, les modèles que nous connaissons des budgets globaux font que les bons médecins, les autorités cantonales et les autres prestataires de services se trouvent alliés dans la lutte contre les moutons noirs.

Namentliche Abstimmung Vote nominatif (Ref.: 3028)

Für den Antrag der Minderheit stimmen: Votent pour la proposition de la minorité:

Antille, Baader, Bangerter, Baumann Alexander, Beck, Bezzola, Bircher, Blaser, Bonny, Borer, Bortoluzzi, Brunner Toni, Bührer, Christen, Dettling, Donati, Dormann, Dupraz, Durrer, Eberhard, Egerszegi, Eggly, Engelberger, Epiney, Eymann, Fehr Lisbeth, Fischer-Seengen, Florio, Föhn, Freund, Frey Claude, Friderici, Fritschi, Gadient, Gros Jean-Michel, Grossenbacher, Guisan, Günter, Gusset, Gysin Hans Rudolf, Hasler Ernst, Hegetschweiler, Hess Otto, Hess Peter, Hochreutener, Imhof, Kalbermatten, Keller Rudolf, Kühne, Kunz, Langenberger, Lauper, Loeb, Lötscher, Maitre, Maspoli, Maurer, Meyer Thérèse, Mühlemann, Nabholz, Oehrli, Pelli, Philipona, Pidoux, Randegger, Ratti, Ruckstuhl, Rychen, Schenk, Scheurer, Schlüer, Schmid Odilo, Schmid Samuel, Seiler Hanspeter, Simon, Speck, Stamm Judith, Steffen, Steinegger, Steinemann, Steiner, Suter, Theiler, Tschuppert, Vallender, Vetterli, Waber, Weigelt, Weyeneth, Widrig, Wittenwiler, Zapfl

Für den Antrag der Mehrheit stimmen: Votent pour la proposition de la majorité:

Aeppli, Aguet, Alder, Banga, Baumann Ruedi, Baumann Stephanie, Béguelin, Berberat, Borel, Bühlmann, Burgener, Carobbio, Cavalli, Chiffelle, David, de Dardel, Dünki, Engler, Fankhauser, Fasel, Fässler, Fehr Jacqueline, Geiser, Genner, Goll, Gonseth, Grobet, Gross Jost, Gysin Remo, Haering Binder, Hafner Ursula, Hämmerle, Heim, Herczog, Hollenstein, Hubmann, Jans, Jeanprêtre, Jutzet, Keller Christine, Leemann, Leuenberger, Marti Werner, Maury Pasquier, Meier Hans, Müller-Hemmi, Ostermann, Raggenbass, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Rennwald, Roth, Ruffy, Sandoz Marcel, Schaller, Semadeni, Spielmann, Strahm, Stump, Teuscher, Thanei, Tschäppät, Vermot, Vogel, Vollmer, von Allmen, von Felten, Weber Agnes, Widmer, Wiederkehr, Wyss, Zbinden, Zwygart

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent: Ammann Schoch, Jaquet

(2)

Entschuldigt/abwesend sind - Sont excusés/absents:

Aregger, Baumberger, Binder, Blocher, Bosshard, Cavadini Adriano, Columberg, Comby, Debons, Dreher, Ducrot, Ehrler, Fehr Hans, Fischer-Hägglingen, Frey Walter, Giezendanner, Gross Andreas, Kofmel, Kuhn, Lachat, Leu, Meyer Theo, Moser, Müller Erich, Pini, Ruf, Scherrer Jürg, Schmied Walter, Stamm Luzi, Stucky, Tschopp, Ziegler

Präsidium, stimmt nicht - Présidence, ne vote pas: Heberlein (1)

Art 54

Antrag der Kommission Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Guisan Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 54

Proposition de la commission Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Guisan Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abstimmung - Vote Für den Antrag Guisan 85 Stimmen Für den Antrag der Kommission 80 Stimmen

Art. 52a

Antrag der Kommission Mehrheit

Der Apotheker oder die Apothekerin ersetzt Originalpräparate der Spezialitätenliste durch preisgünstigere Generika dieser Liste, wenn nicht der Arzt

Minderheit I

(Simon, Bortoluzzi, Egerszegi, Eymann, Heberlein, Hochreutener, Suter)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Minderheit II

(Eymann, Egerszegi, Heberlein, Suter)

Gemäss Ständerat, aber:

... verschreibende Medizinalperson vor der Abgabe über das abzugebende Präparat.

Antrag Föhn

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 52a

Proposition de la commission

Majorité

Le pharmacien remplace des préparations originales de la liste des spécialités par des génériques meilleur marché, à moins que le médecin

Minorité I

(Simon, Bortoluzzi, Egerszegi, Eymann, Heberlein, Hochreutener, Suter)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats Minorité II

(Eymann, Egerszegi, Heberlein, Suter) Selon Conseil des Etats, mais:

.... originale. Il informe le médecin ou le chiropraticien sur la préparation à délivrer avant de la délivrer.

Proposition Föhn

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Simon Jean-Charles (C, VD): L'article 52a, dit du droit de substitution, a provoqué une certaine agitation dans l'environnement médical et dans celui de l'industrie pharmaceutique. Et l'on n'a pas hésité à sortir la grosse artillerie pour le combattre. On a parlé de liberté menacée du choix thérapeutique des médecins, voire de santé des patients en question. Ces arguments sont non seulement excessifs, ils sont tout simplement grotesques. En effet, même si la formule contraignante de la majorité de la commission l'emportait, le médecin garderait toute latitude pour prescrire une préparation originale. Il suffirait qu'il souligne sur l'ordonnance le nom de cette préparation, ce qui, vous l'avouerez, ne constitue par une contrainte excessive, même pour des praticiens surmenés. Je crois donc que les véritables causes de cette opposition sont plus prosaïquement économiques!

Quoi qu'il en soit, si personnellement je soutiens la version du Conseil des Etats, plutôt que la proposition de la majorité de la commission, ce ne sont pas pour ces raisons-là, mais pour une évidence qui me paraît incontournable, à savoir que le médicament n'est pas qu'un simple produit actif intégré dans une forme galénique, mais que son action, son efficacité, dépend aussi en partie de notions moins scientifiques, moins cartésiennes, plus mystérieuses, plus psychologiques, comme l'habitude, tout simplement, qu'a le patient pour un médicament donné, l'habitude de l'aspect de ce médicament, de son goût, pour ne pas dire de son nom ou de celui de son fabricant. Laissons donc au pharmacien, qui est le véritable spécialiste des médicaments et qui, dans la plupart des cas, connaît le mieux le comportement des patients, leurs clients, la possibilité, pour chaque cas, de faire le meilleur choix.

Deux remarques encore, si vous le permettez:

- 1. La liberté laissée au pharmacien dans le droit de substitution ne peut évidemment se justifier pleinement et efficacement que si son intervention est considérée, donc rétribuée comme une prestation, ce que nous avons commencé à admettre ce matin.
- 2. Si nous acceptons le droit de substitution, ce que la commission et Mme la présidente de la Confédération semblent juger nécessaire, pour lutter contre l'explosion des coûts, nous aurons très rapidement le devoir - j'insiste: le devoir de nous pencher sur ce qui devient alors une aberration encore plus criante de notre système. Je veux parler de l'existence des médecins dispensateurs qui, eux, n'ont fondamentalement aucun intérêt - au sens premier du terme - à participer à cette entreprise et qui ruineront ainsi une partie importante des efforts engagés.

Alors, je me réjouis déjà de prendre connaissance des propositions que l'administration se saurait tarder à nous communiquer à ce sujet et, bien sûr, de la position de Mme la présidente de la Confédération.

Enfin, j'aimerais dire à tous ceux qui seraient tentés de soutenir la proposition de minorité II (Eymann) combien, dans la pratique quotidienne, cela compliquerait inutilement les choses, et ceci pour le bénéfice de personne, ni des pharmaciens bien entendu, ni des médecins qu'on serait obligé de déranger constamment, ni surtout de celui des patients qui seraient obligés d'attendre longuement, quelquefois, à l'officine avant de recevoir leurs médicaments.

Pour les convaincre définitivement, je l'espère, j'invite ceux qui seraient tentés de soutenir la proposition de minorité II à parcourir la lettre signée conjointement par le président de la FMH et celui de la Société suisse de pharmacie, qui vous invitent, comme moi, comme la minorité I et comme la grande majorité du Parti démocrate-chrétien, à adopter la version du Conseil des Etats.

Eymann Christoph (L, BS): Unser Gesundheitssystem weist den Entscheid über eine Therapie der Ärztin bzw. dem Arzt zu. Diese verordnen auch, welches Medikament dem Patienten oder der Patientin verabreicht werden soll. Die vorliegende Revision soll einen Systemwechsel einleiten: Die Apothekerin oder der Apotheker soll Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die kostengünstigen Generika dieser Liste ersetzen können, falls nicht ausdrücklich das Originalpräparat verordnet wird. Als weitere Bedingung ist die Information über das abgegebene Präparat an die verschreibende Medizinalperson vorgesehen. Grund für diese Systemänderung ist selbstverständlich die Absicht, Einsparungen vornehmen zu können. Diese so konstruierte teilweise Abtretung der Verschreibungskompetenz könnte auch als Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft interpretiert werden. Ich weiss nicht, ob man Apothekerinnen und Apothekern of-



Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

fensichtlich eher zutraut, hinsichtlich Kostensenkungen verantwortungsbewusst vorzugehen.

Weshalb sind Generika billiger? Als Nachahmepräparate basieren die Generika auf der bekannten Formel des Originalpräparates. Nach Erlöschen des Patentschutzes dürfen auch andere Hersteller die entsprechende Substanz anbieten. Diese müssen allerdings keine Deckungsbeiträge für die Forschung und auch keinen Aufwand für die Information über die Wirkung und zur Lancierung des Präparates in ihre Preisbildung einbeziehen.

In letzter Zeit hat die Preisdifferenz zwischen den Originalpräparaten und den Generika abgenommen, weil die Preise für ältere Originalpräparate in diesem Jahr massiv gesenkt worden sind. Es ist die Rede von einem Einsparungspotential von 200 Millionen Franken pro Jahr durch diese Senkung der Preise

Für die Krankenversicherung ergeben sich durch die Substitution durch Generika Einsparungen; das muss gesagt werden. Wie hoch diese unter Berücksichtigung der kürzlich erfolgten Kostensenkung der Originalpräparate sind, ist nicht ganz klar zu beziffern. Es stellt sich auch die Frage, ob durch diese Substitution die Anforderungen an die Arzneimittelsicherheit und an die Verantwortung für die Therapie nicht tangiert werden. Eine Verpflichtung, die Ärztin bzw. den Arzt vor der Abgabe des Präparates über die Substitutionsabsicht zu informieren, würde diesen wichtigen Kriterien optimal Rechnung tragen, auch wäre hinsichtlich der Haftung alles klar. Das ist das, was die Minderheit II möchte.

Ganz bewusst und offen möchte ich aber noch einen anderen Themenbereich ansprechen, nämlich die Auswirkungen auf unsere Pharmaindustrie. Persönlich frage ich mich, ob es richtig ist, wenn unser Land mit seiner weltweit anerkannten und führenden Pharmaindustrie durch Gesetze Einfluss auf die Preisbildung von Pharmaprodukten nimmt. Ist es gut, wenn wir Beschlüsse fassen, welche sich direkt und indirekt auf die Ertragssituation dieses wichtigen Wirtschaftszweiges auswirken? Ist es richtig, wenn wir Massnahmen treffen, welche den Anbietern von Generika explizit Vorteile gegenüber den Anbietern von Originalpräparaten einräumen? Haben wir die Folgen dieser gesetzlichen Wettbewerbsverzerrung bedacht?

Der Antrag der Minderheit II entspricht auch einem Empfehlungsblatt – Sie haben es wahrscheinlich alle erhalten –, welches gemeinsam von der Ärzte- und Apothekerschaft unterzeichnet worden ist.

Gysin Hans Rudolf (R, BL): Herr Kollege Eymann, es ist vorauszuschicken: Ich habe Sympathie für die Fassung des Ständerates und damit für den Antrag der Minderheit I.

Aber ich frage Sie nun: Wie sehen Sie das in der Praxis, wenn es um ein einfaches Medikament geht? Der Arzt verschreibt eine Zwanzigerpackung Voltaren zu 20 Franken. Dann kommt der Apotheker und nimmt ein Alternativpräparat, ein Generikum, das 5 oder 6 Franken billiger ist. Und jetzt soll er mit dem Arzt telefonieren, bevor er dieses Medikament abgibt. Bei den Kosten pro Arbeitsstunde des Arztes und des Apothekers ist doch der ganze Preisvorteil dahin. Ich hätte höchstens Verständnis dafür, wenn es um Medikamente geht, die sehr problematisch sind. Aber ein grosser Teil der Medikamente, die durch Generika ersetzt werden, sind problemlos. Ich möchte Sie bitten, mir zu antworten, wie Sie diesen Unsinn dann beseitigen wollen.

Eymann Christoph (L, BS): Wenn ich aus diesem Statement die Frage herauszukristallisieren versuche, dann geht es um die Praktikabilität. Hier muss ich zugeben: Das wird schwierig. Aber für mich ist das Erfordernis der Sicherheit in der Abgabe von Arzneimitteln als vorrangig zu beachten und zu gewichten, vor dem Erfordernis eines speditiven Ablaufes. Es geht um die Gesundheit der Leute. Hier ist es auch wichtig, dass der Arzt und die Ärztin als Vertrauenspersonen die letzte Entscheidung haben.

Föhn Peter (V, SZ): Ich beantrage, bei Artikel 52a der Version des Bundesrates zuzustimmen. Ich habe alle Vor-

schläge genauestens miteinander verglichen und auch mit Spezialisten Kontakt aufgenommen, welche meine These und den Entwurf des Bundesrates ebenfalls als die kostengünstigste und beste Variante bezeichneten.

Betrachten wir vor allem die Effizienz und die Arbeitsabläufe, stellen wir schnell fest, dass zwischen den vier Versionen beträchtliche Unterschiede bestehen. Dabei frage ich mich: Weshalb soll man es kompliziert machen, wenn es auch einfach geht?

Bei der Variante der Kommissionsmehrheit müssen Originalpräparate zwingend durch preisgünstigere Generika ersetzt sowie die Medizinalperson informiert werden. Diese Zwangsbestimmung muss als einzigartig und schlecht bezeichnet werden.

Eine Lösung gemäss Antrag der Minderheit II wäre für mich — wie für den Fragesteller vorhin — total untragbar und kaum verantwortbar. Stellen Sie sich vor, ich müsste in Schwyz zum Arzt und möchte anschliessend in der Apotheke das verschriebene Medikament abholen, der behandelnde Arzt wäre inzwischen aber zu einem Notfall gerufen worden oder auf einem Hausbesuch. Der Apotheker dürfte mir — trotz Bemühungen und Aufwand — nur ein Originalpräparat mitgeben, oder ich müsste ein zweites Mal eine Wegstrecke von 25 Kilometern in Kauf nehmen, was ökonomisch und ökologisch nicht gerade sinnvoll wäre.

Die Variante des Ständerates kommt dem bundesrätlichen Entwurf am nächsten. Aber der hinzugefügte Schlussatz ist überflüssig und kann nie kostenneutral sein. Es heisst nämlich im Beschluss des Ständerates: «Er oder sie (der Apotheker oder die Apothekerin) informiert die verschreibende Medizinalperson über das abgegebene Präparat.» So etwas ist doch beileibe nicht gesetzeswürdig. Wenn der Arzt genau wissen will, welche Medikamente seinem Patienten mitgegeben wurden, hat er in der nächsten Konsultation noch die Möglichkeit nachzufragen.

Der Apotheker kann allemal eine entsprechende Meldung erstatten – aber dann ohne Kostenfolge –, wenn er dies für nötig erachtet. Denn ohne grosse Kostenfolgen bleibt dies nur, wenn keine entsprechende Gesetzesbestimmung aufgenommen wird. In der Botschaft wird nebst der Solidarität die Kosteneindämmung als Kernpunkt dieser Teilrevision genannt. Deshalb verstehe ich nicht, weshalb der Ständerat und die beratende Kommission des Nationalrates einen zusätzlichen Arbeitsgang ins Gesetz aufnehmen wollen – denn diese Rückmeldung kann und wird nicht kostenneutral sein.

Diese Kosten werden vielleicht anfänglich nicht allzu hoch sein. Wenn aber eine Gesetzesbestimmung über längere Zeit ausgeführt werden muss, merken auch die Apotheker, wie hoch Einheitstarife sind, die in ähnlichen Fällen verrechnet werden. Wenn ich heute von einem Akademiker eine Bescheinigung anfordere – gleich welcher Art –, komme ich jedenfalls selten unter fünfzig Franken weg. Wenn wir eine solche zusätzliche Gesetzesbestimmung in das Substitutionsrecht aufnehmen, dann schiessen wir weit neben dem Ziel vorbei und sind inkonsequent. Die Apotheker können und werden ihre Verantwortung wahrnehmen, denn dank ihrer guten Aus- und Weiterbildung ist ihr Wissen in bezug auf die Medikamente stets auf dem neuesten Stand.

Ich fordere ein möglichst schlankes Bundesgesetz mit einem gewissen Spielraum. Wenn man auf einer Rückmeldung beharren will, soll dies auf Verordnungsebene geregelt werden. Oder es kann – so wie dies heute der Fall ist – von den Parteien bilateral geregelt werden, d. h. zwischen Ärzteschaft und Apothekern.

Wenn wir dem Entwurf des Bundesrates folgen, können wir einen unproduktiven, gesetzlich verankerten Arbeitsweg und damit auch finanzielle Mittel einsparen und kommen so einer kostengünstigen Lösung, wie sie angestrebt wird, wesentlich näher.

In diesem Sinne bitte ich Sie, meinem Antrag oder eben dem Entwurf des Bundesrates zu folgen.

Gross Jost (S, TG): Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, der Fassung der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Wir sind uns einig darüber, dass die Substitution durch Generika ein wirksames Mittel der Kosteneindämmung sein kann. Das ist angesichts der Steigerung der Medikamentenkosten um rund 10 Prozent im Jahre 1998 auch absolut wichtig. Aber wir dürfen diese Substitution nicht durch zusätzliche bürokratische Hürden erschweren. Wir müssen dieses Substitutionsrecht und die Durchführung wirksam gestalten. Ich bin mit den Fragen und Bemerkungen von Herrn Gysin Hans Rudolf und Herm Föhn in bezug auf die Minderheit II absolut einverstanden.

Was für einen Anreiz soll denn ein Apotheker haben, mit dem Arzt noch Kontakt aufzunehmen, wenn er gleichzeitig mit dem Generikum eine kleinere Marge erzielt? Wo soll da der wirtschaftliche Anreiz sein, tatsächlich Generika zu verschreiben? Das ist doch letztlich – da muss ich Herm Eymann, mit dem ich sonst meistens gleicher Meinung bin, kritisieren – ein Mittel, um die Substitution durch Generika zu verhindern.

Die Fassung der Kommissionsmehrheit ist therapeutisch unbedenklich. Selbstverständlich wird der Apotheker den Arzt konsultieren, wenn er irgendwelche Zweifel hat, und selbstverständlich wird der Arzt auf dem Originalpräparat bestehen, was er ja kann, wenn das therapeutisch notwendig ist. In diesem Sinn bitte ich Sie um Unterstützung der Kommissionsmehrheit.

Borer Roland (V, SO): Namens der SVP-Fraktion beantrage ich Ihnen, die Minderheit I zu unterstützen. Wir sind der Meinung, dass die Abgabe von Generika durchaus sinnvoll sein kann. Wir möchten diese aber nicht zwangsweise einführen, wie es die Mehrheit der SGK will.

Grundsätzlich haben wir in der Schweiz das Problem, dass wir aufgrund der ausländischen Daten den Einfluss der Generika auf die Preise wahrscheinlich weit überschätzen. Das ist eine Vermutung meinerseits, und diese stützt sich auf den Umstand, dass in der Schweiz unter Generika etwas anderes verstanden wird als z. B. in den uns umgebenden Ländern. In Deutschland, Frankreich, Holland oder wo auch immer ist ein Generikum ein Medikament, das generikafähig ist. Das heisst, ein Originalpräparat, das nicht mehr dem Patentschutz unterliegt, zählt z. B. in Deutschland zu den Generika. Ich frage mich, ob wir uns in der Schweiz in diesem Zusammenhang nicht allzu viele Hoffnungen machen, dass die Substitution zur Kostendämpfung wirklich etwas beitragen kann. Das ist der Punkt, weswegen wir den Antrag der Minderheit I, der im wesentlichen die bundesrätliche Fassung übernimmt, übernehmen wollen - natürlich mit der Ergänzung, dass wir eine Informationspflicht an den Arzt, an die Vertrauensperson des Patienten wollen. Die SVP-Fraktion ist der Meinung, dass gesamthaft gesehen die Minderheit I die richtige Lösung hat. Die Lösung der Minderheit I ist auch sinnvoll, weil in dieser Art längst Abkommen vorhanden sind.

Eine Alternative, die vielleicht möglich wäre, wäre jene von Kollege Föhn, der beantragt, dass man die bundesrätliche Fassung ohne Abänderungen übernimmt. Ich kann auch mit dieser Lösung leben.

In diesem Zusammenhang möchte ich von Frau Bundespräsidentin Dreifuss noch die Antwort auf die Frage, wie die Verwaltung mit der bundesrätlichen Version das Problem zu lösen gedenkt, damit von den Ärzten nicht zuletzt ein Standardstempel entwickelt wird, auf welchem steht: «Wir verlangen die Abgabe der Originalpräparate» und der dann auf jedem Rezept steht. Das ist in meinen Augen der Haken bei der bundesrätlichen Version. Hier möchte ich schon noch die Auskunft, was sich Verwaltung und Bundesrat dazu gedacht haben, d. h., wie man dieses Vorgehen nach ihrer Ansicht verhindern kann.

Hochreutener Norbert (C, BE): Im Namen der grossen Mehrheit der CVP-Fraktion bitte ich Sie, der Minderheit I (Simon) zu folgen und der Version des Ständerates, die sich an den Entwurf des Bundesrates anlehnt, zuzustimmen.

Die ganze Geschichte ist ja sehr umstritten. Der Ständerat hat in mühseliger Kleinarbeit eine Kompromissformel gefunden; sie scheint optimal. Wir sind gegen die Kommissionsmehrheit, weil diese den Apotheker zur Generikaabgabe zwingt, wenn der Arzt nicht ausdrücklich dagegenhält. Dies geht einfach zu weit und ist in vielen Fällen wenig sinnvoll; denken Sie etwa an chronischkranke Patientinnen und Patienten, die sich schon lange Zeit an ein Originalpräparat gewöhnt haben. Sollen diese nun plötzlich wechseln? Sollen sie zu diesem plötzlichen Wechsel gezwungen werden?

Die Variante des Bundesrates, des Ständerates und der Minderheit I enthält diesen Zwang nicht, aber doch immerhin das Recht des Apothekers zur Abgabe von Generika, wenn das der Arzt nicht ausdrücklich verbietet. Damit behält ja der Arzt die Verschreibungspflicht. Das ist hier natürlich entscheidend. Aber eben: Der Apotheker kann einen Sparbeitrag leisten, wenn er will. Das fällt doch ins Gewicht, z. B. wenn sie an Chronischkranke mit grossen Medikamentenbezügen oder an sehr teure Originalmedikamente denken.

Die grosse Mehrheit der CVP-Fraktion lehnt also den Antrag der Kommissionsmehrheit, aber auch jenen der Minderheit II ab. Hier geht es um die Information des Arztes durch den Apotheker. Der Ständerat hat diese Pflicht ja grundsätzlich einmal eingeführt. Die Minderheit II will diese Information vor der Medikamentenabgabe. Das ist natürlich in der Praxis nicht durchführbar und würde faktisch verhindern, dass die Substitution zum Tragen käme.

Die Variante des Ständerates scheint mir die beste. Sie ist ein Kompromiss. Deshalb lehnen wir auch den Antrag Föhn ab, mit dem man eigentlich auch leben könnte. Weil aber der Antrag Föhn die Informationspflicht des Apothekers überhaupt nicht enthält – wie sie der Bundesrat schon vorgeschlagen hat –, lehnen wir ihn ab. Diese Pflicht muss eigentlich aus Sicherheitsgründen gegeben sein, allerdings in praktikabler Form, wie das die Minderheit I (Simon) und der Ständerat möchten.

Suter Marc (R, BE): Die Mehrheit der FDP-Fraktion unterstützt bei Artikel 52a die Anträge der Minderheit I und der Minderheit II und lehnt den Antrag der Kommissionsmehrheit ab

Den Antrag der Kommissionsmehrheit lehnen wir ab, weil hier – auch Herr Hochreutener hat es erläutert – eine Lösung gesucht wird, die den Apotheker zur Substitution zwingt, sofern der Arzt dies nicht ausdrücklich ablehnt. Wir sind gegen einen solchen Substitutionszwang, weil wir denken, dies sei vor allem gegenüber dem Patienten und seiner Sicherheit unverantwortlich. Der Arzt ist letztlich verantwortlich für diese Sicherheit, und er verschreibt die Art, Menge und Stärke der Medikamente. Das ist seine Aufgabe, und das möchten wir nicht ändern.

Auch wenn wir den Antrag der Mehrheit ablehnen, sind wir überhaupt nicht gegen die Abgabe von Generika. Wir sind der Meinung, dass hier ein Problem im nachhinein gesetzgeberisch angegangen wird, das der Markt bereits weitgehend gelöst hat, denn die Substitution durch Generika hat sich im letzten Jahr verdoppelt. Was die KVG-finanzierten Medikamente anbelangt, haben Generika heute bereits einen Anteil von 22 Prozent am Gesamtumsatz der verschriebenen Medikamente – das sind die letzten Zahlen des Verbandes für eine sichere und geordnete Versorgung mit Arzneimitteln. Das zeigt, dass die Generika wirklich zum Einsatz kommen, und das ist auch richtig so. Es braucht also keinen zusätzlichen gesetzgeberischen Zwang in diesem Bereich.

Im übrigen – da möchten wir auch etwas einem Vorurteil vorbeugen – ist es ja nicht so, dass die Generika generell sehr viel billiger sind als die Mittel, die sie substituieren. Es handelt sich bei diesen Medikamenten ohnehin um langgediente Medikamente, die also schon lange auf dem Markt sind und deren Preise deswegen ohnehin stark gesunken sind. Es gibt dort – bei den «alten» Originalpräparaten – eine Angleichung an die Preise von Generika. Vor allem wenn sie nicht mehr durch den Immaterialgüterschutz abgesichert werden, sinken die Preise stark.

Was die Minderheit I anbelangt, so glauben wir, hat Herr Simon die Sache richtig umschrieben. Es geht darum, einen Kompromiss zu suchen. Diesen Kompromiss haben nicht wir, die Minderheit der SGK, erfunden, sondern die Ärzte



Loi sur l'assurance-maladie N 22 avril 1999

und Apotheker haben einen Kompromiss gesucht und gefunden.

Das gilt auch für die Minderheit II. Hier muss ich, was die Praktikabilität anbelangt, Herrn Hochreutener und auch Herrn Gysin Hans Rudolf etwas widersprechen. Man sagt, die Variante gemäss Antrag der Minderheit II mit der vorgängigen Orientierung sei nicht praktikabel. Allerdings ist einzuwenden, dass die Regelung, die zwischen Apothekern und Ärzten bzw. ihren Verbänden getroffen worden ist, nichts anderes vorsieht als das, was die Minderheit II vorschlägt – ich zitiere aus diesen Weisungen –: «Bevor der Apotheker ein Originalpräparat durch ein Generikum substituiert, fragt er vorgängig den Arzt um sein Einverständnis.»

Meine Frage an Sie: Sind wir im Parlament als Gesetzgeber in der Frage der Praktikabilität gescheiter als die Praktiker, die diese Weisungen Tag für Tag anwenden? Ich glaube nicht. Auch mit Rücksicht auf das Prinzip, dass man nur dort legiferieren sollte, wo es unbedingt nötig ist, sollten wir hier die Regelung übernehmen, die als einvernehmliche Lösung zwischen den beiden betroffenen Berufsgruppen entstanden ist. Wir sollten es den Ärzten und Apothekern überlassen, wie sie diese vorgängige Orientierung bewerkstelligen. Offensichtlich ist das kein Problem, sonst hätten sich die Vertreter dieser beiden Berufe nicht für diese Lösung entschieden.

Das sind die Überlegungen, die uns als Mehrheit der FDP-Fraktion bewogen haben, den Apothekern und Ärzten zu folgen, anstatt das Rad neu erfinden zu wollen.

Ich bitte Sie, die Anträge der Minderheit I und gegebenenfalls II anzunehmen oder, wenn Sie den Antrag der Minderheit II ablehnen, auf jeden Fall für den Antrag der Minderheit I zu stimmen

Gysin Hans Rudolf (R, BL): Herr Suter, es haben jetzt bereits zwei Referenten auf die Vereinbarung zwischen der Ärzteschaft und den Apothekern hingewiesen. Ich weiss nicht, ob Ihnen bekannt ist, Herr Suter, dass diese Vereinbarung, mit der die Apotheker und Ärzte einen ersten Schritt in die richtige Richtung tun wollten, getroffen wurde, bevor der Bundesrat Stellung bezogen hat. Die bundesrätliche Fassung ist später gekommen und geht etwas weiter als diese seinerzeitige Vereinbarung. Darum ist es sehr wahrscheinlich falsch, dass Sie sich immer wieder auf diese Vereinbarung berufen. Sie ist durch den bundesrätlichen Entwurf überholt. Oder sind Sie anderer Meinung?

Suter Marc (R, BE): Ich möchte nicht verlängern. Herr Gysin, es ist keine neue Vereinbarung abgeschlossen worden, und die beiden Berufsverbände stehen zu dieser Vereinbarung. Das können Sie der «Schweizerischen Ärztezeitung» entnehmen.

Gonseth Ruth (G, BL): Herr Suter, ich möchte Sie fragen, was Sie unter Substitution verstehen. Sie haben gesagt, der Arzt habe die Verantwortung für die Dosierung usw. Meinen Sie, dass ein Apotheker, wenn er substituieren kann, plötzlich die Dosierung wechselt? Ich verstehe unter Substitution, dass man die genau gleiche Dosierung abgibt.

Suter Marc (R, BE): Die Apotheker bestätigen ebenfalls, dass Generika gewisse Abweichungen aufweisen können. Es geht hier auch um die Anwendung des Medikamentes. Gerade bei Betagten, die sich beispielsweise an eine gewisse Farbe eines Medikamentes oder an seine Applikation gewöhnt haben, braucht es eine Instruktion des Patienten, bevor ein Wechsel vorgenommen wird. Das soll der Arzt anordnen, zumal der Arzt ja auch verpflichtet ist, eine kostengünstige Medikamentenabgabe vorzusehen. Das macht er auch: die Zahlen belegen es.

Ich finde, man sollte jetzt hier nicht die Gewichte anders setzen, zumal die Ärzte und die Apotheker in dieser Sache überhaupt keinen Zwist haben. Nur wir Politiker wollen jetzt hier «hineinfunken» und alles auf den Kopf stellen. Das lehnen wir ab. Wir finden, man sollte sich hier an die Berufsleute und ihre Kompetenz halten und nicht als Politiker gescheiter sein wollen.

Fasel Hugo (G, FR): Wer den Diskussionen gefolgt ist, kann feststellen, dass es in Artikel 52a einerseits vor allem um die Einkommenssicherung für die Apotheker und Apothekerinnen und andererseits um die Möglichkeit geht, echte Spareffekte auszulösen.

Zuerst noch einmal zum Generikum: Ich habe in einem medizinischen Lexikon noch einmal nachgeschaut, was ein Generikum eigentlich ist. Dort wird gesagt, dass ein solches Präparat in seiner Heilwirkung mit dem Originalpräparat identisch sei – nicht mehr und nicht weniger. Es wird deshalb also niemand schlechter behandelt.

Jetzt hat die Minderheit I – Herr Simon hat dies hier ausgeführt – darauf hingewiesen, dass es sein könnte, dass in bestimmten Situationen auch die Psychologie, der Name, die Verpackung eine Rolle spielten. Das kann wohl sein. Deshalb ist ja gerade bei der Version der Kommissionsmehrheit folgende Möglichkeit garantiert: Wenn die Patientin oder der Patient von dieser psychologischen Wirkung abhängig ist, kann der verschreibende Arzt ausdrücklich verlangen, dass der Apotheker oder die Apothekerin das Originalpräparat abgeben muss, d. h., der Vorstoss der Minderheit I (Simon) geht völlig ins Leere. Wenn diese psychologische Wirkung für die Heilung tatsächlich relevant ist, kann dem der Arzt bei der Verschreibung Rechnung tragen.

Dritte Feststellung: Wir haben heute morgen Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h eingeführt. Ich möchte sehr wohl die Ausführungen der Bundespräsidentin hören; sie hat ja gesagt, damit möchte man eine Sparwirkung erzielen. Jetzt kommt bereits bei Artikel 52a der Tatbeweis: Ich habe die Zuschrift der Apotheker und der FMH auch bekommen und hatte Verständnis dafür, dass sie unbedingt an der ursprünglichen Version festhalten wollen, weil das Einkommen der Apotheker und Apothekerinnen von der Marge und damit auch vom Preis eines Medikamentes abhängt. Sie haben durchaus ein Interesse daran, dass weiterhin Originalpräparate verschrieben werden. Dafür hatte ich Verständnis. Nun aber haben wir heute morgen mit dem Entscheid bei Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h eine neue Leistung eingebaut, nämlich dass die Apothekerinnen und Apotheker ihre Beratungsfunktion unabhängig vom Medikamentenpreis honoriert bekommen. Das ist nun die Leistung, um die es hier geht: Sie sollen nicht mehr von der Marge abhängig sein, sondern sollen eben beratend, effizienzsteigernd günstigere Medikamente, die die gleiche Heilwirkung erzielen, verschreiben - es sei denn, und das ist im Antrag der Kommissionsmehrheit enthalten, der verschreibende Ärzt verlange ausdrücklich etwas anderes. Hier geht es also um den Tatbeweis, ob wir Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h ernst nehmen oder bereits wieder eine doppelte Honorierung von Apothekerinnen und Apothekern vorsehen und damit sogar kostentreibend statt kostensparend wirken.

Ich bitte Sie deshalb namens der grünen Fraktion, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Sur ce sujet, M. Rychen et moi nous sommes mis d'accord afin de gagner un peu de temps, de sorte que je parlerai aussi pour lui. D'autre part, vu que la plupart des interventions sur ce point ont été faites par des germanophones, je vais parler en allemand.

Herr Borer sagt, die Definition von Generika sei in Deutschland anders. Das spielt überhaupt keine Rolle, denn ob wir nach Ablauf des Patentes das Originalpräparat noch als solches oder als Generikum benennen, das ist eine philosophische Frage, die in der Praxis keinen Unterschied macht.

Ich möchte vor allem zu dem kommen, was Herr Suter gesagt hat, weil das die Position der Mehrheit erklärt. Herr Suter sagt zwei Dinge:

1. Wir als Politiker hätten nicht genügend Kenntnisse darüber. Er verwechselt wahrscheinlich Politiker mit Juristen, denn in diesem Saal gibt es nicht nur Juristen.

2. Er sagt, die Generika könnten möglicherweise nicht die gleiche Sicherheit wie die Originalpräparate bieten. Ich weiss nicht auswendig, wie viele Generika ich für die IKS geprüft habe. Es sind zwischen zwanzig und dreissig; deswegen kenne ich das Verfahren sehr gut. Ich weiss, dass dieses Verfahren langwierig ist, dass wir immer sehr genaue Daten liefern müssen. Wenn z. B. die Bioverfügbarkeit – wie dies vorher erwähnt und auch von Apothekern in Briefen geschrieben wurde – deutlich anders ist, dann wird das Generikum nicht zugelassen. Die Unterschiede bei der Bioverfügbarkeit dürfen nur geringfügig sein. Die Wirkung und die Nebenwirkungen müssen praktisch gleich wie beim Originalpräparat sein. Wenn dies nicht der Fall ist, dann wird ein Generikum nicht zugelassen. Ich bezweifle den Wert der Vereinbarung zwischen Apothekern und Ärzten, die so etwas behauptet. Ich behaupte, dass diese Leute die Berufspolitik sehr gut kennen – aber wahrscheinlich das Prüfungsverfahren für Generika nicht.

Deswegen glaube ich, dass wir hier durchaus sagen können: Wenn ein Generikum durch das System der IKS gegangen ist, dürfen wir davon ausgehen, dass seine Wirksamkeit in der Praxis mit dem Originalpräparat übereinstimmt.

Das ist die Grundlage, die mich dazu bringt, Ihnen zu beantragen, die Fassung der Mehrheit zu übernehmen.

Warum? Bei der Minderheit II (Eymann) haben wir die Pflicht zur Information vor der Abgabe. Das ist Wunschdenken. Es kann nicht funktionieren, wenn der Apotheker jedesmal vorher den Arzt anrufen muss. Wie soll er den Arzt immer finden? Ich weiss selbst, dass man die Ärzte meistens nicht findet

Aber auch die Version des Ständerates ist ein frommer Wunsch: Es soll nachher informiert werden. Bis die Information ankommt, ist in den meisten Fällen das Medikament schon eingenommen worden. Diese nachträgliche Information ist ein Leerlauf, ein Papierkrieg, der nichts nützt.

Jetzt bleiben vernünftigerweise nur noch die Fassung des Bundesrates mit einer Kann- und die Fassung der Mehrheit mit einer Muss-Formulierung. Ich glaube, in vielen europäischen Ländern ist es heute so: Wenn wir wissen, dass der Preis der einzige Unterschied ist, und wenn es uns Ernst damit ist, dass wir die Kosten senken wollen — erinnern wir uns daran, dass die Kosten für Medikamente 1998 auf etwa 200 Millionen Franken gestiegen sind —, dann müssen wir die Variante der Mehrheit annehmen. Ich sehe keinen vernünftigen Grund, diese Variante nicht zu übernehmen.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: J'aimerais remercier M. Föhn de l'appui qu'il apporte au Conseil fédéral, et m'excuser auprès de lui du fait que le Conseil fédéral n'appuie pas sa proposition. En effet, nous nous sommes déjà ralliés à l'ajout que le Conseil des Etats avait fait, il faut quand même une certaine ligne dans notre position! Il faut bien comprendre que c'est, là aussi, par la voie de la négociation qu'on verra comment doit se faire cette information. Pour nous, l'information n'a pas besoin d'avoir lieu avant que le pharmacien délivre un médicament. Et ce n'est qu'une information.

Je vous ai fait tout à l'heure le petit tableau suivant: le médecin et le pharmacien, d'abord, sont des partenaires. Ils ont les deux une longue formation universitaire. Le pharmacien n'est pas un épicier qui vend une marchandise, c'est un spécialiste dans le domaine de la pharmacologie. Voilà son rôle: il est le marchandire du médecin. Face au patient, c'est quand même le médecin qui assume une responsabilité particulière: il y a un lien très fort patient-médecin, et le médecin doit pouvoir assumer ce lien. Le médecin doit donc pouvoir suivre l'évolution d'une maladie et l'état de santé du patient, sur la durée. Il est donc très important qu'il sache quel médicament a été finalement remis au patient. Voilà, c'est cette boucle dans la relation médecin-pharmacien, qui, à notre avis, est complétée par la phrase ajoutée par le Conseil des Etats, et proposée par la minorité I de la commission.

La proposition de minorité Il nous paraît rompre cet équilibre, car on dit en substance au médecin: «A toi de dire si le médicament que tu as prescrit, tu as vraiment voulu que ce soit ce médicament-là, cette marque-là, pas cette composition pharmacologique, mais cette marque; alors, dis-le au pharmacien. Et si tu l'as tout simplement choisi parce que tu pensais que c'est de ce type de médicament, de cette formule pharmacologique dont avait besoin le patient, alors laisse le pharmacien décider si, dans sa batterie de médicaments, il

n'a pas le même médicament sous une autre marque, avec un prix moins élevé.» Je crois qu'il y a là une exagération, une espèce de méfiance et d'obligation pour le pharmacien de reprendre un contact, de négocier avec le médecin, qui me paraît vraiment aller à contresens de ce que l'on poursuit. La proposition de majorité fait obligation aux pharmaciens de toujours prescrire le générique, sauf si le médecin dit qu'il ne le veut pas. Je crains qu'une formulation aussi absolue crée une situation plus conflictuelle entre le pharmacien et le médecin, qui devraient être des partenaires. J'ai un peu peur que la primauté du pharmacien, du fait de l'obligation qu'on lui impose, lorsque le médecin n'a pas signifié sa claire volonté, provoque des réactions qui aillent à fin contraire.

Je ne sais pas ce qui se passerait si les associations de médecins faisaient imprimer sur leurs souches de prescription que le médicament qu'ils prescrivent doit bien être ce médicament et qu'ils exigent du pharmacien qu'il le délivre, sans que le cas individuel soit examiné chaque fois. Je me demande ce qui se passerait si, au lieu d'être imprimé, le médecin appliquait un tampon sur toutes ses souches de prescription.

Je crains donc que la formulation impérative de la proposition de la majorité – c'est peut-être de la musique d'avenir, je n'en sais rien – donne lieu à tellement de tensions et de possibilités d'annuler de nouveau la volonté du législateur que je me demande s'il ne vaut donc pas mieux y renoncer.

En d'autres termes, je vous invite à soutenir la proposition de minorité l.

Simon Jean-Charles (C, VD): Permettez-moi, Madame la Présidente de la Confédération, de vous poser une question qui concerne l'archaïsme que sont, à mes yeux, les médecins dispensateurs. Si le droit de substitution est inscrit dans la loi, que faire alors pour que les médecins dispensateurs ne ruinent pas une grande partie des efforts qui s'engageront à la suite de cette inscription?

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Selon une plaisanterie fameuse, j'ai envie de dire: «Very good question, next question please.» Il est clair que vous mettez là le doigt sur un point particulièrement sensible. Je ne me prononcerai pas sur l'opportunité de laisser aux médecins la possibilité de vendre les médicaments. J'ai une opinion là-dessus, mais ce n'est pas celle du législateur, ni celle de tous les cantons. C'est celle de ceux dont nous venons, la Suisse romande. Sur ce plan-là, une partie de la Suisse allemande a fait un tout autre choix.

Je crois, si vous me permettez de dire un mot, que le problème du médecin prescripteur et du médecin dispensateur de médicaments, c'est le problème - et je le dis avec toute la fermeté nécessaire - de l'industrie pharmaceutique et des importateurs et de la relation qu'ils nouent avec le médecin. C'est le problème du conseiller du médecin qui va lui dire: «Voilà le médicament qu'il faut absolument prendre.» C'est éventuellement le problème de l'information que des pharmacies peuvent donner à des industries pharmaceutiques qui diront aux médecins: «Vous prescrivez un peu peu de cet excellent médicament. Faites un peu plus.» Là, nous sommes hélas dans un domaine qui se situe entre la pratique normale d'un conseil que les médecins peuvent souhaiter et la pratique commerciale qui incite à des abus de prescriptions de médicaments chers. Là aussi, il s'agit peut-être d'un problème de moutons noirs ou de comportements pas très corrects de la part de ceux qui essayent d'influencer le prescripteur et le dispensateur de médicaments. Et quand c'est la même personne le problème est alors accru. Je partage votre point de vue.

Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire
Für den Antrag der Minderheit I 147 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit II 11 Stimmen

Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire Für den Antrag der Minderheit! 92 Stimmen Für den Antrag Föhn 61 Stimmen *Definitiv – Définitivement* Für den Antrag der Minderheit I Für den Antrag der Mehrheit

88 Stimmen 70 Stimmen

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

98.058

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Fortsetzung - Suite Siehe Seite 740 hiervor - Voir page 740 ci-devant

B. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Fortset-

B. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (suite)

Art. 53 Abs. 1

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 53 al. 1 Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 61

Antrag der Kommission Abs. 2, 3bis Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3 Mehrheit Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Minderheit (Borer, Bortoluzzi, Schenk) für ältere Versicherte. (Rest des Absatzes streichen)

Abs. 4 Mehrheit Ablehnung des Antrages der Minderheit Minderheit (Borer, Bortoluzzi, Schenk) Weitere Prämienermässigungen wie Rabatte für junge Erwachsene, für Familien mit mehreren Kindern, Treuerabatte usw. sind verboten.

Art. 61 Proposition de la commission Al. 2, 3bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3
Majorité
Adhérer à la décision du Conseil des Etats
Minorité
(Borer, Bortoluzzi, Schenk)
.... des assurés plus âgés.
(Biffer le reste de l'alinéa)

Al. 4 Majorité Rejeter la proposition de la minorité Minorité (Borer, Bortoluzzi, Schenk)

D'autres réductions de primes telles que rabais pour jeunes adultes, pour familles avec plusieurs enfants, rabais de fidélité, etc. sont interdites.

Borer Roland (V, SO): Die Anträge der Minderheit zu Artikel 61 Absätze 3 und 4 sollen der Klarheit im Zusammenhang mit dem KVG dienen. Als anlässlich der Sondersession im Herbst 1993 in Genf die Revision des KVG in Behandlung stand, wurden verschiedene Argumente ins Feld geführt, weswegen das KUVG durch das neue KVG ersetzt werden sollte:

Ein Argument war dasjenige der Kosteneindämmung; ich überlasse es Ihnen, zu beurteilen, ob wir dieses Ziel erreicht haben

Ein zweites Argument war dasjenige der Solidarität, ein Argument, das tatsächlich stichhaltig ist. Wenn wir uns aber bewusst sind, dass der Anteil der versicherten Schweizerinnen und Schweizer von damals etwa 94, 95 Prozent auf 99 Prozent anstieg, dann sehen wir, dass die Wirkung auch im Bereich der Solidarität eher gering ist.

Ein drittes Argument, das immer wieder vorgebracht wurde, war dasjenige der Transparenz. Ich kann mich erinnern, dass sich einige Damen und Herren, die heute noch in diesem Saal sitzen, in der Genfer Session dahingehend geäussert haben, beim alten KUVG sei die Transparenz der Leistungen nicht vorhanden. Sie können das im Amtlichen Bulletin nachlesen. Es ist festgehalten worden, dass jeder Versicherer ein Produktepaket geschnürt hatte, wie es ihm gerade passte.

Frau Bundespräsidentin, ich glaube mich zu erinnern, dass Sie damals, im Zusammenhang mit den Leistungen, die nach KUVG angeboten wurden, sogar vom «Leistungsdschungel» gesprochen haben. Nun sind wir auf dem besten Weg, diesem «Leistungsdschungel» auch im KVG den Weg zu ebnen – nämlich den Weg, dass man Rabatte anbieten kann, die nach irgendwelchen Kriterien ausgearbeitet worden sind. In Artikel 61 Absatz 3 ist dies heute die Altersgruppe der 18-bis 25jährigen, die nach dem Willen des Gesetzgebers Rabatte geniessen soll.

Damit könnte ich eigentlich noch leben. Ich habe in der Kommission einen Antrag gestellt, dass man den Versicherern generell vorschreiben soll, die Alterskategorie der 18- bis 25jährigen in der Prämientreppe abgestuft aufzuführen. Dieser Antrag hat schon in der Kommission keine Mehrheit gefunden.

Ich habe dann diesen Antrag zurückgezogen und ihn zugunsten der vorliegenden Anträge der Minderheit abgeändert. Mit diesen Anträgen will ich Klarheit schaffen, dass es die Alterskategorie bis 18 Jahre und die Alterskategorie darüber gibt; andere Rabatte oder Vergünstigungen in irgendwelcher Form sollen nicht bewilligt werden.

Wir können nicht auf der einen Seite lamentieren und uns darüber aufhalten, dass die Menschen in unserem Land nicht in der Lage sind, die verschiedenen Produkte zu überprüfen, aber auf der anderen Seite ermöglichen, dass jeder Versicherer Leistungen nach seinem Gutdünken anbietet. Ich glaube, so geht es nicht.

Wenn Sie in diesem KVG nicht vom «Leistungsdschungel» zum «Rabattdschungel» wechseln wollen, sollten Sie den Anträgen der Minderheit zu Artikel 61 Absätze 3 und 4 zustimmen. Wir wollen, dass keine neue Alterskategorie geschaffen wird, was zudem entsolidarisierend wirkt. Es gibt in unserem Land 24-, 25jährige Menschen, die mit einem Lohn

von 200 000 oder 300 000 Franken und mehr an der Börse tätig sind; diesen Leuten wollen Sie günstigere Prämien ermöglichen als den 35jährigen, die einer Familie vorstehen. Wenn wir als Gesetzgeber das tun, stimmt wirklich etwas nicht

Ich bitte Sie, die Anträge der Minderheit zu Artikel 61 Absätze 3 und 4 zu unterstützen.

Präsidentin: Die FDP-Fraktion lässt ausrichten, dass sie der Mehrheit zustimmt.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Le groupe socialiste vous invite à rejeter la proposition de minorité Borer qui vise en fait à interdire les rabais pour les jeunes adultes. Or, je pense qu'il n'est pas besoin de redire ici combien le système antisocial de prime individuelle est une charge pour les familles avec plusieurs enfants, particulièrement si elles ont des enfants entre dix-huit et vingt-cing ans toujours à leur charge et qu'elles doivent payer des primes d'adultes. Si les primes pour enfants sont plus basses que celles pour les adultes, tel n'est pas le cas pour celles des jeunes adultes, ou en tout cas pas dans la même mesure que pour les primes pour enfants. A l'heure actuelle, celles et ceux qui sont en formation - je vous le rappelle - peuvent bénéficier d'un rabais. Mais ce système a montré ses faiblesses, car il a un coût administratif élevé. En effet, pour avoir droit à des primes plus basses que celles des adultes, les jeunes doivent montrer qu'ils ou qu'elles sont en formation, poursuivent des études ou un apprentissage. Ce système a donc un coût administratif élevé et il est incapable de s'adapter aux fréquents changements de situations de cette catégorie de personnes.

C'est pour tenir compte de ce fait que le Conseil fédéral prévoit de supprimer la vérification de poursuite d'études ou d'apprentissage, pour adopter un système plus simple et qui tienne compte du fait que les jeunes jusqu'à vingt-cinq ans sont le plus souvent en formation, le plus souvent à charge de leur famille et, même s'ils sont déjà actifs professionnellement, le plus souvent avec des petits revenus. Je crois que la majorité des jeunes jusqu'à vingt-cinq ans est dans cette situation et que c'est la raison pour laquelle il ne faut pas encore aggraver le système antisocial de prime individuelle en soutenant la proposition de minorité Borer.

Je vous invite à soutenir la proposition de majorité.

Dormann Rosmarie (C, LU): Ich möchte Sie im Namen der CVP-Fraktion dringend bitten, der Mehrheit zuzustimmen und die Anträge der Minderheit Borer abzulehnen.

Sie wissen, dass im alten Krankenversicherungsgesetz die Möglichkeit bestand, kinderreichen Familien ab dem dritten Kind die Prämien zu erlassen. Diese Möglichkeit besteht im neuen Gesetz nicht mehr. Anstelle dieses Bonus besteht heute die Möglichkeit, die Prämien für Kinder tiefer anzusetzen und für Jugendliche in Ausbildung zwischen dem 18. und 25. Altersjahr spezielle Prämienansätze festzulegen.

Wenn wir diesen Satz in Absatz 3 streichen, ist das alles andere als familienfreundlich – im Gegenteil: Wir strafen sogar die Jugendlichen in Ausbildung. Wir wissen, dass die Ausbildung immer länger dauert, anspruchsvoller wird, zum Teil auf Umwegen passieren muss und dass die Eltern wenige Möglichkeiten haben, bei den Steuern Ausbildungskosten abzuziehen. Die Eltern sollen aber immerhin die Möglichkeit haben, günstige Prämien für ihre Kinder in Ausbildung zu bezahlen.

Deshalb möchte ich Sie dringend bitten, diesen familienfreundlichen Artikel zu belassen und zu den Anträgen der Minderheit Borer nein zu sagen.

Borer Roland (V, SO): 1. Wenn Sie schon familienfreundlich sein wollen, Frau Dormann, warum haben dann Ihre Vertreter keinen Antrag gestellt, dass die Kann-Formulierung für diese Altersgruppe generell ersetzt wird? Damit wäre die Möglichkeit vorhanden, dass es Pflicht ist, die 18- bis 25jährigen in diese vergünstigte Klasse aufzunehmen. Das haben Sie nicht gemacht, das wäre jedoch familienfreundlich gewesen.

2. Sind Sie nicht auch der Meinung, dass man über die Prämienverbilligung die Mittel denjenigen Familien, die Jugendliche in Ausbildung haben, besser zuteilen könnte, als wenn Sie einem 23- oder 24jährigen mit 300 000 Franken Einkommen eine Prämienverbilligung gewähren, nur weil er in einer Krankenkasse ist, welche diesen Leistungsrabatt anbietet? Die anderen Kassen bieten diese Leistung vielleicht nicht an, sie müssen es auch nicht.

Dormann Rosmarie (C, LU): Herr Borer, ich mag mich an die Diskussion in der Kommission erinnern. Ich hätte sehr gern den verpflichtenden Auftrag im Gesetz gehabt, allen Jugendlichen in Ausbildung Prämienvergünstigungen zu geben. Der Kann-Artikel hat dann obsiegt, und zwar aus Gründen des Wettbewerbes bei den Krankenversicherungen. Es wird den Krankenversicherern jetzt ermöglicht, für Jugendliche in Ausbildung spezielle Prämien festzulegen. Kommt dazu, dass viele Eltern heute unwahrscheinlich grosse Ausgaben für die Jugendlichen in Ausbildung haben, aber bei den Steuern keine Abzüge dafür machen können. Aber immerhin erhalten sie Rabatte bei den Prämien. Die Eltern, die Prämien rückerstattet erhalten, sind nicht dieselben wie diejenigen, die Prämienverbilligungen erhalten. Das wissen Sie wahrscheinlich.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Die Minderheit Borer will also, dass man keine Vergünstigungen mehr für Kinder und Jugendliche, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben, erhalten kann. Wir haben uns in der Kommission mit diesen Anträgen auseinandergesetzt. Eine sehr deutliche Mehrheit der Kommission lehnt die Anträge der Minderheit Borer ab, und zwar beide, zu Absatz 3 und zu Absatz 4

Die Begründungen haben Sie in den vorhergehenden Voten weitgehend schon gehört: Aus familienpolitischen und allgemein sozialpolitischen Gründen sollte die bisherige Regelung beibehalten werden, so dass weiterhin Rabatte gewährt werden können.

Wir empfehlen Ihnen also, die Anträge der Minderheit Borer abzulehnen und den Anträgen der Mehrheit zuzustimmen.

Drelfuss Ruth, présidente de la Confédération: La proposition de minorité doit être repoussée, parce que nous savons qu'il y a un problème pour les jeunes adultes entre dix-huit et vingt-cinq ans. Ce que nous voulons, c'est permettre aux assureurs-maladie qui ne font pas de contrôle quant au type d'activité exercé par les jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans de sortir de l'illégalité dans laquelle elles sont en partie aujourd'hui et qui fausse la concurrence. Aujourd'hui, chaque caisse-maladie peut décider si elle veut faire usage de ce droit, sans avoir à contrôler si le jeune en question est en formation ou non. Le projet clarifie bien les choses, à mon avis. Je partage tout à fait le point de vue de M. Borer quand il dénonce, avec raison, certaines pratiques, par exemple cette espèce de jungle, pour reprendre ce mot – je ne sais plus quel terme j'ai employé en septembre 1993, à Genève –, des offres des caisses-maladie pour attirer des bons risques, sachant très bien que tel avantage, telle réduction, peut attirer justement tel groupe de personnes. Cette jungle, nous pouvons l'éviter. Vous savez déjà qu'il est interdit d'accorder des réductions ou de supprimer les primes pour le troisième, le quatrième ou le cinquième enfant. Il est interdit de faire des rabais familiaux. Ce à quoi vous visez est réalisé avec le nouvel alinéa 3bis de l'article 61.

Dans ce sens, je plaiderai pour que l'on maintienne la possibilité donnée aux assureurs de fixer des primes plus basses pour les assurés âgés de dix-huit à vingt-cinq ans, étant donné que le législateur a voulu pouvoir tenir compte du fait que les jeunes adultes, souvent, n'ont pas de revenu et sont encore à la charge de leurs parents.

Abs. 2, 3bis – Al. 2, 3bis Angenommen – Adopté

Abs. 3, 4 - Al. 3, 4

Präsidentin: Die Minderheit ist damit einverstanden, dass über die Anträge zu Absatz 3 und Absatz 4 gemeinsam abgestimmt wird.

Abstimmuna - Vote

Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit 108 Stimmen 18 Stimmen

Art. 62 Abs. 2bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 62 al. 2bis

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 64

Antrag der Kommission

Abs. 6 Bst. d

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 64

Proposition de la commission

Al. 6 let. d

Adhérer au projet du Conseil fédéral

AI. 8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 65

Antrag der Kommission

Abs. 1-3, 5, 6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Minderheit

Minderheit

(Baumann Stephanie, Cavalli, Eymann, Fasel, Gonseth, Gross Jost, Hafner Ursula, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)

Die Kantone haben die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung zu informieren. In der Regel werden die Bezugsberechtigten automatisch ermittelt und schriftlich benachrichtigt.

Antrag Jaquet

Abs. 2

.... nach Artikel 66 voll ausbezahlt werden.

Antrag Rennwald

Abs. 5

.... Artikel 82 Absatz 3 hinaus unentgeltlich mitzuwirken.

Art. 65

Proposition de la commission

Al. 1-3, 5, 6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Baumann Stephanie, Cavalli, Eymann, Fasel, Gonseth, Gross Jost, Hafner Ursula, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)

Les cantons informent régulièrement les assurés sur la réduction des primes. En règle générale, les bénéficiaires sont recensés automatiquement et informés par écrit.

Proposition Jaquet

Al. 2

.... au sens de l'article 66 sont versés intégralement.

Proposition Rennwald

Al. 5

Les assureurs sont tenus à une collaboration gratuite qui s'étend au-delà de la disposition prévue à l'article 82 alinéa 3.

Antrag der Kommission

Abs. 5 Mehrheit Unverändert Minderheit I

(Hafner Ursula, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Gonseth, Gross Jost, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)

Aufheben

Minderheit II

(Baumann Stephanie, Cavalli, Eymann, Fasel, Gonseth, Gross Jost, Hafner Ursula, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)

(falls der Antrag der Minderheit I abgelehnt wird)

Unverändert, aber:

.... Bestimmungen erlassen. Er legt insbesondere einheitliche Kriterien für die Definition der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse fest.

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Eventualantrag Jaquet

(falls der Antrag der Minderheit i zu Absatz 5 abgelehnt wird) Abs 6

Die Kantone, in welchen die Prämien für die Grundversicherung höher sind als der Durchschnitt der Schweiz, sind verpflichtet, den vollen Beitrag des Bundes zu beanspruchen und zu verteilen.

Art. 66

Proposition de la commission

Al. 5 Majorité Inchangé

Minorité I

(Hafner Ursula, Baumann Stephanie, Cavalli, Fasel, Gonseth, Gross Jost, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)

Abroger

Minorité II

(Baumann Stephanie, Cavalli, Eymann, Fasel, Gonseth, Gross Jost, Hafner Ursula, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul)

(au cas où la proposition de la minorité I serait rejetée) Inchangé, mais:

.... des dispositions à ce sujet. Il fixe notamment des critères uniformes pour la définition de la notion de condition économique modeste.

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition subsidiaire Jaquet

(au cas où la proposition de la minorité I à l'alinéa 5 serait reietée)

Al. 6

Les cantons où la prime de base est supérieure à la moyenne suisse sont tenus de prendre et de redistribuer l'entier des subsides que leur attribue la Confédération.

Baumann Stephanie (S, BE): Die Artikel 65 und 66 regeln die Abwicklung der Prämienverbilligung durch die Kantone; deshalb werden sie hier beide gemeinsam behandelt. Die Abwicklung der Prämienverbilligung bietet, seit das Bundesgesetz über die Krankenversicherung in Kraft ist, immer wieder Anlass zu Diskussionen und vor allem Ärger. In breiten Kreisen besteht das Anliegen - es gibt dazu ja auch eine Petition des Konkordates der Schweizerischen Krankenversicherer -, das Instrument der Prämienverbilligung zu verbessern. Ich mache dazu zwei Hauptforderungen aus, nämlich dass erstens mehr Einheitlichkeit zwischen den kantonalen Systemen hergestellt und zweitens den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ein besserer Zugang zur Prämienverbilligung ermöglicht wird.

Gewisse Verbesserungen haben nun der Bundesrat und auch der Ständerat bereits vorgenommen, z. B. die Möglichkeit für Versicherte, den Anspruch geltend zu machen, wenn sich ihre Einkommenssituation ändert. Aber wir kennen in der Schweiz nach wie vor vier verschiedene Systeme zur Ermittlung der Anspruchsberechtigten. Es gibt z. B. das automatische System, es gibt das Antragssystem, und es gibt verschiedene Mischformen davon.

Es ist nun unsere Aufgabe, etwas Ordnung in diesen Dschungel zu bringen. Die von mir vertretene Minderheit hat deshalb einen Antrag zu Artikel 65 Absatz 4 gestellt. Er will nicht nur die Pflicht für die Kantone festschreiben, die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung zu informieren, sondern auch die Pflicht, die Bezugsberechtigten in der Regel automatisch zu ermitteln und schriftlich zu benachrichtigen. Diese Formulierung ermöglicht immer noch, dass die Kantone für bestimmte Kategorien Ausnahmen machen können. Die automatische Ermittlung ist ja aufgrund der Steuerveranlagung möglich, und es haben auch bereits mindestens fünf Kantone dieses System gewählt.

Ich erlaube mir eine Bemerkung zum Antrag Rennwald zu Artikel 65 Absatz 5, der später noch erläutert wird. Der Ständerat hat, wie Sie sehen, den Mut gehabt, die Versicherer zur Mitwirkung bei der Prämienverbilligung zu verpflichten und «sofern sie dafür vom Kanton angemessen entschädigt werden» hinzugefügt.

Der Ständerat hat dabei aber nicht beachtet, dass beide, nämlich Kanton und Krankenkassen, profitieren, wenn sie zusammenarbeiten. Die Krankenkasse erhält nämlich das Geld für die Prämienverbilligung vom Kanton, kann den entsprechenden Betrag von der Prämienrechnung abziehen und hat damit auch ein reduziertes Risiko bei Zahlungsausständen. Es ist also überhaupt nicht einsichtig, weshalb die Kantone dafür eine Entschädigung bezahlen sollten. In Kantonen, wo diese gute Zusammenarbeit, wie ich sie gerne hätte, schon existiert, z. B. im Kanton Bern, geschieht diese Zusammenarbeit heute ohne gegenseitige Entschädigung. Es ist also nicht nötig, dass wir den Krankenkassen auf Kosten der Kantone ein Geschenk machen. Ich unterstütze deshalb den Antrag Rennwald.

Zum Eventualantrag der Minderheit II zu Artikel 66 Absatz 5. Sie sehen: Frau Hafner will mit dem Hauptantrag, jenem der Minderheit I, den Kantonen nicht mehr erlauben, den Bundesbeitrag nicht voll auszuschöpfen. Wenn dieser Minderheitsantrag abgelehnt wird, sollten wir wenigstens sicherstellen, dass der Wille des Gesetzgebers nicht unterlaufen wird. Wenn ein Kanton den Bundesbeitrag nicht zu 100 Prozent abholt, sollen die, die sie nötig haben, trotzdem zu ihrer Prämienverbilligung kommen. Deshalb steht ja in Absatz 5, dass der Bundesbeitrag nur gekürzt werden darf, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sichergestellt ist. Diese Bestimmung muss - wenn sie schon im Gesetz steht - kontrollierbar sein. Deshalb müssen wir die «bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse» definieren.

Übrigens habe ich in den Unterlagen zum neuen Finanzausgleich gesehen, dass der Bund festlegen soll, welche Einkommensverhältnisse Anrecht auf Prämienverbilligung geben. Gemäss Botschaft gibt es krasse Unterschiede bei den Einkommensverhältnissen, die zur Prämienverbilligung berechtigen. Der Kanton Zürich z. B., der nur das Minimum an Bundesbeiträgen abholt, hat den tiefsten Grenzbetrag und eine Bezüger- und Bezügerinnenquote von nur gerade 19 Prozent. Das ist offenbar gemäss Gesetz möglich, entspricht aber überhaupt nicht dem ursprünglichen Willen des Parlamentes. Loi sur l'assurance-maladie N 31 mai 1999

Der Wille dieses Parlamentes war nämlich, dass ein Drittel der Versicherten in den Genuss der Prämienverbilligung kommt.

Ich bitte Sie also sehr, die Minderheitsanträge zu den beiden Artikeln der Prämienverbilligung zu unterstützen, damit wir die umstrittene Abwicklung der Prämienverbilligung verbessern, vereinheitlichen und damit auch etwas sozialer ausgestalten können.

Hafner Ursula (S, SH): Für zahlreiche Familien in der Schweiz sind die Krankenkassenprämien zu einem grossen finanziellen Problem geworden. Im Krankenversicherungsgesetz wurde versäumt, die unsozialen Kopfprämien durch ein gerechtes System zu ersetzen – eines, das auf die finanziellen Verhältnisse der Versicherten Rücksicht nimmt.

Das neue KVG versprach wenigstens eine nachträgliche Entlastung der unteren Einkommen. Man sagte voraus, das einkommensschwächste Drittel der Bevölkerung werde weniger Prämien bezahlen als zuvor, das mittlere Drittel etwa gleichviel, das obere Drittel mehr. In den Erläuterungen zur Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 erklärte der Bundesrat, mit erhöhten Beiträgen von Bund und Kantonen würden die Krankenkassenprämien für Versicherte, die auf Beiträge angewiesen sind, verbilligt.

Doch aus erhöhten Beiträgen wurde nichts. Die Kantone machten einen Strich durch die Rechnung des Bundesrates. Sie richten nur einen Teil der Beiträge und damit auch der Bundesbeiträge aus. Entsprechend gross ist der Unmut in der Bevölkerung – viele Versicherte fühlen sich geprellt. Im Kanton Zürich z. B. bezahlen nur etwa 15 Prozent der Leute weniger Prämien als zuvor – nicht ein Drittel, wie vorausberechnet. Ein kleiner Teil der Leute bezahlt gleichviel, die meisten aber sehr viel mehr als zuvor.

Zu einem grossen Teil ist Artikel 66 Absatz 5 schuld an der Enttäuschung der Versicherten. Der Kanton Zürich ruft die Bundesbeiträge nur zur Hälfte ab – um selber auch nur die Hälfte bezahlen zu müssen. Stadt und Kanton Zürich bezahlten vor Inkrafttreten des neuen KVG 185 Millionen Franken Krankenkassensubventionen – heute sind es nur noch 138 Millionen Franken.

Der Kanton Zürich ist bei weitem nicht der einzige Kanton, der auf Kosten der Versicherten spart. 1996 wurden statt der vorgesehenen 2470 Millionen Franken nur 1815 Millionen Franken an die Versicherten ausbezahlt – also nur knapp drei Viertel der Beiträge. Für 1997 und 1998 ergibt sich ein ähnliches Bild.

Das ist um so stossender, als die Kantone und Gemeinden durch die Einführung des neuen KVG entlastet worden sind. Die Wirkungsanalyse des KVG ergab für das Jahr 1996 eine Entlastung von Kantonen und Gemeinden im Umfang von etwa 430 Millionen Franken; in erster Linie bei den Ergänzungsleistungen und bei der Sozialhilfe, aber auch im Bereich der Spitex und der Heime. Die Kantone sparen je länger, je mehr zusätzlich durch die Verlagerung vieler Spitalbehandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Sie bezahlen nämlich bei stationärer Behandlung rund die Hälfte der Kosten. Die steigenden Kosten bei der ambulanten Medizin werden hingegen zum Problem der Krankenkassen, und dies, nachdem sich verschiedene Kantone in diesem Bereich über Taxerhöhungen in Spitälern und Pflegeheimen schon auf Kosten der Versicherten entlastet haben. Mit anderen Worten: Während die Versicherten unter den

Mit anderen Worten: Während die Versicherten unter den ständig steigenden Prämien zu leiden haben, sparen die Kantone zu ihren Lasten, obwohl der Bundesrat selber auf Seite 17 der Botschaft schreibt: «Der einzelne Versicherte, für welchen die Bundesbeiträge schliesslich bestimmt sind, hat die Gründe für die Kostensteigerung in einem Kanton nicht oder zumindest nicht ausschliesslich zu verantworten.» Der Bundesrat fügt bei: «Im weiteren hat es der Versicherte auch nicht zu verantworten, dass sich die kostendämpfenden Massnahmen noch nicht in gewünschtem Masse durchgesetzt haben.»

Auch die Prämienverbilligung hat sich nicht im gewünschten Mass ausgewirkt. Das Ziel war, dass die Prämienbelastung eines Haushaltes in keinem Fall höher als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens sein sollte. Der Zeitschrift «Soziale Sicherheit» vom Januar/Februar 1999 entnehme ich, dass in 21 der 26 Kantone Mittelstandsfamilien mehr als 8 Prozent ihres steuerbaren Einkommens für die Prämien ausgeben. Die angestrebte Entlastung wird zumindest bei den Mittelstandsfamilien in vier von fünf Kantonen – also bei vier Fünfteln! – nicht erreicht. Über die Hälfte dieser Kantone hat die Beiträge zur Prämienverbilligung gekürzt. Gekürzt wurde auch bei der Hälfte der Kantone, in denen Mittelstandsfamilien sogar mehr als 8 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien ausgeben müssen.

Absatz 5 von Artikel 66 erlaubt solche Kürzungen, er wurde erst im Differenzbereinigungsverfahren eingefügt; er hat sich nicht bewährt. Er hat die ursprünglich versprochenen Prämienverbilligungen zurückgestutzt und den Versicherten viel höhere Prämien beschert als vorausgesagt. Die Minderheit I ist deshalb der Meinung, dass er aufgehoben werden muss.

Rennwald Jean-Claude (S, JU): La proposition que j'ai formulée à l'article 65 alinéa 5 part du constat que la version décidée par le Conseil des Etats revient à pénaliser les cantons, ou du moins certains d'entre eux. Cette formulation me paraît d'autant plus étonnante que le Conseil des Etats ne cesse de se poser en champion de la défense du fédéralisme et des intérêts des cantons. En l'espèce, force est de constater qu'il s'est mis en contradiction avec ses propres principes philosophiques.

Je sais pertinemment que, dans ce domaine, la pratique n'est pas forcément la même dans tous les cantons. Mais je sais aussi que certains cantons, notamment ceux de Neuchâtel et du Jura, toujours à l'avant-garde dans ces matières, appliquent déjà le principe qui est contenu dans ma proposition. En d'autres termes, aujourd'hui déjà, ces cantons appliquent le principe selon lequel les assureurs sont tenus à une collaboration gratuite qui s'étend au-delà de la disposition prévue à l'article 82 alinéa 3. Accepter le texte du Conseil des Etats reviendrait donc à les pénaliser.

Mon canton avait d'ailleurs soulevé ce problème dans le cadre de la procédure de consultation, mais il n'a malheureusement pas été entendu, raison pour laquelle je me sens parfaitement légitimé à relayer sa revendication dans le cadre du présent débat.

Je tiens à souligner que ce point de vue est aussi celui de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Dans une récente prise de position, ladite conférence écrit en effet ce qui suit: «L'alinéa 5 prévoit que la collaboration des assureurs soit soumise à indemnisation. Or, à partir du moment où les cantons se sont soit déjà accordés avec les assureurs-maladie pour une collaboration à la réduction de primes, soit ont introduit des systèmes de paiement alternatifs, une telle réglementation constituerait un grave pas en arrière.» La même conférence d'ajouter: «Au cas où le canton, tout comme l'assurance-maladie, serait effectivement désigné comme instance d'application de la réduction des primes, on voit mal pourquoi l'une des parties, à savoir le canton, devrait allouer à l'autre, à savoir l'assurance-maladie, une indemnité pour ses travaux administratifs.»

A partir de ce constat, la conférence propose de maintenir, à l'alinéa 5, l'obligation des assureurs-maladie à une collaboration, mais tout en supprimant l'indemnisation par le canton. C'est aussi le point de vue que je défends ici, en parfaite concordance, notamment, avec les cantons de l'Arc jurassien. Je vous invite par conséquent à soutenir ma proposition.

Jaquet Christiane (S, VD): Je vous propose un amendement à l'article 65 alinéa 2, celui de supprimer les mots «en principe». Lorsque, dans une loi, on introduit ces deux mots «en principe», c'est que, véritablement, on manifeste essentiellement le souci d'affaiblir le texte, de prévoir une série d'exceptions, voire d'ouvrir la porte à l'arbitraire. Or, l'un des principes de la LAMal, c'est celui de la solidarité, et ce principe-là, à nos yeux, ne peut souffrir d'exception.

L'effort financier de la Confédération envers tous ceux qui subissent douloureusement les hausses des primes d'assurance, envers tous ceux pour qui les cotisations d'assurancemaladie grèvent lourdement leur budget, doit être relayé dans les cantons, dans tous les cantons. Il n'est pas acceptable que certains d'entre eux, pour leur confort financier, et entraînés dans une politique à courte vue, renoncent à distribuer cette aide, totalement ou partiellement, à tous ceux qui en ont besoin. Nous savons qu'il y a des cantons où les primes sont très élevées, alors même qu'ils utilisent l'entier des contributions fédérales. Nous savons aussi que certains autres cantons, qui n'en utilisent que la moitté, estiment alléger suffisamment ceux qui en ont besoin. Les interventions des préopinants ont montré tout le mal que l'on peut en penser, et ont permis de constater que ces mesures minimalistes ne visent simplement qu'à faire quelques économies sur le dos des assurés.

Si la Confédération propose plus d'argent, est-ce que les calculs de l'OFAS sont faux ou mal adaptés, ou la Confédération serait-elle tout d'un coup emportée dans une générosité folle, alors que cela ne serait pas nécessaire? Bien sûr que non, et nous le savons. La solidarité, à nos yeux, ne peut pas concerner que ceux qui sont au seuil de la pauvreté, mais aussi les classes moyennes, les familles des classes moyennes qui ont des enfants et qui sont lourdement frappées. Les cotisations d'assurance-maladie et leurs hausses répétitives sont un sujet brûlant dans la population, nous le savons tous. C'est un devoir civique que de faire correspondre la loi à ces objectifs votés par le peuple, faire correspondre la loi aux promesses faites, à ce moment-là, pour faire passer la LAMal dans la population.

Cet amendement va bien sûr aussi dans le sens de la proposition de minorité I (Hafner Ursula) qui demande d'abroger l'article 66 alinéa 5. Supprimer deux mots dans l'alinéa 2 est donc à nos yeux une question de principe.

Puisque les deux articles 65 et 66 sont liés, je me permets de revenir avec une proposition subsidiaire à l'article 66 alinéa 6, au cas où la proposition de minorité I serait rejetée. Dans ce cas-là, je propose que les subsides de la Confédération soient versés et distribués intégralement dans les cantons où la prime de base est supérieure à la moyenne suisse. Ma proposition subsidiaire pourrait être soumise au vote, au cas où la majorité du Conseil manifesterait sa volonté de distribuer les aides de la Confédération selon une méthode à géométrie variable.

J'attire votre attention sur ce que nous connaissons tous, c'est-à-dire les hausses spectaculaires des primes et les sommes énormes payées par les familles selon leur canton de domicile, et ce n'est pas fini puisque l'on prévoit un minimum de 3 pour cent d'augmentation pour l'année prochaine. Certains jugent que ces primes exorbitantes correspondent à des habitudes prises, dans un certain nombre de cantons, de consommation exagérée de soins médicaux et à une grande négligence dans la gestion et le nombre des hôpitaux. C'est mal connaître les efforts considérables qui ont été accomplis jusqu'à ce jour. J'en parle en connaissance de cause puisque, dans le canton de Vaud, on connaît des restructurations brutales depuis plusieurs années et des expériences audacieuses comme l'hospitalisation à domicile. Ces restructurations ont pris une ampleur telle que l'on en arrive à une restriction des soins et à de graves problèmes de surcharge dans les services, au détriment de la qualité des soins et au risque même de compromettre la sécurité. C'est pourquoi, dans les cantons où la tension sociale est très forte, il est essentiel que l'entier des subsides versés par la Confédération soit redistribué.

C'est pourquoi je propose que les cantons où les cotisations se situent au-dessus de la moyenne suisse prennent et redistribuent l'entier de ce que leur attribue la Confédération. C'est, à mes yeux, un moindre mal.

Goll Christine (S, ZH): Es ist nicht das erste Mal, dass sich die SP-Fraktion in diesem Hause dafür einsetzt, dass die Versicherten, vor allem die einkommensschwächsten Versicherten, von den steigenden Krankenkassenprämien entlastet werden. Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen müssen endlich die vollen Prämienverbilligungen erhalten, die ihnen zustehen und die ihnen versprochen

worden sind. Sozialpolitisch notwendig wäre es heute, dass mindestens ein Drittel der Bevölkerung in den Genuss von Prämienverbilligungen käme; davon sind wir jedoch noch meilenweit entfernt. Ausserdem wäre es sicher auch richtig und wichtig, dass eine automatische Auszahlung erfolgen würde, also nicht nur eine Auszahlung der Prämienverbilligungen aufgrund eines Gesuches. Dass das praktikabel ist, zeigen uns heute bereits verschiedene Kantone, die das eingeführt haben.

Ich nehme als Beispiel den Kanton Zürich: Es ist heute so, dass der Kanton Zürich zu Lasten der Versicherten spart, indem er das absolute Minimum, d. h. 50 Prozent der Prämienverbilligungen, in Bern abholt. Damit spart der Kanton Zürich aber am falschen Ort, und er macht das natürlich nur, weil er für jeden abgeholten Franken einen Franken aus der eigenen Kasse dazulegen muss.

Die sozialen Folgekosten sind in dieser Rechnung aber nicht berücksichtigt. Viele Versicherte, beispielsweise im Kanton Zürich, zahlen heute bis zu einem Fünftel ihres Einkommens für ihre Krankenkasse. Das Beispiel einer vierköpfigen Familie illustriert dies krass: Eine vierköpfige Familie mit einem Einkommen von 4700 Franken im Monat zahlt heute 6610 Franken Krankenkassenprämien für die ganze Familie – notabene 12 Prozent des Einkommens.

Damit wird nicht gehalten, was versprochen worden ist. Was nämlich ursprünglich mit dem KVG erreicht werden sollte, das gesteckte Ziel, dass nur 6 Prozent des steuerbaren Einkommens für die Prämienzahlungen aufgewendet werden sollen, dass diese 6 Prozent nicht überschritten werden sollen, wird ignoriert. Am Beispiel der Familie aus dem Kanton Zürich zeigt sich, dass es bereits 12 Prozent sind, also das Doppelte.

Der nächste Prämienschub ist bereits angekündigt, wenn wir an das GRAT denken. Laut Preisüberwachung ist mit Mehrkosten von 40 Prozent zu rechnen. Es ist klar, dass sich diese hauptsächlich auf die Prämien der Versicherten niederschlagen werden.

Wenn Sie ein deutliches Zeichen setzen wollen, dann bitte ich Sie im Namen der SP-Fraktion, bei Artikel 66 dem Antrag der Minderheit I (Hafner Ursula) zuzustimmen. Sie verlangt, Absatz 5 aufzuheben. Das ist sicher die konsequenteste Lösung.

Wenn Sie nicht so konsequent sein können, bitte ich Sie namens der SP-Fraktion, mindestens den Antrag der Minderheit Baumann Stephanie zu Artikel 65 Absatz 4 zu unterstützen. Damit wollen wir in Artikel 65 sicherstellen, dass Versicherte automatisch ermittelt und schriftlich informiert werden. Eine solche Lösung könnte sich ohne weiteres schweizweit durchsetzen, wie die Praxis einzelner Kantone bereits zeigt. Und zuhanden der FDP-Fraktion möchte ich darauf hinweisen, dass selbst die FDP-Regierungsrätin des Kantons Aargau eine solche Lösung begrüssen würde.

In Artikel 66 wollen wir mit dem Eventualantrag der Minderheit II (Baumann Stephanie) eine Kompetenzerweiterung des Bundesrates umsetzen, d. h. konkret: Der Bundesrat müsste einheitliche Kriterien für die Definition «bescheidene wirtschaftliche Verhältnisse» festlegen.

Die Ideallösung zugunsten der Versicherten ist zweifelsohne jene, die uns Frau Jaquet vorschlägt. Es ist klar, dass in diesem Rat Maximalvarianten chancenlos bleiben, weil die Mehrheit von Ihnen offenbar immer noch eine viel zu dunkel gefärbte Sparbrille trägt. Trotzdem ist es höchste Zeit, dass Bund und Kantone nicht mehr auf dem Buckel der Einkommensschwachen sparen können. Die heutige Regelung ist um so stossender, als nicht nur die Einkommensschwächsten getroffen werden, sondern vor allem auch die untere Mittelklasse.

Schaller Anton (U, ZH): Wenn wir jetzt die Artikel 65 und 66 diskutieren, kommen wir an den entscheidenden Punkt der Revision. Wir sind im Vorfeld des KVG mit der Prämienverbilligung angetreten, um die Prämien der 30 Prozent in wirtschaftlich schlechteren Verhältnissen Lebenden zu erfassen. Wir sind angetreten, damit die Prämien 8 Prozent des Nettoeinkommens nicht übersteigen: Tatsache ist aber – es ist hier



Loi sur l'assurance-maladie N 31 mai 1999

schon mehrmals dargelegt worden –, dass vor allem auch mittlere Einkommen von Prämien, die über diesem Anteil des Nettoeinkommens liegen, betroffen sind.

Das Beispiel eines Familienvaters in Zürich ist dargelegt worden: Ein Familienvater mit 4700 Franken Einkommen – wahrlich kein hoher Lohn, man muss sich das mal vorstellen; ich denke, hier in diesem Saal sind wenige, die mit so wenig auskommen müssen – muss 15 bis 20 Prozent seines Nettoeinkommens für die Krankenkassenprämien bezahlen. Das ist zuviel! Da werden wir unglaubwürdig, weil wir das KVG – für das wir mit diesen Absichten angetreten sind und das wir durchgesetzt haben – nicht mehr einhalten, nicht mehr einhalten wollen.

Es ist an sich klar – ich habe das im Eintretensreferat schon deutlich gemacht –, die Kantone sind nicht in der Lage, als verlässliche Akteure aufzutreten. Sie machen Finanz- statt Sozialpolitik. Im Kanton Zürich ist das ganz eindeutig. Wir haben viermal darüber diskutiert. Jetzt kommt eine Initiative, die das korrigieren will. Das Volk muss es korrigieren, wenn wir es nicht tun. Die Kantone sind als einer der Akteure in zu vielfältiger Art und Weise in diesem KVG gefordert. 15 Kantone sind nicht willens, das haben wir gesehen, die Subventionen für die Verbilligung der Krankenkassenprämien zu 100 Prozent auszuschöpfen. Sie wollen sparen, statt Sozialpolitik zu betreiben.

Das KVG ist ein Bundesgesetz. Der Bund trägt die Verantwortung. Deshalb muss er klar sagen, was geschehen soll. Dass die Kantone in dieser Frage mitfinanzieren müssen, ist an sich unglücklich. Im neuen Lastenausgleich muss das korrigiert werden. Das habe ich beim Eintreten schon dargelegt. Aber den Kantonen die Kompetenz zur Reduktion der Prämienverbilligung zu geben, ist verfehlter Föderalismus. Föderalismus darf nicht heissen, dass die Kantone die Bundespolitik unterlaufen können. Föderalismus bedeutet, dass jeder an seinem Ort das möglichst gut macht, wofür er die Gesamtverantwortung trägt. Föderalismus bedeutet auch, dass man den Kantonen dort unterschiedliche Lösungen zubilligt, wo es kantonale Unterschiede gibt, die Differenzierungen rechtfertigen. Dazu bleibt Platz.

Ich bin der Meinung – und mit mir die Fraktion –, dass die Kantone entscheiden können, wie sie das regeln sollen – je nachdem, wie die wirtschaftlichen Verhältnisse im Kanton sind. Dafür sollen sie die Kompetenz haben. Aber sie sollen gezwungen werden, die Krankenkassenbeiträge zu 100 Prozent auszuschöpfen, damit die Krankenkassenprämien für die Menschen in wirtschaftlich schlechteren Verhältnissen, das sind ungefähr 30 Prozent, und damit auch die mittleren Einkommen von der Verbilligung erfasst werden, so dass diese Prämien tatsächlich bezahlbar werden. Die EVP/LdU-Fraktion wird deshalb bei Artikel 66 für den Antrag der Minderheit I stimmen. Den Eventualantrag der Minderheit II wird sie aber nicht unterstützen, denn das läge immer noch in der kantonalen Kompetenz.

Lassen Sie mich noch zwei, drei Sätze zu Artikel 65 sagen. Sie haben jetzt tatsächlich die Gelegenheit, mehr Gerechtigkeit in diesem KVG-Bereich einzuführen. Und wir haben die Gelegenheit, dieses KVG würdevoller auszugestalten. Artikel 65 in der Fassung der Minderheit will das. Die Leute sollen automatisch in den Genuss der Prämienverbilligung kommen. Und sie sollen immer wieder rechtzeitig informiert werden. Information ist der entscheidende Punkt! Nur wer informiert ist, kann auch entsprechend handeln. Deshalb ist die Informationsverpflichtung der Kantone ganz entscheidend, und die automatische Ausrichtung ist unserer Situation angepasst; sie ist würdevoller, sie nimmt den Menschen ernst, und sie nimmt vor allem die Menschen in wirtschaftlich weniger guten Situationen ernst. Das ist entscheidend.

Also: volle Ausschöpfung der Krankenkassenbeiträge, keine Eingriffe in die Kompetenz der Kantone, Informationsverpflichtungen der Kantone und eine würdevolle Ausgestaltung der Prämien.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Man hat vor kurzem mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes ein System eingeführt, bei dem die Kantone weitgehend frei sind, dieses Sy-

stem der Prämienverbilligung umzusetzen. Der weitaus grössere Teil der Kantone – das ist in der Vernehmlassung zum Ausdruck gekommen – will in dieser Revision keine Änderung dieses Systems, auch diejenige Änderung nicht, die der Bundesrat vorschlägt. Der Einführung war – ich möchte Sie an dieser Stelle daran erinnem – eine lange Diskussion vorausgegangen, bis man die heute gültige Regelung gefunden hat. Die Meinung, dass die Kantone diese Verbilligung auf ihre sozialen Einrichtungen abgestimmt durchführen sollen, hat sich letztlich durchgesetzt. Wir im Kanton Zürich – Herr Schaller hat es vorhin gesagt – stimmen am 13. Juni über eine Initiative und einen Gegenvorschlag ab. Sie sehen: Es ist etwas im Entstehen.

Was hier mit den Minderheitsanträgen vorgeschlagen wird, ist unnötiges zentralistisches Machtgehabe. Einkommensschwäche beheben, soziale Fürsorgeleistungen bestimmen, ist in unserem Staat Sache der Gemeinden und vor allem der Kantone. Es soll unseres Erachtens so bleiben. Der Vorschlag des Bundesrates nimmt im grossen Ganzen immerhin Rücksicht auf den Aufbau dieses für die Kantone neuen Instrumentes.

Wir befürworten die Anträge der Kommissionsmehrheit. Ich bitte Sie, diesen Anträgen zu folgen.

Cavalli Franco (S, TI), rapporteur: Je veux être très bref parce que, comme vous pouvez le voir, je fais partie de la minorité sur ce point-là, et seulement sur ce point-là. La discussion, au sein de la commission, a été très longue et très vive. Les résultats des votes ont été très serrés. La différence a été en général de deux voix: 13 contre 11, 12 contre 10. Comme vous avez pu l'entendre, la minorité de la commission voulait surtout résoudre un problème sur lequel nous avons discuté de nombreuses fois pendant cette législature, et qui n'est toujours pas résolu. Mais comme je vous l'ai dit, la majorité de la commission a gagné, toujours pour deux voix de différence. Dès lors, je pense que c'est M. Rychen qui va vous présenter encore une fois les arguments de la majorité de la commission.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Die Kommission hat sich schon vor über einem Jahr sehr eingehend mit den Prämienverbilligungen auseinandergesetzt. Sie hat dann festgestellt, dass in den ersten zwei KVG-Jahren tatsächlich einiges nicht nach Wunsch gelaufen ist. Allerdings haben Gespräche mit Vertretern der Kantone auch ergeben, dass es bei der Einführung des KVG natürlich etliche Schwierigkeiten gab, weil der Zeitrahmen sehr begrenzt war. Die Gesetzgebungen in den Kantonen mussten entweder zuerst auf Verordnungsstufe oder dann überstürzt eingeführt werden, damit die Prämienverbilligungen überhaupt umgesetzt werden konnten. Das heisst, es gab Anfangsschwierigkeiten. Viele Verbesserungen in verschiedenen Kantonen sind nicht

verbesserungen in verschiederien Kantonen sind nicht zuletzt auf Anregung der Kommission eingeführt worden. Es ist auch unbestritten, dass die Entlastung der Schwächsten im Zentrum stehen muss. Man darf trotz aller Mängel und aller Kritik nicht vergessen, dass einige hunderttausend Leute in diesem Land eine namhafte und wirksame Prämienverbilligung bekommen und dass diese – trotz Mängeln – an sich greift. Es gibt natürlich Schönheitsfehler.

Aber die Kommissionsmehrheit möchte Ihnen einen zweiten Kernpunkt beliebt machen: Wir sollten bei dieser Revision jetzt nicht plötzlich das ganze System ändern, ein System nämlich, bei dem die Kantone weitgehend bestimmen, für wen sie wieviel ausgeben wollen. Das hätte gravierende Folgen, die wir hier nicht einfach so abschätzen können.

In diesem Sinne sind wir der Meinung, dass bei Artikel 65 der Antrag der Minderheit Baumann Stephanie und bei Artikel 66 die Anträge der Minderheit I (Hafner Ursula) und der Minderheit II (Baumann Stephanie) abgelehnt werden sollen. Die Kommission hat dies jeweils mit 2 Stimmen Unterschied beschlossen, also mit 13 zu 11 bzw. mit 12 zu 10 Stimmen. Die Diskussion ist sicher gründlich geführt worden, aber man hat sich hier nicht einigen können. Die Mehrheit ist also der Überzeugung, dass wir in dieser Revision nicht derart gravierende Änderungen einführen können, ohne mit den Kantonen noch

einmal an einen Tisch zu sitzen und dies grundsätzlich zu diskutieren; sonst wird praktisch das ganze System über den Haufen geworfen.

In diesem Sinne empfiehlt Ihnen die Kommissionsmehrheit, alle Minderheitsanträge und auch die Anträge Jaquet und Rennwald abzulehnen.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Les rapporteurs de la commission ont excellemment dit ce qu'il en était. Le Conseil fédéral vous invite à vous en tenir à la décision du Conseil des Etats, qui nous paraît avoir amélioré les possibilités que nous avions prévues.

En ce qui concerne la question de savoir si l'on veut suivre la proposition Jaquet à l'article 65 alinéa 2, je vous recommande de ne pas le faire. Ce fameux «en principe» signifie que nous acceptons que, selon le type d'organisation du système de réduction des primes cantonal, le paiement puisse être décalé, que l'annualité ne soit pas imposée par la Confédération et ne vienne pas s'ajouter d'une façon négative, pour les assurés, à l'annualité du système cantonal. Mais ce que nous voulons, c'est que l'ensemble de la somme serve bien à subventionner les primes des bénéficiaires pendant l'année. Nous avons des cas – il serait trop long d'en discuter ici – où des versements doivent pouvoir être faits en janvier, par exemple. Tout dépend du système cantonal, et ce «en principe» permet de s'y adapter.

Je vous suis de toute façon très reconnaissante, Madame Jaquet, pour votre proposition, parce qu'elle me donne l'occasion, une fois de plus ici — et c'est important aussi pour des contestations futures, même devant les tribunaux —, de dire que la règle des 50 pour cent minimum et la règle de l'utilisation pour ce but des moyens mis à disposition par la Confédération, ne peuvent être, en aucun cas, détournées par l'alinéa 2 de l'article 65. Il est important que l'objectif de la réduction des primes soit atteint. Le reste, à mon avis, est une affaire comptable. Si l'on met bien en évidence ce principe, et c'est ce que vous avez voulu faire, Madame Jaquet, avec cette proposition, le Conseil fédéral est absolument du même avis que vous.

En ce qui concerne la proposition de minorité Baumann Stephanie à l'article 65 alinéa 4, là aussi, je dirai que l'objectif souhaité est également souhaité par le Conseil fédéral. Nous pensons que ce sont des recensements automatiques, une information par écrit des bénéficiaires, ou des bénéficiaires potentiels, qui sont la meilleure façon de procéder. Nous ne voulons pas l'imposer par la loi fédérale à chaque canton, et nous sommes conscients, au vu de l'évolution de ces trois dernières années, que ce type de système gagnera du terrain et sera, à terme, généralement appliqué.

La proposition Rennwald, qui prévoit la gratuité des services que l'on peut exiger des assureurs-maladie pour la distribution des subventions, doit également être rejetée. La formulation du Conseil des Etats est excellente dans ce domaine. Elle a déjà ouvert, par rapport au Conseil fédéral qui avait été un peu timide, un peu peureux dans cette affaire, la voie à une obligation étendue pour les caisses de collaborer. N'allons pas encore plus loin en obligeant les caisses à payer pour avoir le droit de rendre ce service. La réduction des primes reste une tâche cantonale. Elle peut être partiellement déléguée aux caisses par les cantons. Les caisses sont alors tenues de le faire, mais elles peuvent demander une indemnisation.

En ce qui concerne l'article 66, la proposition de minorité I (Hafner Ursula) rencontre notre opposition. En effet, il y a dans le système du subventionnement des primes de l'assurance-maladie un certain nombre de défauts. Cela est évident. Il était nécessaire – je vous rappelle les discussions que nous avons eues dans le passé – de permettre aux cantons non seulement d'exercer leur souveraineté – ce n'est pas tellement ça, le problème –, mais aussi de ne pas entrer dans une situation absurde où ils devraient appeler un tel montant de ressources de la Confédération qui conduirait à ce que dans certains cantons, jusqu'à 60, 70, 80 pour cent de la population serait subventionnée. Il faut laisser, à cause de la construction même de la loi, la possibilité aux cantons de

choisir leur système, donc les montants qu'ils appellent auprès de la Confédération.

En ce qui concerne la proposition de minorité II (Baumann Stephanie), proposition subsidiaire, qui dit que le Conseil fédéral doit fixer «des critères uniformes pour la définition de la notion de condition économique modeste » (art. 66 al. 5), nous vous recommandons de la rejeter. Pour nous, ce qui est important, c'est que nous ayons la possibilité, et nous l'avons dans le texte de la loi, de déterminer si la réduction des primes des assurés de condition économique modeste est garantie. Ne nous obligez pas à intervenir dans le système cantonal, au point de définir des critères dans un système que nous avons voulu fédéraliste.

Voilà donc les questions qui ont été soulevées par ces différentes propositions. Nous nous rallions dans tous les cas aux propositions de la commission ou de sa majorité.

Art. 65 Abs. 1, 3, 6 – Art. 65 al. 1, 3, 6 Angenommen – Adopté

Art. 65 Abs. 2 - Art. 65 al. 2

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Kommission 93 Stimmen
Für den Antrag Jaquet 59 Stimmen

Art. 65 Abs. 4 - Art. 65 al. 4

Abstimmung - Vote
Für den Antrag der Mehrheit 89 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit 63 Stimmen

Art. 65 Abs. 5 - Art. 65 al. 5

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Kommission
Für den Antrag Rennwald
89 Stimmen
64 Stimmen

Art. 66 Abs. 5 - Art. 66 al. 5

Namentliche Eventualabstimmung Vote préliminaire, nominatif (Ref. 3037)

Für den Antrag der Mehrheit stimmen: Votent pour la proposition de la majorité:

Antille, Aregger, Bangerter, Baumann Alexander, Baumberger, Beck, Bezzola, Bircher, Blaser, Blocher, Bortoluzzi, Bosshard, Brunner Toni, Bührer, Cavadini Adriano, Christen, Comby, David, Debons, Dettling, Donati, Dormann, Ducrot, Dupraz, Durrer, Eberhard, Eggly, Ehrler, Engelberger, Epiney, Eymann, Fehr Lisbeth, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Florio, Frey Claude, Friderici, Fritschi, Gadient, Giezendanner, Gros Jean-Michel, Gysin Hans Rudolf, Hasler Ernst, Hegetschweiler, Heim, Hess Otto, Hess Peter, Hochreutener, Kalbermatten, Keller Rudolf, Kofmel, Kunz, Langenberger, Lauper, Loeb, Lötscher, Maitre, Maurer, Meyer Thérèse, Moser, Mühlemann, Müller Erich, Oehrli, Philipona, Raggenbass, Randegger, Ruckstuhl, Rychen, Sandoz Marcel, Schenk, Scherrer Jürg, Scheurer, Schlüer, Schmid Samuel, Schmied Walter, Seiler Hanspeter, Simon, Speck, Stamm Judith, Stamm Luzi, Steffen, Steinegger, Stucky, Suter, Theiler, Tschuppert, Vetterli, Vogel, Waber, Weigelt, Weyeneth, Widrig, Wittenwiler, Wyss, Zapfl

Für den Antrag der Minderheit I stimmen:

Votent pour la proposition de la minorité I:

Aeppli, Aguet, Alder, Banga, Baumann Ruedi, Baumann Stephanie, Béguelin, Berberat, Borel, Bühlmann, Burgener, Carobbio, Cavalli, Dünki, Fankhauser, Fasel, Fässler, Fehr Jacqueline, Geiser, Genner, Goll, Gonseth, Gross Jost, Günter, Gysin Remo, Hafner Ursula, Herczog, Hollenstein, Hubmann, Jans, Jaquet, Jutzet, Keller Christine, Kuhn, Leemann, Leuenberger, Marti Werner, Maury Pasquier, Meier Hans, Müller-Hemmi, Rechsteiner Rudolf, Rennwald,

Roth, Ruf, Ruffy, Schaller, Schmid Odilo, Semadeni, Spielmann, Strahm, Sturnp, Teuscher, Thanei, Tschäppät, Voll-mer, von Allmen, von Felten, Weber Agnes, Widmer, Zbinden, Zwygart

Der Stimme enthalten sich - S'abstiennent: Guisan

Entschuldigt/abwesend sind - Sont excusés/absents: Ammann Schoch, Baader, Binder, Bonny, Borer, Chiffelle, Columberg, de Dardel, Dreher, Egerszegi, Engler, Fehr Hans, Föhn, Freund, Frey Walter, Grobet, Gross Andreas, Grossenbacher, Gusset, Haering Binder, Hämmerle, Imhof, Jeanprêtre, Kühne, Lachat, Leu, Maspoli, Meyer Theo, Nab-holz, Ostermann, Pelli, Pidoux, Pini, Ratti, Rechsteiner Paul, Steinemann, Steiner, Tschopp, Vallender, Vermot, Wieder-

Prăsidium, stimmt nicht - Présidence, ne vote pas: Heberlein

Definitive Abstimmung - Vote définitif Für den Antrag der Mehrheit

90 Stimmen Für den Eventualantrag der Minderheit II 66 Stimmen

Art. 66 Abs. 6 - Art. 66 al. 6

Abstimmung - Vote

Für den Antrag der Kommission 97 Stimmen Für den Eventualantrag Jaquet 57 Stimmen

Art. 87 Abs. 2

kehr, Ziegler

Antrag der Kommission

Diese Verfahrensregeln finden auch in Prämienverbilligungsverfahren im Sinne von Artikel 65 Absatz 1 KVG Anwendung.

Art. 87 al. 2

Proposition de la commission

Ces règles de procédure s'appliquent également à la procédure de réduction des primes au sens de l'article 65 alinéa 1er LAMal.

Angenommen - Adopté

Art. 90 Abs. 2; 93 Bst. d

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 90 al. 2; 93 let. d

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 93a

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Guisan Abs. 1

g. gegen die gesetzlichen oder die mit den Leistungserbringern abgeschlossenen vertraglichen Bestimmungen verstossen.

Abs. 2

.... und beurteilt die unter Absatz 1 Buchstaben a bis f erwähnten Widerhandlungen nach dem Verwaltungsstrafrechtsgesetz. Das kantonale Versicherungsgericht beziehungsweise das Schiedsgericht verfolgt und beurteilt die Widerhandlungen gemäss Absatz 1 Buchstabe g.

Neuer Antrag Guisan

Die Direktionsmitglieder der Versicherungs- und Rückversicherungseinrichtungen und der gemeinsamen Einrichtung

Art. 93a

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Guisan

(1)

(1)

g. transgressé les dispositions légales ou contractuelles avec les fournisseurs de prestations.

.... et juge les infractions énumérées à l'alinéa 1er selon les lettres a à f en vertu de la loi fédérale sur le droit pénal administratif. Le tribunal cantonal des assurances respectivement le tribunal arbitral poursuit et juge les infractions commises en vertu de l'alinéa 1er lettre g.

Nouvelle proposition Guisan

Les membres de la direction des institutions d'assurance, de réassurance et de l'institution commune seront punis d'une amende de 5000 francs au plus lorsque celles-ci auront intentionnellement ou par négligence:

Guisan Yves (R, VD): La manière dont l'alinéa 1er du présent article est rédigé, selon le projet du Conseil fédéral, peut conduire à des confusions allant à fin contraire de l'objectif envisagé. Les termes d'«assureur», de «réassureur», a fortiori d'«institution commune» ont une signification générique se rapportant à la caisse-maladie, la société ou l'institution prises dans leur ensemble.

Une amende de 5000 francs imposée à une telle organisation non seulement est d'un montant ridicule pour avoir le moindre effet dissuasif, mais encore sera, dans ces conditions, inévitablement reportée sur les primes des assurés. C'est précisément ceux-ci qu'on entend protéger. Ces contraventions doivent donc s'adresser aux responsables de la direction, à titre personnel, si l'on entend sérieusement éviter la liste des abus et négligences mentionnée par la suite. A défaut, cet article risque fortement d'être totalement inopé-

C'est la raison principale de la modification que je vous propose, et que je vous prie de soutenir.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Au nom du Conseil fédéral, je vous demande de rejeter la proposition Guisan. En fait, si j'ai bien compris l'objectif de sa proposition, il souhaite introduire une responsabilité individuelle et qu'on ne s'adresse pas à des abstractions comme les caisses-maladie, les réassureurs, l'institution commune. Je dois dire qu'ici ce sont bien ces partenaires-là qu'on veut rendre responsables. Les questions liées à une responsabilité individuelle ressortissent au droit pénal et sont de ce fait renvoyées aux articles 92 et 94 LAMal.

lci, il s'agit de droit administratif. Nous voulons que ce soient des institutions chargées d'exécuter la loi qui puissent être placées non seulement sous le contrôle de la loi, mais être amenées à subir des conséquences lorsqu'elles ne jouent pas le rôle qui est le leur dans le système.

Il me semble par conséquent que la proposition Guisan n'est pas à sa place ici. Il s'agit bien de rendre responsables les organisations chargées de l'application de la loi, et non pas les personnes.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission Für den Antrag Guisan

74 Stimmen 22 Stimmen

Präsidentin: Damit sind die Anträge Guisan zu Artikel 93a abgelehnt.

Art. 99 Abs. 3

Antrag der Kommission Unverändert

Art. 99 al. 3

Proposition de la commission Inchangé

Angenommen - Adopté

Art. 104a

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 105

Antrag der Kommission Mehrheit Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Gonseth, Hafner Ursula, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rychen)

Abs. 1

Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen als der Durchschnitt sowie Personen mit unterdurchschnittlich tiefen Behandlungskosten haben, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich schlechter Risikostruktur Abgaben entrichten, welche die überdurchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen.

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Abs. 4

Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherer.

Abs. 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Simon

Abs. 1

Versicherer, die unter ihren Versicherten Frauen und ältere Personen haben, deren Kosten unter dem Durchschnitt jedes Versicherers liegen, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit einem überdurchschnittlichen Versichertenanteil an Frauen und älteren Personen eine Abgabe entrichten, welche die überdurchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen zum grössten Teil ausgleicht.

Zur Förderung eines gesunden und vernünftigen Wettbewerbs wird ein risikoausgleichsfreier Bereich geschaffen.

Abs. 4

Gemäss Antrag der Minderheit Gross Jost Abs. 4bis

Der Risikoausgleich soll die Risikoauswahl verhindern («stop profit») und übermässige Risiken eindämmen («stop loss»).

Eventualantrag Gross Jost

(falls der Antrag der Minderheit abgelehnt wird)
Abs. 1

Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen sowie weniger Personen mit überdurchschnittlichem Hospitalisierungsrisiko als der Durchschnitt aller Versicherer haben, müssen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen sowie Personen mit überdurchschnittlichem Hospitalisierungsrisiko Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen ausgleichen.

Art. 105

Proposition de la commission Majorité Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Gonseth, Hafner Ursula, Hubmann, Jeanprêtre, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rychen)

AI.

Les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne et qui comptent des personnes dont les frais de traitement sont inférieurs à la moyenne doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de mauvais risques dépassent cette moyenne; cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants.

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

AI. 4

Le Conseil fédéral édicte les dispositions relatives à la compensation des risques de telle sorte que les assureurs soient incités à gérer l'assurance de façon économique. Al 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Simon

Al. 1

Les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne des coûts de chaque assureur doivent verser une redevance à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne; cette contribution est destinée à compenser la plus grande partie des différences moyennes des frais entre les groupes de risque déterminants. Une zone hors compensation est créée dans le but de soutenir une saine et raisonnable concurrence.

Al. 4

Selon la proposition de la minorité Gross Jost Al. 4bis

La compensation des risques doit empêcher la sélection des risques («stop profit») et absorber des risques démesurés («stop loss»).

Proposition subsidiaire Gross Jost (au cas où la proposition de la minorité serait rejetée)

Les assureurs comptant en moyenne parmi leurs clients moins de femmes, de personnes âgées et de personnes présentant des risques d'hospitalisation plus élevés que la moyenne doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs comptant en moyenne parmi leurs clients davantage de femmes, de personnes âgées et de personnes présentant des risques d'hospitalisation plus élevés que la moyenne; cette contribution est destinée à compenser les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants.

Präsidentin: Es wurde Ihnen soeben eine ergänzte Fassung des Eventualantrages Gross Jost ausgeteilt. Damit ist der früher ausgeteilte Eventualantrag Gross Jost hinfällig.

Gross Jost (S, TG): Das heutige System des Risikoausgleiches hat zwei entscheidende Mängel. Erstens ist es bis zum Jahr 2005 befristet und demzufolge auch nur im Übergangsrecht geregelt. Man hat sich der Illusion hingegeben, bis zu diesem Zeitpunkt sollten die Unterschiede in der Kostenstruktur ausgeglichen sein. Das wird nach Aussagen alle Experten mit Sicherheit nicht der Fall sein. Zweitens berücksichtigt das System nur zwei relevante Risikofaktoren, nämlich das Alter und das Geschlecht, nicht aber die hohen Behandlungskosten oder das Hospitalisierungsrisiko.

Loi sur l'assurance-maladie N 31 mai 1999

Wir stellen eine schleichende Entsolidarisierung in der Grundversicherung fest, eine Jagd auf gute Risiken, und damit eine Pervertierung des Wettbewerbes. Das ist mit dem Solidaritätsprinzip der Grundversicherung unvereinbar.

Die Studie BASS, die vom Eidgenössischen Departement des Innem in Auftrag gegeben worden ist, spricht hier eine ganz deutliche Sprache. Sie hat eine Wirkungsanalyse des bestehenden Risikoausgleiches vorgenommen und u. a. festgestellt, dass die Risikoentmischung zwischen den Versicherern weitergeht. Einer der entscheidenden Faktoren darfür, dass das System nicht voll zum Tragen kommen kann: Der Gesundheitszustand des einzelnen Versicherten wird nicht als Risikofaktor berücksichtigt.

Es sind dann verschiedene Modelle in der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Das in der Öffentlichkeit am meisten kommunizierte ist sicher das Modell der Christlich-Sozialen Krankenkasse (CSS), das die Spitalaufenthalte des Vorjahres als zusätzlichen Risikofaktor berücksichtigen will.

Ich lege Wert auf die Feststellung, dass die Minderheit nicht die CSS-Formel im Gesetz verankern will, sondern wir wollen ausdrücklich eine allgemeine Regelung, die dem Bundesrat auf Verordnungsstufe Spielraum lässt, damit er mit einem konkreten Modell Erfahrungen sammeln kann.

Eigentlich wollen wir genau das, was das EDI sagt: Wir brauchen zusätzliche Erfahrungen, und diese Erfahrungen können wir nur machen, wenn auf Gesetzesstufe die Risikofaktoren hohe Behandlungskosten und Hospitalisierung anerkannt sind. Diesen Spielraum wollen wir dem Bundesrat mit dieser allgemein gehaltenen Formulierung geben.

Ich kann Ihnen sagen, dass die grosse Mehrheit der Krankenversicherer eine solche Modifizierung des Risikoausgleiches unterstützt; es sind nur einige wenige Krankenkassen, die heute zu den Profiteuren des Systems zählen, die eine solche sinnvolle Modifikation ablehnen.

Nun möchte ich Ihnen sagen, weshalb ich einen Eventualantrag stelle. Weil die Kritik gekommen ist, dass wir keinen Kostenausgleich, sondern einen Risikoausgleich wollen, bin ich der Meinung, dass wir dies mit einer Formulierung erfassen sollten, die den zusätzlichen Risikofaktor als Hospitalisierungsrisiko umschreibt. Damit haben wir einen entscheidenden Vorteil gegenüber der Fassung der Minderheit, indem wir das Wettbewerbselement verstärkt betonen. Ich betrage Ihnen im Eventualantrag, dass kein voller Kostenausgleich stattfinden soll. Das steht heute im Gesetz; es soll gestrichen werden. Wir sprechen von den Risikogruppen und nicht von einem Kostenausgleich. Das Hospitalisierungsrisiko ist ein zusätzliches Grossrisiko, das berücksichtigt werden muss.

Schliesslich behalten wir in Absatz 4 die jetzige Formel bei, die lautet: «unter Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung». Auch hier ist das Wettbewerbselement zusätzlich betont. Ich gehe davon aus, dass für diesen Eventualantrag eine zusätzliche Akzeptanz zu gewinnen ist. Ich glaube, mit diesem Eventualantrag die Bedenken berücksichtigt zu haben und einen sinnvollen Ausgleich zwischen dem Grundsatz der Solidarität in der Grundversicherung und einem sinnvollen Wettbewerb unter den Versicherern zu finden.

Es besteht eine gewisse Zurückhaltung seitens des Bundesrates. Es wird gesagt, man wolle noch mehr Erfahrungen sammeln. Ich bitte Sie zu berücksichtigen, dass die BASSStudie des Departementes diese Wirkungsanalyse auf sehr breiter Basis vorgenommen hat und dass die Schlussfolgerungen sehr klar sind. Die Zeit drängt, wenn wir der schleichenden Entsoldidarisierung in der Grundversicherung Einhalt gebieten wollen. Wenn Sie Gegner der nationalen Einheitskasse sind, dann ist ein verbesserter Risikoausgleich – den Sie vielleicht heute auch beschliessen – die beste Arznei gegen die entsprechende Initiative.

Deshalb bitte ich Sie, dieser Optimierung des Risikoausgleiches in der einen oder anderen Form zuzustimmen.

Ich behalte mir vor, den Minderheitsantrag – gewiss auch in Absprache mit den Kolleginnen und Kollegen, die ihn seinerzeit unterstützt haben – zugunsten des Eventualantrages zurückzuziehen, da dieser eine grössere Akzeptanz in diesem Plenum finden dürfte. Ich danke Ihnen für die Unterstützung.

Simon Jean-Charles (C, VD): Il est évidemment nécessaire de répéter, et de répéter encore, que la notion de «compensation des risques» constitue la pierre angulaire de la LAMal. Il convient également de répéter que la compensation des risques a été imaginée pour limiter la sélection des risques et instaurer une solidarité entre les caisses. Hélas, ce n'est malheureusement pas le cas actuellement. Il convient de répéter encore que la compensation des risques a été aussi imaginée pour éviter la tendance vers un environnement monopolistique. Hélas, ce n'est malheureusement pas le cas non plus, puisque, par exemple, depuis 1992, le nombre des assureurs a diminué de 40 pour cent et qu'aujourd'hui, quatre assureurs se partagent déjà plus de 51 pour cent des assurés. On peut donc raisonnablement se poser la question de savoir, si cette tendance continue, où sera demain la possibilité du choix pour les assurés, et, respectivement, la concurrence souhaitée par le législateur.

Il convient donc d'agir le plus rapidement possible et de profiter de l'occasion de cette révision partielle pour inscrire dans la loi les ajustements indispensables concernant la compensation des risques.

Mais le système est fort complexe et il faut bien y réfléchir, et y réfléchir même à deux fois, avant d'adopter des propositions qui risquent d'aboutir à un résultat pire que l'état actuel, comme, à mes yeux, la proposition de minorité Gross Jost. En effet, celle-ci propose l'introduction de nouveaux paramètres en plus du sexe et de l'âge, introduction qui aura pour conséquence immédiate le passage à une évaluation non plus objective, comme demandé dans le message du Conseil fédéral de 1991, mais parfaitement subjective.

En effet, qu'est-ce cette notion de «frais de traitement»? S'agit-il uniquement des frais d'hospitalisation? Il semble que c'est le cas. Mais alors, pourquoi ne pas inclure les frais des médecins, ceux des autres prestataires de soins, ceux des médicaments, etc.? Et si on ne retient qu'un aspect de cette notion – les frais d'hospitalisation –, on aboutira paradoxalement à de nouveaux potentiels de sélection des risques, donc à un effet totalement contraire. En plus, l'introduction de ces nouveaux paramètres, ou de ce nouveau paramètre, sera peut-être irréalisable sur le plan administratif, le système d'évaluation devenant trop complexe.

C'est la raison pour laquelle je vous propose une modification de l'alinéa 1er de l'article 105, modification qui reprend la conception du modèle que j'ai exposé en détail dans une motion déposée cet hiver, et que l'OFAS a eu, je pense, déjà le temps d'étudier.

Ce modèle a été élaboré en collaboration étroite avec des experts en assurance. Il permet d'optimiser la compensation des risques sans ajouter un seul paramètre supplémentaire et il correspond aux critères suivants: il est simple, transparent, réalisable et contrôlable. Il permet d'amplifier la solidarité, d'engendrer une saine concurrence et, bien sûr, de limiter la sélection des risques.

Voilà pourquoi, si, comme moi, vous êtes convaincus que le système de la LAMal est un bon système et qu'il mérite d'être amélioré, je vous demande de soutenir ma proposition de modification de l'alinéa 1 er.

En ce qui concerne l'alinéa 4, la proposition de minorité Gross Jost me semble aller dans le bon sens. En effet, si l'on considère – comme je l'ai dit ci-dessus – que la compensation des risques, certes améliorée, constitue l'élément fondamental de la LAMal, comment imaginer sincèrement pouvoir s'en passer un jour prochain? Il convient donc de supprimer de la loi cette limite dans le temps.

Enfin, je me permets de vous proposer un alinéa nouveau. Celui-ci exprime simplement, mais enfin clairement me semble-t-il, à quoi doit vraiment servir la compensation des risques. Alors, on nous dira peut-être que cette fonction est sous-entendue et qu'on est déjà sur cette voie. Hélas, le rapport BASS et les exemples que l'on trouve pratiquement tous les jours dans la presse et les médias prouvent le contraire. Alors, si l'on peut encore hésiter entre tel ou tel modèle à mettre en place pour optimiser la compensation des risques, si l'on peut penser qu'il faille encore les vérifier soigneusement, une chose est au moins sûre: chacun des éventuels fu-

Ν

turs modèles doit au moins remplir cette condition de base. C'est la raison pour laquelle je vous demande de soutenir ma proposition d'inscrire un nouvel alinéa à l'article 105.

Baumann Stephanie (S, BE): In der letzten Zeit kommen langsam, aber sicher alle, die sich mit dem Risikoausgleich und seinen Problemen beschäftigt haben, zum Schluss, dass wir diesen auch in Zukunft brauchen werden. Sie kommen auch zum Schluss, dass er verbessert werden, aber der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern auch weiterhin spielen sollte. Mit anderen Worten: Wir dürfen den Anreiz für gutes Kostenmanagement bei den Krankenkassen nicht wegnehmen.

Der Antrag der Minderheit Gross Jost berücksichtigt alle diese Anliegen, weil nicht alle Kosten einfach ausgeglichen werden sollen. Aber er führt zusätzlich zu den bisherigen Kriterien zur Risikoermittlung, den Kriterien Alter und Geschlecht, das neue Kriterium Behandlungskosten ein. Die Formulierung ist so offen gewählt worden, dass alle aktuellen Forschungsarbeiten mit berücksichtigt werden können, wenn dann die Ausführungsbestimmungen dazu gemacht werden. Wir müssen uns nochmals daran erinnern, weshalb dieser Risikoausgleich verbessert werden soll: Wir wissen alle, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in der heutigen Situation längst nicht mehr zugunsten der Versicherten spielt, wie das eigentlich die Meinung war - im Gegenteil: Junge und gesunde Leute werden umworben, ältere und kranke Leute werden mehr oder weniger direkt abgewimmelt. Wir hätten die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass nicht via Telefon Risikoselektion gemacht wird - indem die Leute schon bei der Beratung am Telefon abgewimmelt werden -, sondern dass sich die Krankenkassen auf ihre eigentliche Aufgabe beschränken können. Denn es sollte ihnen mehr bringen, wenn sie die Rechnungen ihrer Versicherten kontrollie-

Wenn wir zur Verbesserung dieses Risikoausgleiches ein neues Kriterium einführen wollen, müssen wir das heute in diesem Gesetz festschreiben, weil wir die andem beiden Kriterien auch im Gesetz festgeschrieben haben. Die SP-Fraktion unterstützt deshalb den Minderheitsantrag, damit dieses neue Kriterium in bezug auf die Ermittlung der Risikostruktur eingeführt werden kann.

Im Minderheitsantrag ist von «Behandlungskosten» die Rede.

Sie haben jetzt einen Eventualantrag Gross Jost ausgeteilt erhalten, mit dem an Stelle von «Behandlungskosten» das Kriterium «Hospitalisierungsrisiko» eingefügt werden soll. Ich habe in den Diskussionen bemerkt, dass dieser Ausdruck in diesem Saal offenbar auf mehr Gegenliebe stossen würde. Die SP-Fraktion könnte sich auch diesem Kriterium anschliessen.

Die SP-Fraktion unterstützt also den Antrag der Minderheit Gross Jost.

In bezug auf den Antrag Simon habe ich zwar verstanden, dass er kein neues Kriterium einfügen will und deshalb im Gesetz in dieser Richtung auch nichts festschreiben muss. Herr Simon verlangt aber, dass «ein risikoausgleichsfreier Bereich» geschaffen wird. Ich muss es noch einmal nachlesen, weil ich mir darunter einfach nichts vorstellen kann. Mir ist noch nicht klar, was damit erreicht werden soll; ich kann Ihnen deshalb nicht empfehlen, den Antrag Simon zu unterstützen.

Ich bitte Sie also, den Antrag der Minderheit Gross Jost zu unterstützen.

Guisan Yves (R, VD): De toute évidence, la compensation des risques n'a pas bien fonctionné jusqu'à présent. Des retards de versement combinés à des modalités de compensation insuffisantes continuent à encourager la chasse aux bons risques. Cette situation est extrêmement préoccupante parce qu'elle sera la source d'une déstabilisation à long terme du système. Dès le moment où une caisse accroît son portefeuille de bons risques, elle se voit privilégiée tant que le vieillissement ne menace pas ce collectif. Comme cette

évolution est inéluctable, ce qui était une structure favorable ne l'est plus vingt ou trente ans plus tard. Si plusieurs caisses se mettent à jouer ce petit jeu, il va en résulter une déstabilisation relativement continue, avec un transfert ininterrompu d'assurés d'une caisse à l'autre, engendrant des coûts administratifs élevés.

La concurrence ne doit pas jouer sur des collectifs préférentiels d'assurés, n'en déplaise à cette caisse-maladie qui craint d'être prise la main dans le sac et vient d'envoyer une correspondance à nombre de députés. Elle doit jouer essentiellement sur la qualité des prestations et une organisation de fonctionnement efficace. La compensation limitée à des catégories d'âge et au sexe est beaucoup trop grossière. Il s'agit d'affiner le système, de manière à pouvoir assurer à la fois une répartition véritable des risques et mieux garantir sa stabilité, sans pour autant sombrer dans un perfectionnisme générateur de nouvelles contraintes disproportionnées sur le plan informatique ou autre.

Enfin, la proposition de suppression de la limite de durée de la compensation à dix ans est bienvenue. Il est absolument évident qu'avec la suppression de ce dispositif, une jungle incontrôlable s'installera à très bref délai pour retomber dans la situation folle des années huitante, qui avait été la cause première de la révision de la loi sur l'assurance-maladie.

Je ne peux pas soutenir la proposition Simon. Elle en reste, à peu de choses près, à la situation actuelle, avec les inconvénients qu'elle comporte. Quant à son alinéa 4bis, il est rédigé en termes généraux et ne fait que reposer à nouveau le problème qui nous occupe, sans plus. Il laisse de la sorte à l'administration fédérale le soin de résoudre cette délicate question. Or, il nous appartient de faire des propositions plus concrètes pour redonner son sens à un fonds de compensation qui, de toute évidence, s'est avéré insuffisamment efficace.

Je vous demande donc de soutenir la proposition de minorité Gross Jost, aux alinéas 1er et 4.

Sa deuxième proposition, à l'alinéa 1er, est relative à la compensation des risques; elle est certainement la meilleure et donne à la concurrence la possibilité de s'exprimer avec plus de souplesse, tout en respectant les conditions particulières d'une assurance sociale.

Hochreutener Norbert (C, BE): Im Namen der CVP-Fraktion empfehle ich Ihnen zunächst, den Antrag der Minderheit Gross Jost abzulehnen. Was die Minderheit beantragt, ist eigentlich nichts anderes als die Einführung einer Einheitskasse durch die Hintertür. Das zentrale Problem ist nämlich, dass der Minderheitsantrag die Behandlungskosten zum Kriterium macht. Wenn der Risikoausgleich auf objektiven Kriterien wie z. B. dem Alter, dem Geschlecht beruht, wie er das heute tut, dann kann unter den Kassen immer noch ein Wettbewerb herrschen, z. B. der Wettbewerb aufgrund des Kostenmanagements. Die Kasse kann mit einem guten Kostenmanagement die Kosten tief halten und damit die Prämien senken und wettbewerbsfähiger werden. Mit dem Einzug von unterdurchschnittlichen Behandlungskosten gemäss der Minderheit wird diejenige Kasse, die tiefe Kosten hat, bestraft gegenüber jener, die hier gar keine Anstrengungen unternimmt, denn es lohnt sich ja gar nicht, unterdurchschnittlich tiefe Kosten zu haben.

Gemäss der Fassung der Minderheit müsste ja dann diese Kasse via Risikoausgleich an jene Kassen Zahlungen leisten, welche die Kosten hoch halten. Das Kostensparen würde bestraft, der Wettbewerb würde mit dieser Formel faktisch aufgehoben, so dass es letztlich zu einer Einheitskasse führt, also eine Einführung der Einheitskasse via Hintertür. Das lehnen wir ab.

Der Antrag Simon erkennt an sich das Problem, das mit dem Antrag der Minderheit Gross Jost entstünde, aber er ist von der Formulierung her unseres Erachtens doch zu offen. Herr Simon, wie wollen Sie das in der Praxis dann umsetzen? Da wäre ein Konflikt vorprogrammiert. Der Einzelantrag mag theoretisch richtig sein, aber er lässt meines Erachtens zu viele Fragen offen, er ist zu unklar, er würde dem Bundesrat auch zu viele Möglichkeiten der Interpretation geben.

Loi sur l'assurance-maladie N 31 mai 1999

Aber diese Anträge zeigen eines: Es gibt ein Unbehagen gegenüber dem heutigen Risikoausgleich. Er ist nicht optimal. Das schleckt keine Geiss weg, und Verbesserungen müssen vorgenommen werden.

Heute hat nun Kollege Gross Jost einen meines Erachtens interessanten Eventualantrag eingebracht, der den Bedenken, die ich vorhin erwähnt habe, Rechnung trägt. Auf den ersten Blick, wir haben ja den Antrag erst vor einer Stunde erhalten, ist der Eventualantrag ein viel besserer Ansatz als der Minderheitsantrag. Ich kann dem Eventualantrag in dem Sinne zustimmen, dass wir dadurch eine Differenz zum Ständerat schaffen und den Ständerat bitten können, dass er das Problem noch etwas genauer prüft; vielleicht findet er noch eine bessere Formulierung, er hat nun genügend Zeit, es anzuschauen.

Mein Kollege David wird sich zu diesem Vorschlag etwas eingehender äussern.

David Eugen (C. SG): Wie Herr Guisan es ausgeführt hat, ist der Risikoausgleich ein zentrales Element des Krankenversicherungssystems. Wenn wir den Risikoausgleich nicht haben, wird das System destabilisiert, und es bricht zusammen. Was wir im letzten Herbst erlebt haben, war ein Vorgeschmack einer solchen Situation. Wir müssen alles daran setzen, den Risikoausgleich so zu gestalten, dass das Grundversicherungssystem der obligatorischen Krankenversicherung stabil bleibt. Das müssen wir insbesondere im Interesse der älteren Personen, aber auch der kranken Personen machen. Es ist klar, dass die Jungen und Gesunden es einfach haben, auch nach dem Zusammenbruch eines Systems wieder eine richtige Versicherungslösung zu finden, dass hingegen die Älteren und Kranken es in einem solchen Fall nicht einfach haben werden. Daher müssen wir dem Risikoausgleich alle Beachtung schenken.

Was wir nicht wollen, ist ein Kostenausgleich; insofern geht der Antrag der Minderheit Gross Jost zu weit. Er will die Behandlungskosten generell zum Ausgleich bringen. Das kann nicht der Sinn und Zweck des Gesetzes sein; der Wettbewerb unter den Krankenversicherern soll bestehen bleiben. Kollege Hochreutener hat dies soeben ausgeführt. Dieser Wettbewerb soll aber bei den Verwaltungskosten und bei den Leistungskosten im Verhältnis zu den Spitälern und Ärzten geführt werden. Er soll nicht auf dem Rücken der Versicherten durch Risikoselektion betrieben werden.

Wir wissen heute ganz genau, dass die Hospitalisation das Grossrisiko ist, das jemanden treffen kann. Wir wissen auch, dass über die Hospitalisation heute faktisch Risikoselektion gemacht wird. Aus diesem Grund müssen wir das Hospitalisierungsrisiko als drittes Kriterium in den Risikoausgleich mit einbeziehen. Wir wissen, dass 20 Prozent der Versicherten 95 Prozent der Hospitalisierungskosten verursachen. Es ist ganz klar: Wenn es möglich ist, diese 20 Prozent der Versicherten zu selektionieren, ist das System gefährdet. Also müssen wir dieses Kriterium des Hospitalisierungsrisikos zur Sicherung des Systems unter allen Umständen mit in den Ausgleich einbeziehen.

Es ist auch ganz klar, dass wir im Gesetz offen lassen müssen, welches genau der Indikator sein wird, der das Hospitalisierungsrisiko umschreibt. Ich kann mir zwei vorstellen:

 Entweder die Lösung der CSS, die ich aber nicht unbedingt favorisieren möchte. Bei dieser Lösung nimmt man die Zahl der Hospitalisationen des Vorjahres und bezieht sie als Indikator mit ein.

– Oder man nimmt, was ich eigentlich eher befürworten würde, die Zahl der Grossrisiken – d. h. zum Beispiel der Hospitalisationen mit Kosten von 50 000 Franken und mehr –, die im Vorjahr stattgefunden haben. Denn es sind die Grossrisiken, die letztlich für das System gefährlich sind, und diese Grossrisiken im Hospitalisierungsbereich müssen wir zum Ausgleich bringen.

Ich empfehle Ihnen also, dem Eventualantrag Gross Jost zuzustimmen. Wenn im Ständerat noch eine Verbesserung möglich ist, ist es durchaus richtig, diese vorzunehmen. Im Rahmen des Differenzbereinigungsverfahrens käme die Vorlage dann ja wieder zu uns. Nach den Erfahrungen im vergangenen Herbst wäre es fahrlässig, wenn wir den Risikoausgleich nicht mit diesem zusätzlichen Kriterium, dem Hospitalisierungsrisiko, ergänzen würden.

Suter Marc (R, BE): Die FDP-Fraktion hat noch keine Gelegenheit gehabt, den Eventualantrag Gross Jost zu diskutieren. Vorweg gesagt: Es ist klar, dass dieser besser umschrieben ist als der Minderheitsantrag – diesen lehnen wir ab. Wo liegt nun das Problem?

Unserer Meinung nach funktioniert der Risikoausgleich nicht so schlecht, wie dies nun hier kritisiert wurde. Das System mit allen Kinderkrankheiten, die notwendigerweise in Kauf zu nehmen sind, wenn man ein solches Institut neu einführt hat sich bewährt, auch wenn es verbesserungsfähig ist. Im Detail liegt eigentlich das Problem, nicht bei der generellen Umschreibung. Wir meinen - dies, nachdem uns die Verwaltung entsprechend orientierte --, dass man in diesem politisch sehr heiklen Gebiet des Risikoausgleiches ausserordentlich sorgfältig, umsichtig, erst gestützt auf breite Abklärungen neu legiferieren sollte. Insbesondere sollte Klarheit darüber bestehen, welche Wirkung ein neues Kriterium hat - beispielsweise das Kriterium des Hospitalisierungsrisikos, das nun von Herrn Gross Jost als neues Element vorgeschlagen wird. Hier mussten wir uns bei der Kommissionsarbeit auch folgendes sagen lassen: Die bisherigen Wirkungsanalysen zeigen, dass wir ein Risiko – das sogenannte «Wechslerrisiko» – nicht einfach mit einem neuen Kriterium in den Griff bekommen können.

Es geht also darum, auch im Vollzug Mechanismen zu finden, die messbar sind, die man ermitteln und mit welchen diese Risikoselektion vermieden werden kann. Da wurden uns bisher einfach noch keine tauglichen Instrumente vorgelegt. Wir verfügen noch nicht über genügend Wissen, um hier mit gutem Gewissen einen Entscheid treffen zu können, bei dem wir sagen können, er sei fundiert.

Eigentlich hätten wir es vorgezogen, wenn Herr Gross Jost seinen Antrag in Form eines Kommissionsvorstosses unterbreitet hätte, weil wir das Anliegen an sich unterstützen können, wonach dieses Problem des Risikoausgleiches geklärt werden und die Verwaltung uns später unter Einbezug dieser Vorschläge einen Revisionsentwurf unterbreiten soll. Aber zum heutigen Zeitpunkt scheint es uns verfrüht, den Risikoausgleich zu «verkomplizieren» und mit einem neuen Kriterium zu ergänzen, dessen Auswirkungen noch nicht genau abschätzbar sind.

Ich bedaure persönlich, dass dieser Antrag im letzten Augenblick gekommen ist und wir uns in der Fraktion nicht seriös darüber aussprechen konnten. Wir meinen aber, auch wenn wir ein Differenzbereinigungsverfahren haben, dass es sich jetzt nicht lohnt und gefährlich wäre, auf diesem politisch sehr heiklen Gebiet vorschnell zu legiferieren, aus der Hüfte zu schiessen und zu improvisieren. Wir ziehen es vor, es vorerst bei der bisherigen Regelung im Risikoausgleich bewenden zu lassen und abzuwarten, bis der Bundesrat eine ausgereifte Revisionsvorlage vorlegt, die vielleicht auch gewisse Vereinfachungen herbeiführen wird.

Wir glauben daran, dass der beste Risikoausgleich einer mit einer möglichst grossen Transparenz und einer möglichst einfachen Handhabung bei der Umsetzung ist.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Die Krankenkassen wollen einen besseren Risikoausgleich; das ist einerseits verständlich: Für jeden Betrieb ist es natürlich schön – und es gibt immer wieder Leute, die das auch für andere Bereiche fordern –, einen Risikoausgleich zu haben und ein Element für sich zu beanspruchen, das die unternehmerischen Risiken einschränkt oder gar ganz beseitigt. Kollege Gross Jost beantragt mit seinem Minderheitsantrag den vollen Ausgleich, wie er das nennt, zwischen den Risikogruppen, dies aber gleichzeitig «unter Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherer». Das ist zusammengefasst das, was ich diesem Antrag entnehme; er ist aus meiner Sicht ein schöngeistiger Flop und muss abgelehnt werden: Wenn Krankenversicherer Unternehmer bleiben sollen, dann kann sich ihr Risiko ja nicht allein auf den Formulareinkauf und allenfalls auf die Bü-

N

roeinrichtung beschränken, sondern das angebotene Produkt ist mit möglichst hoher Eigenständigkeit zu versehen. Die Krankenkassen sind, das steht heute schon fest, zu sehr am Gängelband der Bundesverwaltung. Wenn wir diesem Antrag oder dem Antrag Simon folgen, ist ein weiteres unternehmerisches Element eingeschränkt oder nicht mehr vor-

Im Gesundheitswesen tut man sich ja mit Markt und Wettbewerb unglaublich schwer. Man muss vielleicht einmal sagen. dass diese Elemente ja nicht in erster Linie darauf abzielen, die soziale Gerechtigkeit zu fördern, sondern dazu da sind, kostengünstige Leistungen zu erwirken; das ist das Ziel von Markt und Wettbewerb. Wenn der Risikoausgleich geändert werden soll, dann ist er sicher nicht im alten Geleise verstärkt weiterzuführen, sondern sollte sich an neuen Elementen orientieren, an Elementen, die nachweislich teure Behandlungen sind, die nachweislich Ausreisser im System darstellen. Die heute gültigen Elemente sind beiseite zu legen. Ich glaube, das wäre der richtige Weg zu einem Risikoausgleich, der dieses Wort auch verdient. Heute haben wir vor allem einen Kostenausgleich und machen die Krankenversicherer zu halbstaatlichen Unternehmen, die nicht marktgerecht arbeiten, weil sie zu sehr eingeschränkt sind.

Der Antrag auf Verstärkung des Risikoausgleiches ist letztlich ein Schritt zur Einheitskasse. Das ist der falsche Weg und deshalb auch abzulehnen.

Gross Jost (S, TG): Herr Bortoluzzi, ist Ihnen nicht aufgefallen, dass im Gesetz, in Artikel 105, jetzt steht, dass die Kosten «in vollem Umfang» auszugleichen seien und dass in meinem Eventualantrag genau dieser Passus betreffend den vollen Kostenausgleich gestrichen ist?

Darf ich Sie bitten, das zur Kenntnis zu nehmen, oder haben Sie es bereits zur Kenntnis genommen?

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Ich habe es zur Kenntnis genommen. Ich stelle fest, dass es vor wenigen Jahren noch gar keinen Risikoausgleich gegeben hat. Dieses System funktionierte auch.

Der Risikoausgleich wurde zur Verbesserung des Systems geschaffen. Heute müssen wir aufgrund der hier gemachten Äusserungen und der Anträge feststellen, dass das System keine Verbesserung erfahren hat. Deshalb komme ich zum Schluss, dass man – wenn schon am Risikoausgleich «herumgedoktert» werden soll – völlig neue Ansätze wählen muss und nicht auf den ausgefahrenen Geleisen weiterfahren darf.

Ihr Antrag verstärkt meines Erachtens insgesamt die bereits bestehenden Ausgleichselemente und ist damit kein Beitrag zur Stärkung des Marktes, was in der Krankenversicherung letztlich immer das Ziel sein sollte. Ihr Antrag zementiert bestehende und verhindert – so meine ich – notwendige neue Strukturen.

Cavaill Franco (S, TI), rapporteur: Je rappelle tout d'abord à M. Bortoluzzi une chose que j'ai mentionnée lors du débat d'entrée en matière et que la discussion en commission a très bien clarifiée. Toute la science économique, toute l'expérience internationale démontre que les règles du marché n'ont jamais réussi à faire diminuer les coûts dans le système de santé, mais au contraire qu'elles contribuent seulement à les augmenter. Ceux qui ne comprennent pas ça ne comprennent absolument rien au système de santé.

Venons-en au problème de la compensation des risques. Votre commission n'a pas pu discuter de la proposition Simon, que je n'aborderai pas.

Nous avons longuement discuté de la proposition de minorité Gross Jost que nous avons rejetée par 12 voix contre 10 et avec 1 abstention.

Votre commission n'a pas pu discuter de la proposition subsidiaire Gross Jost non plus. Si elle l'avait été, j'ai bien l'impression que le résultat aurait été différent, parce que tout le monde a reconnu qu'il faudrait changer quelque chose au système actuel, jugé insuffisant. Seulement, la proposition originale qui prévoyait une compensation des coûts, mais pas des risques, allait trop loin. C'est pourquoi la commission l'a rejetée. D'un côté, en effet, il y avait deux risques: le sexe et l'âge, et, de l'autre, les coûts. La commission a conclu que c'était illogique et que cela ne pouvait pas être accepté, d'autant plus que l'administration se montrait réticente vis-àvis d'une telle proposition, même si l'étude BASS va dans ce sens. Maintenant que la faute a été corrigée, nous avons trois risques et non plus deux risques et les coûts. Même si nous ne pouvons plus revenir en arrière, je puis dire, dans l'esprit des discussions tenues en commission, que la commission aurait sans doute accepté cette nouvelle version.

Rychen Albrecht (V, BE), Berichterstatter: Man darf sicher feststellen, dass die Mehrheit der Kommission den Risikoausgleich im KVG als einen der wichtigsten Bestandteile für das Funktionieren des Systems betrachtet. Der bisherige Ausgleich, der auf zwei Hauptkriterien basiert – Ausgleich der Risiken zwischen Mann und Frau, zwischen Jung und Alt –, ist, soweit ich das beurteilen kann, in der Kommission mit Ausnahme einer ganz kleinen Minderheit unbestritten. Die Risikostruktur in einer obligatorischen Grundversicherung ist für eine Krankenkasse und damit für die Versicherten sicher etwas Entscheidendes. Wenn das nicht so wäre, würden sich wahrscheinlich die Methoden im Wettbewerb der Kassen verschärfen, und zwar auf eine Weise, die für die Versicherten keine soziale Absicherung mehr garantieren würde.

Die Minderheit Gross Jost will nun das vieldiskutierte dritte Kriterium im Risikoausgleich einführen, nämlich neben den Kriterien «Jung und Alt» sowie «Mann und Frau» noch das Kriterium «gesund und krank». Es ist ausserordentlich schwierig, diese Idee im Gesetz richtig zu formulieren. Es soll nicht der Verdacht aufkommen, dass es nur darum geht, Kosten auszugleichen, sondern der Wettbewerb soll trotzdem noch funktionieren.

Hier wurden in verschiedenen Voten sehr gute Ansätze dargelegt, wonach es nämlich darum geht, die Grossrisiken, die man nicht einfach durch gutes Management allein «heruntermanagen» kann, in einer Art Risikoausgleich aufzufangen. Allerdings gibt es bei den Krankenversicherern auch zwei Lager: Vor allem die Nettozahler in den Risikoausgleich wehren sich gegen einen Ausbau des Risikoausgleiches, und die anderen, die Nettoempfänger, sind eher dafür. Das ist logisch, denke ich

Die Mehrheit der Kommission hat das ungute Gefühl, dass man die Formulierung für dieses dritte Kriterium im Risikoausgleich noch nicht im Griff hat; deshalb schlägt sie vor, vorläufig darauf zu verzichten und das Problem weiter zu studieren. Das ist in der Kommission durch die Ablehnung des Antrages Gross Jost mit 12 zu 10 Stimmen zum Ausdruck gekommen.

Nun soll ja der Minderheitsantrag Gross Jost zurückgezogen werden, und es liegt ein Eventualantrag Gross Jost vor, über den die Kommission in dieser Form nicht diskutiert hat. Deshalb müssen wir es dem Rat überlassen, ob er mit einer Zustimmung zum Eventualantrag Gross Jost veranlassen will, dass der Ständerat und seine Kommission sich mit dieser Frage detaillierter auseinandersetzen, oder ob er den Antrag ablehnt. Letzteres hiesse dann, dass wir vorläufig nichts von einem Ausbau des Risikoausgleiches wissen wollen.

Die Kommission kann Ihnen in diesem Sinne keine Empfehlung abgeben, weil wir über diesen Eventualantrag nicht abgestimmt haben.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Si j'essaie de voir quels sont les points communs de la discussion que nous venons d'avoir, les points d'accord et de convergence, je dirai que plus personne ne part de l'idée que la limitation dans le temps, que nous avons introduite dans la loi, du fonctionnement de l'institution commune pour la gestion de la compensation des risques est judicieuse. Cette limitation doit être levée entièrement, ou en tout cas prolongée. Tout le monde sait que dans la phase actuelle – celle-ci va durer encore assez longtemps –, la compensation des risques est de toute façon un instrument qui permet à la concurrence de jouer, et pas le contraire. C'est un instrument qui permet de

décourager une concurrence qui serait une concurrence sauvage, déloyale, douloureuse pour les assurés chassés comme du gibier, qu'ils soient chassés dans le sens qu'on veut s'en débarrasser, ou au contraire que l'on essaie de les attraper.

De toute façon, nous aurons à discuter de la durée que nous voulons donner à ce système. Ce que nous avons décidé il y a cinq ou six ans est certainement insuffisant. Personne n'a parlé d'un fonds qui, dans quelques années déjà, n'aurait plus de rôle à jouer.

Nous savons aussi que l'âge et le sexe sont des facteurs importants. Personne ne nie non plus que ces deux critères doivent être maintenus, qu'ils donnent déjà des éléments très importants de compensation. Ils ne permettent toutefois pas une compensation intégrale des coûts. Ils ne permettent pas une compensation intégrale des risques. Sur ce plan-là, je sens le besoin de réfléchir à un nouveau critère qui permettrait d'affiner le rôle de la compensation des risques, pas celui d'une compensation intégrale des coûts.

Enfin, je crois que tout le monde est d'accord pour dire qu'il ne faut pas que cette compensation soit telle qu'elle décourage toute gestion bien faite des caisses. Tout le monde est d'accord sur le fait que la compensation des risques doit non seulement empêcher, comme le dit M. Simon, la sélection des risques et le fait de résorber des risques démesurés, mais tout le monde souhaite que cette compensation des risques permette de favoriser des gestions plus intelligentes, plus efficaces par rapport à des gestions qui le seraient moins

Restent deux questions: la première est celle du calendrier, et la deuxième celle de savoir si les choses sont mûres pour prendre des décisions aujourd'hui.

 Calendrier: nous devons en tout cas prendre une décision avant que ne s'achève la durée de validité de la compensation des risques.

2. Nous avons un certain intérêt à décider relativement vite, pour mettre en place un système plus efficace.

L'introduire dans la prochaine révision, dans la deuxième partie de cette première révision partielle de la LAMal, c'està-dire dans le projet qui devrait vous parvenir vers la fin de la législature au plus tard, ne serait-ce pas une idée plus sage? Le Conseil fédéral est d'avis que nous ne perdons pas grand-chose à attendre une année et qu'il vaudrait mieux le remettre à la révision prochaine.

C'est la raison pour laquelle je vous demande de vous rallier au projet du Conseil fédéral, qui corrige un problème particulier auquel M. Simon a fait allusion, le fait qu'actuellement, les mauvais payeurs sont encore favorisés. On peut même jouer sur le décalage d'une année entre le moment où on a de nouveaux clients et le moment où on doit payer pour ces nouveaux clients qui sont plus avantageux dans une caisse de compensation. Ceci, le Conseil fédéral veut le corriger, et vous êtes d'accord de le faire. Cela paraît suffisant au stade actuel, parce que, si je regarde les propositions que nous avons maintenant sur la table, je dirai qu'aucune n'est pleinement satisfaisante. Je dirai même plus: il y en a deux qui ne sont franchement pas satisfaisantes.

La proposition Simon est, au fond, plutôt une compensation des coûts – pas une compensation intégrale, mais elle repose sur la compensation des coûts –, alors que ce que l'on aimerait, c'est une compensation des risques. C'est la raison pour laquelle il faut rejeter la proposition Simon.

La proposition de minorité Gross Jost est mauvaise parce qu'elle introduit en particulier l'idée de la compensation entière des différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants, c'est-à-dire que l'on se rapproche de nouveau d'un système où la concurrence ne peut plus jouer normalement sur la qualité de la gestion des caisses. La proposition subsidiaire Gross Jost est certainement la

plus nuancée des trois puisqu'elle nous demande d'évaluer un risque d'hospitalisation plus élevé que la moyenne et qu'elle ne vise plus à une compensation intégrale. C'est une proposition nuancée, mais dont nous ne saurions pas que faire, si vous nous la donniez immédiatement comme mandat. De toute façon, il nous faudra étudier quels instruments nous permettent de définir un risque d'hospitalisation plus élevé, et nous revoilà dans cette question de calendrier: l'on ne perd rien à attendre de faire un travail législatif plus sérieux, plutôt que de renvoyer au Gouvernement et à l'administration la tâche de remplir ce mandat.

En d'autres termes, la seule proposition qui ne soit pas un autogoal, c'est la proposition subsidiaire Gross Jost. Mais nous avons aussi le temps de voir venir, et donc le temps de réfléchir ensemble éventuellement à une meilleure formulation

En d'autres termes, ralliez-vous au projet du Conseil fédéral qui corrige la seule chose que, à l'évidence, nous avons à corriger de toute urgence.

Präsidentin: Der Antrag der Minderheit Gross Jost ist in Absprache mit allen Unterzeichnern dieses Antrages zugunsten des Eventualantrages Gross Jost zurückgezogen worden.

Abstimmung - Vote

Eventuell – A titre préliminaire	
Für den Eventualantrag Gross Jost	121 Stimmen
Für den Antrag Simon	29 Stimmen

Definitiv – Définitivement	
Für den Eventualantrag Gross Jost	85 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	80 Stimmen

Ziff. II, III

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II, III

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Namentliche Gesamtabstimmung Vote sur l'ensemble, nominatif (Ref.: 3056)

Für Annahme des Entwurfes stimmen - Acceptent le projet: Aeppli, Aguet, Alder, Antille, Baader, Banga, Bangerter, Baumann Ruedi, Baumann Stephanie, Baumberger, Béguelin, Berberat, Bircher, Blaser, Borel, Bosshard, Bühlmann, Carobbio, Cavadini Adriano, Cavalli, Christen, Comby, David, Debons, Dettling, Donati, Dormann, Ducrot, Dünki, Dupraz, Durrer, Eberhard, Egerszegi, Eggly, Ehrler, Engelberger, Epiney, Eymann, Fankhauser, Fasel, Fässler, Fehr Jacqueline, Fehr Lisbeth, Fischer-Seengen, Florio, Frey Claude, Fritschi, Gadient, Geiser, Genner, Goll, Gonseth, Grobet, Gros Jean-Michel, Gross Jost, Grossenbacher, Guisan, Günter, Gysin Hans Rudolf, Gysin Remo, Hafner Ursula, Hegetschweiler, Heim, Herczog, Hess Otto, Hess Peter, Hochreutener, Hollenstein, Hubmann, Jans, Jean-prêtre, Jutzet, Kalbermatten, Keller Christine, Keller Rudolf, Kofmel, Kuhn, Lachat, Langenberger, Leemann, Leu, Leuenberger, Lötscher, Maitre, Marti Werner, Maury Pasquier, Meier Hans, Meyer Thérèse, Müller Erich, Müller-Hemmi, Oehrli, Ostermann, Philipona, Raggenbass, Randegger, Rechsteiner Rudolf, Rennwald, Roth, Ruckstuhl, Ruf, Ruffy, Rychen, Sandoz Marcel, Schaller, Scherrer Jürg, Scheurer, Schmid Odilo, Schmid Samuel, Seiler Hanspeter, Semadeni, Speck, Spielmann, Stamm Judith, Stamm Luzi, Steffen, Strahm, Stump, Suter, Teuscher, Thanei, Theiler, Tschäppät, Vermot, Vogel, Vollmer, von Allmen, von Felten, Weber Agnes, Weigelt, Widmer, Widrig, Wittenwiler, Wyss, Zapfl, Zbinden, Zwygart (136)

Dagegen stimmen - Rejettent le projet:

Aregger, Baumann Alexander, Beck, Blocher, Borer, Bortoluzzi, Fehr Hans, Fischer-Hägglingen, Friderici, Giezendanner, Hasler Ernst, Kunz, Schenk, Schlüer, Schmied Walter, Stucky, Vetterli, Weyeneth (18) Ν

Entschuldigt/abwesend sind – Sont excusés/absents:
Ammann Schoch, Bezzola, Binder, Bonny, Burgener, Chiffelle, Columberg, de Dardel, Dreher, Engler, Föhn, Freund, Frey Walter, Gross Andreas, Gusset, Haering Binder, Hämmerle, Imhof, Kühne, Lauper, Maspoli, Maurer, Meyer Theo, Moser, Nabholz, Pelli, Pidoux, Pini, Ratti, Rechsteiner Paul, Steinegger, Steinemann, Steiner, Tschopp, Vallender, Waber, Wiederkehr, Ziegler (38)

Präsidium, stimmt nicht – Présidence, ne vote pas: Heberlein (1)

Abschreibung - Classement

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

Angenommen - Adopté

An den Ständerat - Au Conseil des Etats

Fünfte Sitzung - Cinquième séance

Montag, 27. September 1999 Lundi 27 septembre 1999

17.15 h

Vorsitz – Présidence: Rhinow René (R, BL)/Schmid Carlo (C, Al)

98.058

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Differenzen – Divergences
Siehe Seite 158 hiervor – Voir page 158 ci-devant
Beschluss des Nationalrates vom 31. Mai 1999
Décision du Conseil national du 31 mai 1999

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

Art. 7 Abs. 8

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 7 al. 8

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil national

Cottier Anton (C, FR), rapporteur. Nous allons nous consacrer à plusieurs divergences. Lors de la première lecture de cette révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie, la commission a examiné plusieurs points cruciaux. Elle a entendu les milieux concernés. Quand je parle de points cruciaux, il s'agit par exemple de la compensation des risques, du système du tiers payant ou du tiers garant, du budget global des frais ambulatoires.

Le Conseil national a repris tous ces points, a pris des décisions pour la plupart de ces points, de façon différente par rapport à notre Conseil. C'est la raison pour laquelle nous devons aujourd'hui approfondir encore une fois la question.

Entre notre premier débat et le débat au Conseil national, le Tribunal fédéral des assurances a rendu un jugement concernant les réserves des caisses-maladie en liquidation partielle ou totale, et là, le Conseil national a saisi l'occasion de légiférer également. Il s'agit de l'arrêt Visana.

Voilà donc les principaux points qui font aujourd'hui l'objet des divergences. Je propose que nous commencions par l'article 7 qui contient la première divergence.

A l'article 7 alinéa 8, nous traitons la résiliation d'un contrat d'assurance-maladie sociale. Il est arrivé que certains assureurs résilient également les assurances complémentaires aussitôt qu'ils reçoivent un avis de résiliation pour l'assurance de base.

Le Conseil national a admis qu'il s'agissait là d'une pratique abusive de la part des assureurs-maladie, d'un acte de vengeance, raison pour laquelle, selon l'alinéa 8, il est interdit aux assureurs de résilier les assurances complémentaires pour le seul motif que l'assuré change d'assureur pour l'assurance-maladie de base.

Votre commission vous propose d'adhérer à la décision du Conseil national.

Angenommen - Adopté

Art. 13 Titel, Abs. 4, 5

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 13 titre. al. 4. 5

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil national

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Cet article concerne donc le fameux arrêt Visana du Tribunal fédéral des assurances. Cette jurisprudence est intervenue après nos débats ici, de sorte que l'objet est nouveau pour nous. Nous savons que Visana s'était retirée de huit des vingt-trois cantons où elle était présente. Dans ces huit cantons, le régime de la liquidation partielle est entré en vigueur et ses règles sont donc applicables. Il est arrivé que l'effectif des assurés d'une caisse, dans ces huit cantons, ait été transféré à une autre caisse. Evidemment, à ces assurés est liée la fortune qui correspondait aux primes payées par les assurés. Reste à savoir si ces fonds de réserve, cette fortune, doivent suivre les assurés transférés.

Le Tribunal fédéral des assurances a dit qu'en vertu de la loi actuellement en vigueur, ce transfert des fonds de réserve n'était pas possible.

C'est la raison pour laquelle le Conseil national et votre commission vous proposent de changer la loi en obligeant le transfert des fonds de réserve, dans la mesure où l'effectif des assurés est transféré dans une autre caisse.

La commission unanime propose de suivre la décision du Conseil national en introduisant à l'article 13 les nouveaux alinéas 4 et 5.

Angenommen - Adopté

Art. 42 Abs. 1, 2, 4
Antrag der Kommission
Mehrheit
Unverändert

Minderheit
(Gentil, Brunner Christiane)
Abs. 1, 2
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
Abs. 4
Unverändert

Art. 42 al. 1, 2, 4

Proposition de la commission Majorité Inchangé

Minorité (Gentil, Brunner Christiane) Al. 1, 2 Adhérer à la décision du Conseil national Al. 4 Inchangé

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: Tout d'abord, une explication: pourquoi allons-nous maintenant à l'article 42 et traite-rons-nous tout à l'heure les articles 35 et 46 ensemble? En fait, il y a une connexité directe entre les propositions émanant de la majorité ou de la minorité de la commission pour les articles 35 et 46.

Nous traiterons l'article 42 alinéas 1 er et 2 tout d'abord, et ensuite l'alinéa 4. L'article 42 traite du système du tiers payant ou du tiers garant. Selon la version du Conseil fédéral et du Conseil des Etats — nous sommes là unanimes avec le Conseil fédéral —, c'est le patient qui est débiteur du médecin, et l'assureur, la caisse-maladie, doit rembourser au patient l'indemnité. C'est donc le système du tiers garant. Le Conseil national a introduit le système du tiers payant: c'est l'assureur qui paie directement le médecin qui lui envoie la facture. Elle ne passe donc plus par l'intermédiaire du patient, soit de l'assuré. C'est le médecin, par le système que nous avons intro-

Loi sur l'assurance-maladie E 27 septembre 1999

duit, qui supporte les risques du non-paiement, alors que, avec le système du Conseil national, c'est l'assureur qui supporte ces risques.

Avec le système du Conseil des Etats et du Conseil fédéral, les assureurs et les fournisseurs de prestations ont la possibilité de conclure une convention, comme cela est encore le cas pour les pharmaciens et les caisses-maladie, et d'introduire de façon conventionnelle, de façon contractuelle, le système du tiers payant. Et là, les conditions sont à négocier entre les deux partenaires.

Le Conseil national a inversé le système en optant pour le tiers payant. Avec le tiers payant, tout se fait entre l'assureur et le médecin. La seule chose que l'on demande en fin de compte encore au patient, c'est de se rendre chez le médecin. Evidemment, c'est finalement une déresponsabilisation, c'est un pas vers une médecine publique où le patient n'a plus qu'à demander et à recevoir les soins. Il n'a de fait aucune autre contribution à fournir, et il est déresponsabilisé. Et quand on parle de déresponsabilisation, nous constatons que cela est contraire à l'esprit de la loi, qui veut maintenir une certaine liberté et qui veut surtout maintenir la responsabilité du patient, de l'assuré. Ce dernier n'a guère d'intérêt direct à réduire les coûts, étant donné que le rapport direct se fait entre l'assureur, d'une part, et le médecin, d'autre part. En somme, la position du patient, de l'assuré s'affaiblit, la confiance aussi, et surtout sa volonté d'apporter éventuellement sa contribution pour réduire les coûts.

Pourquoi le Conseil national a-t-il changé le système? C'est notamment suite aux interventions d'un certain groupe d'assureurs qui estime que, avec le système du tiers payant, il peut exercer un meilleur contrôle électronique, car il recevrait les factures directement et en premier. Or, ce contrôle peut aussi se faire lorsque le patient envoie la facture à l'assurance. Elle aura transité par le patient qui aura pu prendre connaissance du coût de son intervention, qui, peut-être, en aura été sensibilisé.

C'est la raison pour laquelle, par 11 voix contre 1, la commission vous propose de maintenir notre décision, qui est aussi la version du Conseil fédéral.

A l'article 42 alinéa 4, la commission vous propose de maintenir la version du Conseil fédéral. La formule du Conseil national — il s'agit des informations sur le diagnostic — présenterait la transmission du diagnostic comme un automatisme qui ne tiendrait pas compte de la protection des données. Des associations de patients se sont alors inquiétées de l'affaiblissement de la protection des données. Elles considèrent la décision du Conseil national comme une atteinte au droit de la personnalité.

Votre commission vous propose à l'unanimité de vous en tenir à la version du Conseil fédéral.

Brunner Christiane (S, GE): J'interviens sur la question qui concerne les alinéas 1er et 2 de cet article, et non pas sur l'alinéa 4, c'est-à-dire sur la question du passage du système du tiers garant à celui du tiers payant. Les arguments avancés en faveur du maintien du système du tiers garant ne sont, à mon avis, pas convaincants, ils sont même contradictoires.

Le premier argument, celui de la responsabilisation du patient: nous savons qu'en matière de diagnostic et de traitement, le patient a bien peu d'influence. Son premier intérêt n'est pas seulement de pouvoir aller chez le médecin, comme vous l'avez dit, Monsieur Cottier, mais de bénéficier du meilleur traitement possible pour guérir. Alors, finalement, on veut qu'il se sente coupable au moment de voir la facture du médecin, parce que celle-ci serait importante. Ça ne peut pas entraîner un tel sentiment de culpabilité. On sait aussi que les patients contestent extrêmement rarement une facture médicale de leur propre initiative, avant tout parce qu'ils se trouvent dans une relation de dépendance très claire envers leur médecin traitant.

Le deuxième argument avancé en faveur du maintien du système du tiers garant est assez complexe, dans la mesure où on nous a expliqué en long et en large, en commission, que le système du tiers payant constitue, dans le fond, un atout important, parce que c'est un modèle plus simple, plus sûr, qui diminue le risque pour les fournisseurs. Cela constitue alors un atout important dans la négociation pour les conventions tarifaires pour convaincre pratiquement à aboutir à des conventions tarifaires en disant: «Puisque, pour vous, le système du tiers payant est plus avantageux, nous le mettons en balance dans la négociation pour que vous passiez du système normal du tiers garant à celui du tiers payant.»

Je dois dire qu'il y a une logique que je n'arrive pas à suivre, car si le modèle du tiers payant est tellement supérieur à celui du tiers garant, je ne vois pas pourquoi on ne lui donnerait pas d'emblée la préférence, et j'ai l'impression que les arguments des défenseurs du tiers garant relèvent plus de la théorie que d'une approche concrète et pragmatique. En plus, avec le système du tiers garant, ce sont souvent les assurés qui sont victimes, lorsqu'il y a un conflit sur les tarifs. J'en veux pour preuve des exemples concrets du canton de Berne où un tel conflit existait entre les médecins et l'Association cantonale des caisses-maladie. Lorsqu'il y a un tel conflit, le patient reçoit une facture avec le montant que le médecin considère comme justifié et basé sur les tarifs qu'il revendique. La caisse ne rembourse alors que le montant calculé sur la base des tarifs qu'elle est prête à accepter. Et c'est le patient qui doit payer la différence de sa poche. Dans la plupart des cas, les assurés le font. Ils paient cette différence parce qu'ils ne veulent pas mettre en péril leurs relations avec leur médecin. Si le système était celui du tiers payant, les médecins, du canton de Berne notamment. auraient eu la partie moins facile. Ils auraient dû trouver un accord avec les caisses, voire se battre contre elles, pour se faire rembourser les tarifs qu'ils exigent. Donc, la véritable pression se fait dans les cas de conflits, essentiellement sur le dos des assurés.

Par contre, ni en commission ni maintenant, je n'ai entendu d'arguments vraiment convaincants concernant le problème des nombreux cas d'assurés qui sont en difficulté et qui ne paient pas leurs factures médicales, mais dépensent le remboursement des caisses-maladie pour autre chose. Il y a une catégorie de la population, peut-être marginalisée, pour laquelle les montants remboursés par les caisses sont importants et pour laquelle la tentation est absolument normale.

Et les conséquences de ce comportement sont graves en termes sanitaire, humain et financier. Beaucoup de ces assurés ne retournent tout simplement plus chez le médecin, au risque d'aggraver leur état de santé, parce qu'ils n'ont pas réglé la facture de leur médecin, ou alors ils changent de médecin autant de fois que possible, tant qu'ils ne seront pas repérés sur une liste noire et sommés de payer comptant avant la consultation elle-même. C'est la voie ouverte à une médecine à deux vitesses. Au bout du compte, avec ce système, ce ne sont pas les médecins qui sont perdants, ce sont les services sociaux, les communes, les cantons, donc finalement les contribuables qui paient les factures de ces personnes en difficulté.

Finalement, le système actuel qui connaît deux sortes de modes de paiement – d'une part, celui du tiers payant en matière d'hôpital et de médicaments, d'autre part, celui du tiers garant pour les soins – n'est pas du tout transparent pour les assurés. Prenons l'exemple d'une personne qui aurait été opérée au genou: la facture de l'hôpital est payée par la caissemaladie, c'est le système du tiers payant; ensuite, on lui prescrit des mesures de soins et de réhabilitation, le patient doit payer lui-même la facture, parce que ce volet-là est soumis au régime du tiers garant. Il n'y a aucune explication logique pour cela, et c'est à juste titre que l'assuré ressentira notre système d'assurance comme compliqué, voire arbitraire.

En plus, et c'est le demier argument que j'invoquerai, les caisses-maladie, ce qui a été confirmé d'ailleurs par le Conseil fédéral, nous assurent qu'à moyen terme, avec l'introduction du système Tarmed, le système du tiers payant deviendra de toute manière la règle et que toute autre solution entraînerait des complications bureaucratiques et des charges administratives inutiles.

Je pense que l'on pourrait déjà faire aujourd'hui ce que l'on devra de toute façon faire demain.

C'est dans ce sens, pour la cohérence du système et dans l'intérêt des assurés, mais aussi des finances cantonales et communales, que je vous invite à adhérer à la décision du Conseil national et à modifier le système en faveur du tiers payant.

Rochat Eric (L, VD): Je ne veux pas prétendre répondre à Mme Brunner ni la convaincre. J'aimerais simplement préciser que je suis médecin, que je suis aussi médecin-conseil d'une caisse-maladie, et qu'à ce titre, j'ai la chance, ou au moins l'occasion, de voir le système des deux côtés, du côté du prestataire de soins et du côté de celui qui rembourse les prestations effectuées.

Par sa décision, le Conseil national provoque un changement complet des relations entre les différents partenaires qui sont intéressés à l'assurance-maladie. Contrairement à l'assurance-accidents qui a été instituée à l'époque pour décharger les employeurs de leur responsabilité civile, dans l'assurance-maladie et jusqu'à aujourd'hui l'assuré est au centre des préoccupations du législateur. C'est pour lui qu'on dresse des protections tarifaires; c'est pour lui que la loi encourage les caisses-maladie, les médecins, les autres fournisseurs de soins à conclure des accords qui règlent devoirs et obligations réciproques; c'est l'assuré qui est le mieux placé, ou le moins mal, pour juger du bien-fondé des actes effectués et de leur facturation. Si le tiers payant existe déjà par endroits, c'est parce que les partenaires, assureurs et fournisseurs de soins, ont une confiance réciproque suffisante pour oser écarter l'assuré du processus.

Au Conseil national, le porte-parole de la minorité a rappelé à quel point il est important que le bénéficiaire de prestations soit concerné dans la chaîne du remboursement. Il y va de la transparence, de la responsabilité personnelle et de la prise de conscience des coûts générés et du prix de la santé retrouvée.

En changeant ce système, en le remplaçant par un simple rapport économique entre fournisseurs de soins et assureurs, on renonce à cette possibilité de contrôle, on renonce à la volonté de faire prendre conscience, on renonce aussi à imposer aux assureurs et aux fournisseurs de soins de trouver une base d'accord. On affaiblit également la relation médecin/malade.

L'argument de Mme Brunner selon lequel la prise de conscience des assurés est insignifiante, dans le tiers garant, n'a pas grande valeur. Il est vrai que le patient n'aime pas, d'habitude, se battre avec son médecin. Mais les temps sont révolus où l'absence de concurrence au sein du corps médical contraignait les gens à demeurer chez le même médecin. L'expérience montre à quel point les réputations de praticiens chers ou de praticiens trop chers entraînent désormais des flux de patients vers d'autres médecins tout aussi compétents et moins onéreux.

Les partisans d'un tiers payant généralisé affirment, par ailleurs, que le tiers payant est une condition préalable à l'indispensable et futuriste relation financière électronique entre soignants et assureurs. D'une part, cette relation électronique est possible aujourd'hui déjà dans le système du tiers garant. D'autre part, le devoir d'information de l'assuré sur les prestations effectuées et facturées va demeurer, que nous soyons dans le tiers garant comme aujourd'hui ou dans le tiers payant.

Les caisses ont même déjà la possibilité de se retourner contre un fournisseur de soins indélicat, au nom de leurs patients. Mais les partisans du tiers payant ont mal évalué les conséquences financières pour les caisses-maladie. Le fournisseur de soins, le médecin, le pharmacien, le physiothérapeute, assument aujourd'hui un très important contentieux. Il est notoire, et on l'a dit, que certains assurés adressent les notes d'honoraires à l'assureur, utilisant l'argent à d'autres fins.

Dans le système du tiers payant, la situation est plus favorable pour les médecins, et j'en connais, selon les régions, qui souhaitent ouvertement une telle disposition. Mais introduire le système du tiers payant pour les caisses-maladie tient de l'autogoal. Elles devront payer directement l'entier des montants facturés, puis tenter de récupérer elles-mêmes les montants des franchises et des participations, et l'on perdra par-dessus le marché l'effet modérateur des franchises.

La Conférence des assureurs-maladie et accidents, la Cosama, qui regroupe 1,5 million d'assurés, met en garde contre les dépenses supplémentaires qui, pour elle, pourraient s'élever à près de 400 millions de francs par an, à reporter bien entendu sur les cotisations. La Cosama nous demande de ne pas adopter une telle disposition. Elle relève qu'en libérant l'assuré de sa responsabilité et le fournisseur de son contentieux, deux des trois partenaires seront désormais déresponsabilisés.

J'ajoute encore que, si nous devions l'introduire aujourd'hui, il faudrait envisager des dispositions supplémentaires pour les délais de paiement, pour la façon de tenir compte des intérêts de retard, pour la procédure à utiliser en cas de contestation d'un traitement ou d'une note d'honoraires. Tout ceci n'existe pas dans la loi. Quant à prétendre que le système favorise le contrôle par la caisse-maladie, je n'en crois rien, car je connais de l'intérieur les difficultés qu'il y a à estimer le caractère économique ou non économique d'un traitement sur la base des notes d'honoraires, même lorsqu'elles sont accompagnées d'un diagnostic en clair.

Nous avons voulu une loi sur l'assurance-maladie anticartellaire et dotée d'une certaine souplesse. Les médecins, les fournisseurs de soins ne sont pas tenus d'adhérer aux conventions signées par leurs organisations. Comment pourrions-nous imposer aux assureurs d'honorer, selon le système du tiers payant et vu l'absence de conventions, les factures de prestataires de soins qui n'ont passé précisément aucune convention avec eux? Nous l'imaginons mal.

Votre commission, sur la base de ces arguments, a entre autres rejeté la version du Conseil national. C'est une solution coûteuse pour les assurés, déresponsabilisante tant pour les fournisseurs de soins que pour les cotisants.

Je vous demande à mon tour de rejeter la nouvelle version de l'article 42 alinéa 1er et l'abrogation de l'alinéa 2 LAMal qui l'accompagne.

Delalay Edouard (C, VS): L'intervention de M. Rochat me permettra d'être plus court dans l'exposé que je voulais faire pour soutenir la proposition de la majorité de notre commission. Je partage tout à fait les arguments qui ont été avancés par M. Rochat, et j'estime que cette question du tiers payant et du tiers garant est en fait une fausse querelle, et qu'elle revêt davantage un aspect spectaculaire que pratique. Car en fait le tiers payant, qui a été le système retenu par le Conseil national, est probablement un système qui favorise les assurés, puisqu'ils n'ont plus à se mêler, à se préoccuper de la question du paiement des factures des médecins. Cela peut également être favorable pour les médecins puisque l'encaissement se fait d'une façon plus simple. Donc, on pourrait tout à fait admettre que le système du tiers payant est plus simple et plus sûr pour les diverses parties.

Toutefois, je dois bien dire que, dans la disposition que nous avons adoptée lors de notre premier débat, et qui est soutenue par la majorité de notre commission, nous n'excluons aucunement la possibilité d'introduire le système du tiers payant. La version de notre Conseil dit: «Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération». Cela veut dire que, en présence d'une convention, il est toujours possible, entre les caisses-maladie et les fournisseurs de soins, d'introduire le tiers payant. Et, ce que nous voulons, c'est privilégier cette convention plutôt que d'introduire le système du tiers payant directement dans la loi.

Il faut, à notre avis, laisser – je crois que c'est un argument qui n'a pas encore été apporté dans le débat – la possibilité ouverte aux caisses-maladie et aux fournisseurs de soins de négocier également les tarifs des médecins en tenant compte du risque moins important que les médecins courent si l'on introduit le système du tiers payant.

Et c'est pour ces raisons que la commission a souhaité maintenir le système actuel, qui a fait ses preuves – il n'est en tout cas pas critiqué d'une manière particulière dans son fonctionnement actuel. Et c'est surtout par le fait qu'avec le système actuel, si les partenaires -- c'est-à-dire les caisses-maladie et les fournisseurs de soins -- sont prêts à passer une convention, la solution du tiers payant est tout à fait possible. Les parties peuvent ainsi convenir de cette solution.

. Voilà la raison pour laquelle je vous prie de soutenir la proposition de la majorité de la commission de maintenir notre décision, et d'écarter la décision du Conseil national à cet article 42.

Wicki Franz (C, LU): Ich bin überzeugt, dass die Kommissionsmehrheit den richtigen Antrag stellt. Der Nationalrat hat eigentlich mit seinem Beschluss gegen die Grundsätze des KVG verstossen. Gehen Sie in den Wahlkampf, an die Wahlveranstaltungen, überall rufen alle Politiker: Endlich mit den Gesundheitskosten runter! Die Gesundheitskosten sollen reduziert werden; das wird überall verlangt. Die Einführung des Tiers payant - wie das nun der Nationalrat möchte - würde diesen Grundsätzen wirklich entgegenstehen. Die Eigenverantwortung des Patienten und sein Kostenbewusstsein spielen bei diesem System keine Rolle mehr.

Ich möchte hier die Überlegungen eines Dorf- und Hausarztes zitieren, der mir geschrieben hat - man kann es fast nicht besser sagen -: «Beim Tiers garant muss der Patient, der für seine Behandlung eine Rechnung erhält, die Rechnung öffnen, er sieht, welche Leistungen erbracht worden sind und welches der Preis dafür ist. Er hat das Gefühl, die Behandlung hat mir geholfen, die war gut, sie war den Preis wert, oder er kann sich auch ärgern, dass so eine Kleinigkeit so viel kosten soll; er kann seine Zufriedenheit oder seinen Ärger hinausschreien. Er muss zudem eine Anstrengung unternehmen, damit die erhaltene Leistung auch bezahlt wird, entweder am Schreibtisch oder am Schalter. Sein Bewusstsein für den Preis einer Leistung für seine Gesundheit wird so wach gehalten. Beim Tiers payant erhält er von der Kasse die Mitteilung, dass ein Betrag X dem Arzt bezahlt worden ist, und damit hat es sich. Ein Engagement für erhaltene Leistung kann der Patient nicht mehr erleben. Es wird so in seiner ureigenen Angelegenheit über seinen Kopf hinweg gehandelt.» Soweit die Überlegungen eines Arztes, die für sich sprechen. Es würde sich überhaupt die Frage stellen, ob es eigentlich nicht begrüssenswert wäre, wenn - ganz analog - die Spitäler dem Patienten selber Rechnung stellen würden. Heute erhält der Patient von der Kasse die Mitteilung, dass für ihn x Pflegetage mal z. B. 230 Franken bezahlt worden seien. Der Interessierte kann dann später im Jahresbericht des Spitals lesen: Aufwand pro Pflegetag 800 Franken und mehr. Klarheit über verursachte Kosten wäre auch hier für den Patienten vielleicht recht gut.

In diesem Sinne scheint es mir richtig, wenn Sie der Mehrheit zustimmen und den Antrag der Minderheit Gentil ablehnen.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Le Conseil fédéral, en ce qui concerne l'article 42, soutient la proposition de la majorité de la commission, mais pas par conviction des avantages du système du tiers garant tels qu'ils ont été évoqués abondamment (responsabilisation du patient, influence du patient sur les coûts, etc.). Tous ces éléments ne sont pas prouvés par des recherches qui montreraient qu'il s'agit d'autre chose que de «wishful thinking».

Dans ce sens, nous avons beaucoup de sympathie pour le système du tiers payant, mais nous considérons que la solution adoptée par le Conseil national est illogique. Elle est illogique parce qu'elle postule comme principe le système le plus avantageux pour les partenaires et qu'elle énonce que les partenaires pourraient, par convention, choisir un système moins avantageux pour eux. Il est clair qu'il peut être dans l'intérêt de l'aboutissement de négociations que l'on puisse décider du système du tiers payant si cet élément peut faciliter la vie aux partenaires, prestataires de service et assureurs, et permettre aussi aux assurés de se trouver dans une situation plus confortable. Dans ce sens-là, la logique de la loi est bien la bonne. Le principe est celui du tiers garant et la négociation permet d'aboutir au tiers payant.

Il y a cependant, et je le dis, un certain nombre de cas - Mme Brunner les a fort bien décrits - où le patient est quasiment pris en otage par les négociateurs, en ce sens que la situation la plus désagréable pour lui devient un argument des négociateurs pour obtenir une situation plus favorable pour euxmêmes. Il y a, à mon avis, des situations où l'autorité doit pouvoir imposer le tiers payant. Je pense en particulier à une négociation aussi importante que celle du nouveau tarif médical où il serait important que, au cas où les partenaires n'arrivent pas au résultat pour faire fonctionner le système. l'autorité, dans une situation de non-aboutissement d'une convention, puisse imposer le tiers payant.

C'est la raison pour laquelle je vous prie maintenant de suivre la proposition de la majorité de votre commission, c'est-à-dire de maintenir le texte initial du Conseil fédéral. Il y aurait à ce moment-là une divergence massive avec le Conseil national. Je me réserverais, dans la recherche d'une solution, d'en proposer une qui permette, dans des cas particuliers, à l'autorité d'avoir la possibilité d'imposer le tiers payant pour éviter, comme le disait Mme Brunner, que ce soit l'assuré ou le patient qui soit pris en otage dans ce système. En résumé: la version du Conseil national n'est pas logique.

C'est la raison pour laquelle, dans l'espoir de trouver une meilleure solution, il vous faut suivre, à mon avis, la proposition de la majorité de votre commission et reprendre ainsi le texte initial du projet du Conseil fédéral.

Abstimmung – Vote Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit

33 Stimmen 3 Stimmen

Art. 35

Antrag der Kommission Mehrheit Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit (Simmen, Cottier)

Abs. 1

Zur Erbringung der Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung schliessen die Versicherer mit zugelassenen Leistungserbringern Verträge ab. Die Versicherer und die Leistungserbringer sind, unter Wahrung der medizinischen Versorgung, in der Wahl der Vertragspartner frei. Abs. 1bis

Zugelassen sind die Leistungserbringer, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 bis 40 erfüllen.

Art. 35

Proposition de la commission Majorité Rejeter la proposition de la minorité

Minorité (Simmen, Cottier)

Les assureurs concluent des contrats avec des fournisseurs de prestations admis pour garantir les prestations en matière d'assurance-maladie obligatoire. A condition de garantir une couverture des besoins médicaux, les assureurs et les prestataires de services sont libres de choisir leurs parties contractantes.

Sont admis les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des articles 36 à 40.

Art. 46 Abs. 2bis

Antrag der Kommission Streichen

Art. 46 al. 2bis

Proposition de la commission

Biffer

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Je vous propose de traiter l'article 35 et l'article 46 ensemble. En effet, il y a un lien direct entre les deux. Les deux dispositions concernent et tendent vers la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire; soit la proposition de minorité Simmen à l'article 35, soit la décision du Conseil national à l'article 46 que la commission rejette, voudraient supprimer l'obligation de conclure une convention tarifaire qui est le «Zwangskontrahieren».

Le Conseil national, par l'introduction de l'article 46, veut libérer les caisses-maladie du devoir d'accepter tous les prestataires de service, dont les médecins en premier. Cela veut dire que tous les médecins ne devraient plus être acceptés par les caisses-maladie. Cette décision a été prise par le Conseil national, sans qu'elle ait été examinée dans sa commission, par 105 voix contre 4.

Le Conseil national a eu deux raisons en vue:

1. Les coûts de santé augmentent sans cesse, ce qui entraîne la croissance des primes. Par l'augmentation du nombre de médecins, la spirale des coûts tourne non pas de façon proportionnelle, mais de manière exponentielle. Il s'agit d'une croissance rapide qui n'est plus guère maîtrisable.

2. Avec la libre circulation des personnes, certains milieux craignent un afflux de médecins de pays européens, d'Italie par exemple pour le Tessin, d'Allemagne ou d'Autriche pour la Suisse alémanique, ou de France pour la Suisse romande. Notamment en Italie et en Allemagne, il y a effectivement un chômage de médecins, ce qui pourrait encore inciter ces derniers à venir pratiquer en Suisse. Nous avons aussi l'expérience vécue au Liechtenstein suite à l'acceptation par ce pays de l'Espace économique européen où, effectivement, une fois que ce traité européen est entré en vigueur, il y a eu une arrivée de médecins étrangers qui est évaluée à 10 pour cent environ.

Pour cette raison aussi, le Conseil national a introduit cet article 46 alinéa 2bis, et la minorité Simmen vise le même but à l'article 35. La commission a rejeté en séance la proposition Simmen, par 7 voix contre 3.

A l'unanimité, elle vous invite à biffer l'article 46 alinéa 2bis, selon la version du Conseil national, qui avait pour origine des propositions Cavalli et Raggenbass. La commission du Conseil national n'avait donc pas accepté la proposition Cavalli. Certes, la préoccupation d'un afflux de médecins européens en Suisse, suite à l'Accord sur la libre circulation des personnes, doit nous obliger à la réflexion. La majorité de la commission propose une autre voie. Elle est contenue à l'article 55a. Mais, pour simplifier le débat, nous nous limitons maintenant aux articles 35 — proposition de minorité Simmen — et 46 de la loi.

Quelles sont les faiblesses de l'article 46 selon la version du Conseil national? Cet article énonce les critères de qualité et de rentabilité qui doivent décider de l'acceptation des prestations d'un médecin. Or, ces critères sont d'ordre très général, trop général pour accepter ou pour refuser des fournisseurs de prestations médicales. Ces critères sont tellement généraux que l'admission ou le refus de médecins pourrait devenir arbitraire. Les caisses-maladie seraient toutes – puissantes, tellement puissantes qu'elles pourraient pratiquement imposer aux assurés le système HMO. La commission a estimé qu'une telle intervention de la part des assureurs serait trop massive.

Le but du nouvel article 46 est d'introduire plus de marché, plus de concurrence. Or, il n'est pas du tout certain que la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire par ce nouvel article 46 étende le libre marché, apporte plus de concurrence. On doit avoir certains doutes au sujet du but visé par la disposition adoptée par le Conseil national. En effet, à la lecture attentive du texte de l'article 46, on remarque que des critères de qualité et d'économie pour les prestations fournies par les prestatires sont demandés, alors que ces mêmes critères sont déjà prévus par la loi aux articles 32, 56 et 58. On y parle déjà de la qualité des prestations.

Le Conseil fédéral devrait, selon le Conseil national, fixer les critères portant sur la qualité et le caractère économique des prestations. Nous avons déjà des moyens pour intervenir. Ces moyens, aux articles 32, 56 et 58, ne sont pas du tout épuisés.

Votre commission estime, à l'unanimité, que l'article 46 dans la version du Conseil national est inutile, et elle vous propose de le biffer.

Comme je l'ai déjà mentionné, pour répondre à un éventuel afflux de médecins européens, votre commission vous proposera tout à l'heure l'article 55a.

Simmen Rosemarie (C, SO): Der Berichterstatter hat Ihnen bereits gesagt, weshalb wir bei Artikel 35 noch einmal eine Diskussion führen, obwohl eigentlich keine Differenz mehr besteht. Der Grund ist der, dass die Kommission Artikel 46 verworfen hat. Sie war aber der Meinung, dass das Anliegen von Artikel 46, den der Nationalrat mit grosser Mehrheit angenommen hat, bedenkenswert sei und hat noch einmal eine ausführliche Diskussion zu diesem Thema geführt. Letztlich übernahm eine Mehrheit der Kommission anstelle von Artikel 46 den neuen Artikel 55a, nämlich einen Vorschlag der Verwaltung, wie man dieses Problem lösen könnte.

Eine Minderheit der Kommission, die ich hier vertrete, schlägt Ihnen eine andere Lösung vor. Diese käme systematisch vor diesem Artikel 46, nämlich bei Artikel 35, im Gesetz zu stehen – soviel zum Formalen.

Nun aber zum inhaltlichen Aspekt meines Antrages: Thema ist das weite Feld der nach wie vor steigenden Kosten im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens. Um es klar zu sagen: Diese Kostensteigerung hat nicht eine einzige Ursache, sondern eine ganze Reihe davon. Dazu gehören der Fortschritt der Medizin ebenso wie die wachsende Anzahl der Lebensjahre, die vielen Leuten heute geschenkt sind, aber vor allem gegen Ende des Lebens oft nur mit grossem medizinischen und pflegerischen Aufwand lebenswürdig gestaltet werden können.

Hier und heute geht es nicht um diese beiden Ursachen, sondern um eine dritte, nämlich den Zusammenhang zwischen der Anzahl von Ärzten und den Kosten im ambulanten Gesundheitswesen. Es ist nicht zu verkennen, dass zwischen den beiden Grössen ein Zusammenhang besteht, denn die Kosten wachsen schneller als die Anzahl Patienten, und sie wachsen schneller, als die Höhe der Tarife.

Das heisst nichts anderes, als dass noch ein anderer Grund im Spiel sein muss. Das ist einerseits die Mengenausweitung, andererseits aber eben tatsächlich die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten. Die Kosten wachsen nicht nur proportional dazu, sondern sie wachsen überproportional. Das ist verständlich, denn Ärzte behandeln ja nicht nur selber, sondern sie verschreiben auch Medikamente oder sie ordnen weitere Behandlungen an, z. B. durch Physiotherapeuten.

Wenn wir nun der Meinung sind, dass die Gesundheit ihren Preis hat, den zu zahlen wir auch bereit sind, können wir die Diskussion hier abbrechen. Wenn wir aber glauben, dass wir nicht jede beliebige Summe für die ärztliche Behandlung ausgeben, sondern die Kosten, wie auch immer, nur gezielt steigen lassen wollen, dann sind wir dazu verknurrt, irgendeinen Weg zu finden, der dahin führt. Nebenbei gesagt: Dieses Problem ist hausgemacht und hat mit der Freizügigkeit der Medizinalpersonen fürs erste noch gar nichts zu tun; auf diesen Punkt werde ich am Schluss meiner Ausführungen noch zu sprechen kommen.

Welche Möglichkeiten der Kostenkontrolle gibt es nun? Im wesentlichen sind es drei:

- Das Globalbudget im ambulanten Sektor: Dieses haben beide R\u00e4te bereits abgelehnt.
- 2. Eine staatliche Intervention: Diese schlägt Ihnen die Mehrheit der Kommission in Artikel 55a vor.
- 3. Eine vertragliche, marktwirtschaftliche Lösung, so wie ich sie Ihnen mit meinem Antrag beliebt machen möchte.

Das Gesundheitswesen ist zwar kein Markt wie jeder andere; bis zu einem gewissen Grad gehorcht es den Marktgesetzen aber eben trotzdem. Ein Krankenversicherer muss heute jeden Leistungserbringer – in unserem Fall jede Ärztin oder jeden Arzt – entschädigen, sofern sie zur Berufsausübung zugelassen sind. Ist der Versicherer der Meinung, ein Leistungserbringer genüge seinen qualitativen oder ökonomischen Anforderungen nicht, so kann er ihn von der Vergütung

nur via ein Gerichtsurteil ausschliessen. Diese Verfahren dauern lange und sind nicht immer erfolgreich.

Ich schlage ihnen nun vor, dass Leistungserbringer und Versicherer frei entscheiden sollen, mit wem sie zusammenarbeiten wollen, welche die Bedingungen der Zusammenarbeit sein sollen. Beide Parteien handeln dies zusammen aus, und sie werden günstige Bedingungen für sich aushandeln wollen. Diese Vertragsfreiheit ist insofern selbstregulierend, als ein Versicherer, der sehr restriktiv, mit nur wenigen Ärzten, Verträge abschliesst, seine Versicherten verlieren wird, da die Patienten die Wahlfreiheit bezüglich Ärzten soweit möglich behalten wollen und allenfalls lieber ihren Versicherer als den Arzt wechseln. Andererseits müssen und können sich aber auch Ärzte überlegen, mit wie vielen und welchen Versicherem sie zu welchen Bedingungen zusammenarbeiten wollen. Erreicht die Unzufriedenheit auf der einen oder anderen Seite einen gewissen Schwellenwert, macht man von der Freiheit zum Wechsel Gebrauch. Beim Staat verbleibt die Aufgabe, dafür zu garantieren, dass in jedem Fall die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt.

In der Kommission wurde die Befürchtung laut, die Ärzte befänden sich gegenüber den Versicherern hoffnungslos im Hintertreffen. Dass diese Befürchtung nicht begründet sein muss, zeigt ein Beispiel aus dem Kanton Thurgau. Hier haben sämtliche Ärzte — Hausärzte, Spezial- und Spitalärzte — im Rahmen der thurgauischen Ärztegesellschaft während dreier Jahre ein Modell ausgearbeitet, das es ihnen erlaubt, mit den Versicherern als starke Partner zu verhandeln. Dazu verfügen sie über eine ausgezeichnete Datenlage, die bedeutend feiner aufgeschlüsselt ist als die staatliche.

Nun haben die Regierung des Kantons Thurgau, die thurgauische Ärztegesellschaft und die Krankenversicherer zusammen eine neue Art von Krankenversicherung für die Grundversicherung entwickelt. Durch die Zusammenarbeit aller Sparten im Gesundheitswesen werden sie in der Lage sein, den Spielraum des Krankenversicherungsgesetzes besser zu nutzen. Solche und ähnliche Lösungen wären überall in der Schweiz möglich, und sie wären ein innovativer Ansatz für die Lösung eines dringenden Problems.

Damit komme ich noch zum letzten Argument für eine rasche Lösung, zur Freizügigkeit der Medizinalpersonen über die bilateralen Abkommen: Diese Freizügigkeit verpflichtet uns, Ausländerinnen und Ausländern punkto Ausübung des Arztberufes dieselben Möglichkeiten einzuräumen wie Schweizerinnen und Schweizern. Das heisst nichts anderes, als dass binnen kurzem die zwischen 2000 und 3000 ausländischen Ärzte, die heute in Schweizer Spitälern arbeiten, plus all jene, die gerne in der Schweiz arbeiten würden, das Recht haben werden, auf Kosten der schweizerischen Sozialversicherungen als Ärztinnen und Ärzte zu praktizieren.

Das zwingt uns nun wirklich dazu, das alte Problem, das wir schon lange vor uns herschieben, endlich an die Hand zu nehmen und einer Lösung zuzuführen. Denn vergessen Sie nicht: Je weniger wir die Diskussion über die Entstehung der Kosten führen, desto schneller werden wir jene über die Alllokation der knappen Mittel – Stichworte: Rationalisierung und Rationierung – führen müssen. Und das wird noch sehr viel schwieriger werden als die heutige Diskussion.

Ich bitte Sie deshalb, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Beerll Christine (R, BE): Ich bitte Sie, bei Artikel 35 und bei Artikel 55a, den ich in meine Ausführungen einschliesse, den Anträgen der Minderheit zuzustimmen.

Bei Artikel 55a bitte ich Sie mit voller Überzeugung darum, bei Artikel 35 tue ich es vor allem deshalb, um eine Differenz zu schaffen, damit sich dann die Kommission des Nationalrates noch etwas vertiefter über die Problematik beugen kann.

Ich gehe mit den Ausführungen von Frau Simmen in weitesten Teilen einig und möchte nicht alles wiederholen, was sie sehr klar ausgeführt hat. Was mich von ihr unterscheidet, ist folgendes: Ich bin nicht ganz davon überzeugt, dass die Minderheit bei Artikel 35 schon das Ei des Kolumbus gefunden hat. Ich finde, es ist richtig, in diese Richtung zu gehen und den Kontrahierungszwang aufzugeben. Ich bin mir aber nicht

sicher, ob der Wortlaut dieses Artikels 35 die Problematik in allen Teilen abdeckt.

Ich möchte Ihnen dazu einige wenige Ausführungen machen, vorerst aber noch kurz zu Artikel 55a - zu dem von der Mehrheit Ihrer Kommission gewählten System - Stellung beziehen. Ich denke, dass dieses System ganz sicher falsch ist, weil wir damit mehr Staat einführen. Wir gehen über zu einer Bedürfnisklausel, d. h., es muss geplant werden, wer hier schlussendlich eine neue Praxis eröffnen kann. Es müssen Kriterien dafür gefunden werden, staatliche Kriterien, und alle Beispiele aus anderen Ländern – Deutschland, Österreich – zeigen, dass dies keine gute Lösung sein kann. Es handelt sich dann um Kriterien, die mühsam gefunden werden müssen. Es gibt Punktesysteme, die aufgestellt worden sind, jedoch alle zu keinen befriedigenden Lösungen geführt haben. Es ist ganz sicher so, dass über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges eine Lösung gefunden werden muss, die mehr Markt ermöglicht. Hier ist es jedoch wichtig, dass eine symmetrische Aufhebung des Kontrahierungszwanges erfolgt und nicht einzig die Versicherer diejenigen sein dürfen, die den Vertrag ablehnen, sondern es müssen auch die Leistungserbringer in die Lage versetzt werden, den Kontrahierungszwang aufzuheben und sich zu weigern, mit bestimmten Versicherungen eine Lösung zu finden.

Weitere Probleme, die sich in diesem Zusammenhang ergeben, sind folgende:

Die Kassen werden auf absehbare Zeit nicht in der Lage sein, die Qualität der Ärzte und die in Rechnung gestellten Kosten objektiv zu beurteilen. Hier besteht ein grosses Problem, bei dem sich auch in den USA ganz erhebliche Schwierigkeiten gezeigt haben. Es existieren keine ausreichenden Statistiken, und es ist nicht möglich, hier kurzfristig zu einer Lösung zu kommen. Probleme bestehen auch in der Missbrauchsgefahr und der Gefahr der Willkür der Risikoselektion. Die Kontroverse z. B. um die «Nova light»-Ärzteliste der Swica von 1997 zeigt exemplarisch die wissenschaftliche Unhaltbarkeit und damit die Willkür, die allenfalls bei der Ärzteauswahl durch eine Krankenversicherung entstehen kann.

Es war z. B. kein einziger Zürcher Krebsarzt auf der Liste der Swica. Allgemein galt: Wer viele chronischkranke Patienten behandelte, kam nicht auf die Liste der Versicherung. Die Liste wurde damit absichtlich oder unabsichtlich zu einem reinen Risikoselektionsmodell.

Es ist ferner bemerkenswert, dass dies nicht einmal die BSV-Aufsichtsbehörde selber festgestellt hat; dieses Modell wurde vielmehr damals noch bewilligt. Hier besteht eine klare Missbrauchsgefahr, wenn man nicht sehr aufpasst und gute Kriterien festlegt.

Ich bitte Sie, bis Artikel 35 zwar dem Antrag der Minderheit zuzustimmen, dies aber im klaren Bewusstsein zu tun, dass wir noch nicht der Weisheit letzten Schluss gefunden haben. Wir müssen noch Kriterien suchen und festhalten, und wir müssen noch einen Rechtsweg festlegen, der eingeschlagen werden kann, wenn von seiten der Versicherer willkürliche Weigerungen erfolgen sollten, mit Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Es darf nicht sein, dass schliesslich ein Kartell von Versicherungen die Leistungserbringer unter einen so starken Druck setzt, dass sich das Ganze zu Lasten der Patienten auswirkt.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist ein Schritt in die richtige Richtung; er muss aber vorsichtig erfolgen und gut abgeklärt sein.

Ich bitte Sie, bei den Artikeln 35 und 55a der Minderheit zuzustimmen.

Rochat Eric (L, VD): Je suis très heureux que Mme Simmen ait évoqué la situation de ce groupe de médecins thurgoviens. Je crois que c'est là un bon exemple de ce que la loi bien appliquée peut produire, et de ce que la loi sur l'assurance-maladie veut qu'il se passe entre prestataires de soins et caisses-maladie. Je vais cependant vous recommander de ne pas soutenir la proposition de minorité Simmen à l'article 35.

En effet, cette proposition de minorité est la possibilité donnée aux caisses-maladie d'exclure de la pratique un certain nombre de fournisseurs de soins. Je vais les lister parce que ceux-ci figurent à l'alinéa 2 de l'article 35. Ces fournisseurs sont les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, mais aussi les laboratoires, les hôpitaux, les établissements médicosociaux et les établissements de cure. La seule condition imposée aux caisses-maladie serait de garantir une couverture des besoins médicaux. Je retrouve ici le commentaire de l'initiative populaire des caisses-maladie de 1987 qui disait que les caisses devaient se limiter à garantir à leurs assurés le minimum de soins nécessaires.

Si nous devions accepter la proposition de minorité Simmen à l'article 35, nous donnerions aux caisses-maladie le pouvoir de mettre en place un «numerus clausus après coup» dans toutes les professions et dans toutes les institutions de la santé, par-dessus même les cantons qui gèrent beaucoup d'établissements hospitaliers et médicosociaux, par-dessus bien entendu les associations professionnelles des différents métiers de la santé. Nous contribuerions aussi à créer un incroyable capharnaum dans notre pays, le plus beau d'Europe! Imaginez soixante caisses-maladie décidant d'une liste séparée pour vingt-six cantons différents et passant des conventions exclusives, admettant certains fournisseurs de soins et en excluant d'autres. J'ai l'impression que l'explosion des frais administratifs liée à un tel exercice rendrait ridicules les quelques économies qu'on peut envisager par la proposition qui nous est faite.

Je vous prie donc de bien vouloir rejeter la proposition de minorité.

Brunner Christiane (S, GE): Il est un peu difficile de s'inscrire maintenant dans le débat puisque vous n'avez pas incorporé l'article 55a. Or, il est évident que les trois dispositions se tiennent.

J'aimerais, en ce qui concerne la proposition de minorité Simmen à l'article 35, dire à quel point elle est dangereuse. Nous sommes d'accord sur le fait que les trois propositions visent exactement les mêmes objectifs, mais ce sont les moyens mis en oeuvre qui divergent. La proposition de minorité Simmen va extrêmement loin dans le sens qu'elle donne un pouvoir extraordinaire aux caisses-maladie elles-mêmes, qui pourraient pratiquement s'entendre sous forme de cartels pour exclure tel et tel médecin ou telle et telle catégorie de médecins, et ainsi véritablement diminuer l'accès à la profession, et cela, peut-être même au-delà de ce que vous pensez.

Je suis d'accord avec Mme Simmen lorsqu'elle dit que les moyens qui sont actuellement conférés aux caisses-maladie de par la loi sont un peu lourds à mettre en place, mais jusqu'à l'heure actuelle, les caisses-maladie n'en ont pas fait usage. Elles n'utilisent pas les moyens que leur donne la loi pour faire en sorte qu'il n'y ait plus de moutons noirs parmi les médecins. On voit des factures totalement exagérées; on a l'impression, d'après le nombre de consultations qu'ils font je m'excuse à l'égard de M. Rochat –, que ces médecins tra-vaillent pratiquement 24 heures sur 24. Les instruments pour limiter ces excès existent dans la loi et les caisses-maladie n'en font pas usage, ou pratiquement pas, sous prétexte que c'est un peu lourd à mettre en route et que, par conséquent, ce sont des instruments inefficaces. Mais alors, il ne faut pas aller dans la direction opposée et dire, avec la minorité Simmen: «Maintenant, on prend des instruments très légers, les caisses-maladie peuvent décider pratiquement à bien plaire quels médecins elles acceptent, avec qui elles acceptent de contracter ou pas.» Ça, ce serait vraiment quelque chose

Le Conseil national a fait une tentative, avec l'article 46 alinéa 2bis, pour résoudre, lui aussi, ce problème. De l'avis de la majorité de la commission, et je le partage, il n'a pas vraiment résolu la question, notamment parce que le Conseil fédéral, en l'état actuel et sans disposer d'autres données et d'études approfondies, nous dit qu'il n'est pas possible de définir plus avant de tels critères. Il ne sert donc à rien d'imposer une compétence au Conseil fédéral dont, de toute façon, il ne pourrait pas faire usage. On se donnerait donc bonne conscience avec l'article 46 alinéa 2bis tel que proposé par le

Conseil national, mais, dans le fond, à part la bonne conscience, on n'aurait pas mis un instrument adéquat dans la loi. Je pense que la troisième voie, celle que propose la majorité de la commission, dans l'article 55a, n'est peut-être pas parfaite, mais elle va dans la bonne direction. J'y reviendrai à l'article 55a.

Je vous invite à rejeter la proposition de minorité Simmen à l'article 35 alinéas 1er et 1bis.

Schlesser Fritz (R, GL): Darf ich als Kommissionsmitglied, das an den Beratungen nicht teilnehmen konnte, einige Bemerkungen machen?

Ganz kurz zur Ausgangslage: Frau Simmen hat die Zusammenhänge zwischen Artikel 35, bei dem wir jetzt stehen, Artikel 46 Absatz 2bis und Artikel 55a bestens aufgezeigt. Faktisch handelt es sich jeweils um Gegenvorschläge. Formell sind die Anträge getrennt.

Ich bitte Sie, bei allen drei Artikeln unserem ursprünglichen Beschluss zuzustimmen, d. h., bei Artikel 35 der Mehrheit zu folgen und Artikel 46 Absatz 2bis zu streichen. Damit schaffen Sie eine Differenz zum Nationalrat. Auch Artikel 55a überzeugt mich nicht. Ich werde die Minderheit unterstützen, auch wenn ich das Problem sehe, dass im Hinblick auf das Inkraftreten der bilateralen Verträge gewisse Vorkehrungen getroffen werden müssen. Ich bezweifle aber, dass dieser neue Artikel der Weisheit letzter Schluss ist.

Ebenso bezweifle ich, dass Artikel 35, so wie ihn die Minderheit Simmen beantragt, der Weisheit letzten Schluss darstellt. Ich meine, er sei es nicht. Wir sehen das nur schon daran, dass im Nationalrat zuerst Artikel 46 Absatz 2bis beantragt worden ist. Nachher hat man gemerkt, dass dieser Artikel nicht den Kerngedanken dessen wiedergibt, was man wollte, und man an einem anderen Ort legiferieren muss. Mit andern Worten: Die Fachleute, die im Nationalrat am Werk waren, haben offenbar zuerst den falschen Weg eingeschlagen.

Der Ständerat soll das nun korrigieren. Wir können das aber schlicht und einfach nicht, weil die Problematik, die wir zu lösen haben, eine derartige Dimension annimmt, dass wir das - in einer Differenzbereinigung mit einer einzigen Sitzung zwischen zwei Sessionen - nicht schaffen können. Das muss man anerkennen. Damit kann man auch dem Vorwurf des Nationalrates entgegentreten, die ständerätliche Kommission habe diese Problematik nicht tief genug beleuchtet. ich möchte auch davor warnen, dass wir einen alten Fehler wiederholen, den wir im Bereich des KVG verschiedentlich gemacht haben: Wir haben eine Idee, nehmen diese Idee auf und fällen einen Grundsatzentscheid, ohne uns bewusst zu sein, welches die Konsequenzen sind und wie die Umsetzung sein wird. Wir geben den Schwarzen Peter dem Bundesrat weiter. Der Bundesrat hat den Schwarzen Peter auch nicht gern, ist aber nicht in der Lage - das ist kein Vorwurf entsprechende Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Und wo landet der Schwarze Peter? Er landet in Luzern, und das Eidgenössische Versicherungsgericht sagt, was gilt.

Ich glaube, bei der Grundsatzfrage, die mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges zur Diskussion steht, dürfen wir als Gesetzgeber nicht kneifen. Der Nationalrat hat es sich relativ einfach gemacht. Er hat die entscheidenden Fragen einfach dem Bundesrat weitergegeben. Der Bundesrat wäre kaum in der Lage, diese Fragen zu lösen und gäbe sie letztlich dem Eidgenössischen Versicherungsgericht weiter. Das kann nicht die Lösung sein.

Der eingeschlagene Weg mit der Infragestellung des Kontrahierungszwanges scheint mir richtig zu sein. Aber es ist eine derart tiefgreifende Änderung in einer Grundsatzfrage, dass man sich die Frage stellen muss: Dürfen wir so etwas in einem Differenzbereinigungsverfahren machen? Dürfen wir das ohne Vernehmlassungsverfahren machen? Dürfen wir das machen, ohne die Kantone gefragt zu haben, die letztlich für die Zulassung der Leistungserbringer zuständig sind? Dürfen wir das ohne Dialog mit den Leistungserbringern tun? Ich meine: Nein!

Ein weiterer Punkt: In Artikel 35, wie er jetzt von der Minderheit vorgeschlagen wird, werden verschiedene Fragen auf-

geworfen. Ich finde aber die Antworten nicht. Ich nenne nur ein einziges Problem: Was geschieht, wenn zwischen Versicherern und Leistungserbringern entsprechende Verträge nicht zustande kommen, so dass die medizinische Versorgung in einem Gebiet nicht mehr gewährleistet ist? Ich kann mir durchaus vorstellen, dass Leistungserbringer sagen. unter diesen Bedingungen würden sie nicht mitmachen. Da lassen wir es also auf einen entsprechenden Kampf zwischen Leistungserbringern und Versicherern ankommen. Wer muss dann eingreifen? Die kantonale Regierung! Im Vorschlag, den wir als Kommissionsmitglieder bekommen haben, ist von den Antragstellern im Nationalrat in einem solchen Fall wenn also die medizinische Versorgung nicht mehr in ausreichendem Mass gewährleistet ist - vorgesehen, dass die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif festzusetzen hat. Gleichzeitig hat sie auch dessen persönlichen Geltungsbereich zu bestimmen. Das heisst mit anderen Worten: In diesem Fall wäre es die Kantonsregierung, die sagen müsste, welche Leistungserbringer zugelassen sind und

Es sind so viele Fragen offen, dass wir heute diesen Entscheid unmöglich fällen können. Ich bitte Sie, hier eine klare Linie zu verfolgen, ein Zeichen zu setzen. Der Ständerat ist durchaus bereit, die Idee aufzunehmen und über die Aufhebung des strikten Kontrahierungszwanges zu diskutieren. Dies hat aber aufgrund einer Abklärung zu erfolgen, bei der die Fakten auf den Tisch gelegt und auch Probleme über die unmittelbare Regelung in Artikel 35 hinaus aufgegriffen werden. Es braucht eine seriöse Abklärung, eine klare Formulierung. Wir dürfen nicht einfach den Ausweg darin suchen, dass wir hier den Grundsatzentscheid fällen und die Sache nachher dem Bundesrat weitergeben; wenn die Sache in zwei Jahren völlig anders herauskommt, als wir es uns heute vorgestellt haben, werden wir sagen, der Bundesrat habe seine Aufgaben nicht gut gemacht.

Das kann nicht die Lösung sein. Als Gesetzgeber würden wir uns so aus der Verantwortung stehlen. Deshalb meine ich heute ganz klar: Wir sollten bei Artikel 35 der Mehrheit folgen, bei Artikel 46 streichen – dann haben wir eine Differenz zum Nationalrat –; bei Artikel 55a sollten wir der Minderheit folgen. Wir haben dann die beiden Problembereiche separiert, nämlich die Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwanges auf der einen Seite und die Frage, wie wir einer allfälligen Überschwemmung des schweizerischen Gesundheitswesens durch ausländische Leistungserbringer vorbeugen können, auf der anderen Seite.

Wir müssen diese Fragen noch einmal gründlich angehen, vielleicht nicht im Zuge dieser Revision, aber in einem nächsten Schritt. Diese Revision war ursprünglich ganz klar als kleine Revision vorgesehen, um gewisse Lücken, die im Nachgang zum Visana-Fall zutage traten, rasch schliessen zu können. Jetzt sind wir daran, daraus eine grosse Revision zu machen. Ich bin der Meinung, das sei falsch.

Ich bitte Sie, meinem Stimmverhalten zu folgen und damit eine klare Linie an den Tag zu legen.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Je m'efforcerai de mettre d'abord l'accent sur l'article 35 pour réserver les possibilités d'une discussion plus fine des articles suivants. Le Conseil fédéral vous recommande de vous rallier à la proposition de la majorité et de rejeter la proposition de minorité Simmen.

La raison est la suivante: je crois qu'il faut comprendre que les assurances ont un rôle «universel» à jouer dans ce système. Elles ne sont pas de simples agents économiques qui peuvent bénéficier de la liberté contractuelle pour se choisir des prestataires de soins. En fait, ce sont des organes d'exécution de la loi. En tant que tels, leur donner, dans le système ordinaire, la fonction de choisir par négociation parmi les prestataires un certain nombre de partenaires, me paraît contraire à l'esprit de la loi.

Si l'on veut une limitation, il faut que ce soit l'Etat qui détermine les critères de cette limitation d'une façon globale. Par contre, les formes particulières d'assurance, les HMO, comme celle du passage obligé par un médecin qui joue le

rôle de «gate keeper», limitent le choix des prestataires. L'assuré a le choix entre ce régime particulier et le régime ordinaire. Mais faire du régime ordinaire un régime contractuel me paraît contraire à l'esprit de la LAMal. C'est un abandon du politique à quelques centaines d'institutions qui n'ont pas toujours les moyens pour faire ce choix. S'il est arbitraire, il est contraire aux intérêts des assurés. Voilà la raison pour laquelle je vous recommande de suivre la proposition de la majorité à l'article 35.

Concernant l'article 46 alinéa 2bis, dans la version du Conseil national, M. Schiesser a dit que c'était un «Schwarzpeterspiel». Effectivement, nous avons énormément de peine à imaginer que le Conseil fédéral puisse, avec les conséquences économiques que cela pourrait avoir sur l'existence même d'un certain nombre de prestataires de services, décréter, par ordonnance, qu'ils sont éliminés à l'âge de 60 ans, ou qu'ils ne peuvent pas commencer avant l'âge de 40 ans, ou selon d'autres critères qui devraient forcément être non discriminatoires et reposer sur la reconnaissance des titres que nous avons établie avec l'Union européenne. Cela nous paraît juridiquement impossible.

Prendre une mesure d'une telle gravité par ordonnance nous paraît contraire à la hiérarchie des normes, et même à la proportionnalité. On ne peut pas attendre que le Conseil fédéral puisse utiliser une telle compétence. Si vous le souhaitez, nous y reviendrons.

En ce qui concerne l'article 55a, je vous recommande de suivre la proposition de la majorité parce que cela permet d'entrer dans un dialogue avec le Conseil national. Face à l'arrivée massive, éventuellement, de médecins de l'Union européenne — je pense aussi à ceux que nous exploitons, entre guillemets, en les obligeant à rester dans le système hospitalier parce que nous leur fermons la voie du libre exercice de leur profession sur le sol suisse actuellement — il faut voir si ces médecins, qui souhaiteraient s'installer, ne le feront pas d'un coup, et c'est cela la crainte. Ils pourraient être progressivement introduits dans le système, de même que le seront les jeunes Suisses au cas où l'on verrait que cela est nécessaire

M. Cottier, me faisant tout à l'heure une remarque, me disait que cela pourrait se faire par canton. Là où l'on a un problème, là où l'on perd la maîtrise du phénomène, on pourrait intervenir. Ce serait de plus une compétence limitée dans le temps. Je crois que l'autorité pourrait, par cet outil de régulation, éviter des conséquences qui sont craintes à court terme par la modification des règles de libre établissement de médecins et de prestataires de services étrangers.

Ce que la proposition de minorité Simmen à l'article 35 souhaite donner aux assureurs dépasse à la fois leurs possibilités et rompt le système dans la mesure où il leur est imposé, en fait, de sélectionner des partenaires dans un système qui assure en principe l'universalité de l'accès aux soins.

En d'autres termes, la menace de la médecine à deux vitesses se trouve – Madame Simmen, je sais que vous ne la voulez pas, mais elle s'y trouve – derrière l'article 35.

Art. 35

Abstimmung – Vote Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit

22 Stimmen 17 Stimmen

Art. 46 Abs. 2bis – Art. 46 al. 2bis Angenommen – Adopté

Art. 55a

Antrag der Kommission Mehrheit

Titel

Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung

Abs. 1

Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36 bis 40 von einem Bedürfnis abhängig machen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest.

Äbs. 2

Die Kantone bestimmen die gemäss Absatz 1 zugelassenen Leistungserbringer. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zu diesen Leistungserbringern.

Abs. 3

Die Kantone und Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sind vorher anzuhören.

Minderheit (Rochat, Forster) Ablehnung des Antrages der Mehrheit

Art. 55a

Proposition de la commission

Majorité

Titre

Limitation de l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

Al. 1

Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins d'après les articles 36 à 40. Il fixe les critères correspondants.

Al. 2

Les cantons désignent les fournisseurs de prestations admis d'après l'alinéa 1er. Ils tiennent compte en particulier des possibilités d'accès des patients à ces fournisseurs de prestations.

Al. 3

Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable.

Minorité (Rochat, Forster) Rejeter la proposition de la majorité

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: Je voudrais faire quelques brèves observations au sujet de l'article 55a. J'ai proposé au président de nous limiter aux articles 35, avec le débat entre majorité et minorité, et 46, mais je constate maintenant avec beaucoup de regrets que j'ai sous-estimé l'intelligence des conseillers aux Etats. Je pensais que ce serait trop compliqué, mais cela n'a pas été le cas! Je vous prie en toute humilité de bien youloir excuser cet acte déraisonnable.

Concernant l'article 55a: on a dit tout à l'heure qu'il y avait, aux articles 35 et 46, des réglementations trop rigides. Ce reproche ne peut en tout cas pas valoir pour l'article 55a. En effet, comme Mme Dreifuss, présidente de la Confédération, vient de le dire, on pourra, avec l'article 55a, appliquer cette disposition au cas par cas s'il le faut, en cas d'urgence, ou à un seul canton – du Tessin par exemple, s'il y avait afflux de médecins étrangers venant de l'Italie. C'est l'argument principal de cette disposition, c'est la libre circulation des médecins en Europe. C'est cela qui nous a incités à légiférer.

La majorité de la commission a préféré introduire une clause du besoin restreinte. Restreinte à plusieurs titres: d'une part, restreinte dans la durée de un à trois ans; restreinte aussi sur le plan territorial: elle est applicable à un seul canton, par exemple; et restreinte aussi pour l'action des cantons: en effet, les cantons, tout en appliquant cette disposition, doivent garantir les possibilités d'accès des patients aux fournisseurs de prestations. Avec toutes ces restrictions, la majorité de la commission a estimé qu'une clause du besoin limitée était acceptable, ce d'autant plus que les cantons et les fédérations doivent auparavant être entendues.

Cette clause ne doit pas être discriminatoire à l'égard des étrangers. Elle vaudra donc aussi pour les Suisses, les jeunes médecins suisses qui voudront ouvrir un cabinet. Or, on nous dira: «Vous pénalisez en même temps les jeunes médecins suisses!» Mais s'il y avait afflux de médecins étrangers, il serait de toute façon difficile pour les jeunes médecins

indigènes de s'établir. C'est la raison pour laquelle la situation de l'application de la clause du besoin est encore plus profitable, plus favorable aux jeunes médecins suisses que s'il y avait afflux, et afflux excessif, de médecins étrangers. C'est la raison pour laquelle la commission, par 5 voix contre 4, vous propose d'accepter ce nouvel article 55a: la clause du besoin exerce aussi un effet préventif.

Rochat Eric (L, VD): Les difficultés financières de l'assurance-maladie ne doivent quand même pas nous conduire à brader un certain nombre de principes.

On nous propose d'introduire aujourd'hui, pour une durée limitée, je veux bien, une clause du besoin à l'admission de fournisseurs de prestations. Nous devons tout de même nous interroger sur le système de santé que nous voulons pour ce pays. La très grande majorité du Parlement va ratifier la signature des accords bilatéraux, la libre circulation des personnes incluse. Nous devons quand même nous demander si les clauses discriminatoires de l'article 55a sont compatibles avec les accords. J'avoue avoir une certaine crainte que, pour ne pas discriminer les Européens, nous n'en arrivions à discriminer un peu plus les Suisses. L'article 55a resterait de toute façon un article inquiétant, même s'il était proposé en parallèle ce qui est tout de même plus simple, à savoir un numerus clausus à l'entrée des facultés de médecine, qui continue à ne pas faire l'unanimité dans nos cercles.

Eh bien, je dis non à une limitation arbitraire contraire aux engagements que nous allons prendre dans quelques jours face à l'Europe. On peut me reprocher de m'opposer à cette solution, mais je le répète, ce n'est pas vraiment un choix que de choisir entre la solution de l'article 35, qui est le rationnement par les caisses-maladie, et la solution de l'article 55a, qui est le numerus clausus après coup par l'Etat. Il s'agit, dans les deux cas, d'une seule et même procédure: c'est l'économie planifiée qui a fait la preuve, en de multiples endroits, de son caractère inadapté et inefficace.

Je vous recommande de ne pas suivre la courte majorité de votre commission.

Brunner Christiane (S, GE): La proposition que la majorité fait à l'article 55a est, dans le fond, la troisième voie que nous avions choisie et approuvée en commission, par rapport au fait de ne pas suivre la décision du Conseil national à l'article 46.

On ne peut pas dire qu'il s'agit là d'une intervention véritablement étatique, dans la mesure où tout d'abord, il doit y avoir la preuve d'un besoin, c'est-à-dire une situation tout à fait exceptionnelle, et d'autre part, où l'alinéa 3 de l'article 55a précise aussi que «les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable». Ça veut dire qu'il doit y avoir une consultation préalable et que ni un canton ni d'ailleurs la Confédération ne pourraient ainsi décider arbitrairement, en tant que mesure étatique, de limiter temporairement l'accès au marché de la santé pour des médecins qui, notamment, viendraient de l'étranger.

Je ne crois pas qu'on discrimine les médecins d'origine suisse dans la mesure où tout cela est, d'une part, potestatif, d'autre part, limité dans le temps. Ce n'est pas la disposition elle-même qui est limitée dans le temps, mais c'est la mesure qui doit être limitée dans le temps. Enfin, cela peut s'avérer quand même aller dans le sens de ce que disait tout à l'heure Mme Simmen. Un de ses arguments pour justifier sa proposition de minorité avait trait à l'éventuel afflux de médecins et de prestataires qui viendraient de l'Union européenne. Peutêtre que, quant à l'articulation de cette disposition, le Conseil national pourra encore y réfléchir dans le cadre de la procédure d'élimination des divergences qui va venir. Mais comme instrument, c'est un instrument qui est limité dans le temps, qui semble adéquat par rapport aux problèmes qui ont été soulevés, notamment dans le débat du Conseil national, et l'on ne peut en tout cas pas prétendre que c'est une intervention étatique disproportionnée.

En ce sens-là, je vous invite à suivre la proposition de la majorité de la commission.



Abstimmung - Vote Für den Antrag der Minderheit Für den Antrag der Mehrheit

21 Stimmen 14 Stimmen

Art. 64 Abs. 6 Bst. d Antrag der Kommission Mehrheit Festhalten Minderheit (Brunner Christiane, Cottier, Delalay) Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 64 al. 6 let. d

Proposition de la commission Majorité Maintenir Minorité (Brunner Christiane, Cottier, Delalay) Adhérer à la décision du Conseil national

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Cet article concerne des mesures de prévention, telles que des vaccins, ou des mesures de dépistage. Pour leur part, les assurés doivent participer aux coûts à raison de 10 pour cent en plus de leur franchise. Cette disposition tend à donner la possibilité d'exempter certaines mesures de prévention de la participation aux

Il y a une proposition de majorité et une de minorité. Mme Brunner développera les arguments de la minorité tout à l'heure.

J'ai cosigné la proposition de minorité pour tenter d'éliminer quelques divergences. Jusqu'à présent en effet, nous nous sommes opposés pratiquement à toutes les divergences créées par le Conseil national. Cette divergence-ci est d'importance mineure, raison pour laquelle j'ai estimé pour ma part que, dans le cadre de la procédure d'élimination des divergences, nous devions avoir la volonté de nous rapprocher de l'autre Conseil et d'éliminer certaines divergences.

Brunner Christiane (S, GE): Je vous prie de vous rallier à la version du Conseil national et du Conseil fédéral et d'accepter que le Conseil fédéral puisse exempter certaines mesures de prévention de la participation aux coûts.

En fait, cette disposition concerne certaines campagnes générales de prévention et vise à leur garantir un maximum de succès. Le Conseil fédéral aurait, la formule est potestative, la possibilité de libérer de la participation aux coûts certaines mesures de prévention, et on pense en toute priorité à la mammographie pour le dépistage du cancer du sein.

Il faut supprimer la franchise pour cet examen médical si l'on veut qu'une grande proportion de la population à risque, soit les femmes à partir d'un certain âge, y ait vraiment recours. Il est clairement établi qu'il y a une relation directe entre l'état de santé des individus et leur statut socioéconomique. En d'autres termes, la santé des personnes économiquement défavorisées est en général moins bonne que celle des personnes plus aisées. On a aussi observé que lorsque les mesures de prévention doivent être payées ou si elles sont soumises à la franchise, les différences dans l'état de santé, selon le statut économique, tendent à s'accentuer. C'est fort compréhensible, dans la mesure où toute facture est d'autant plus lourde que le revenu est faible et que l'on hésite, dès lors, à dépenser de l'argent pour une mesure médicale préventive dont l'utilité n'est pas ressentie comme étant immédiate.

Cependant, l'enjeu est important, car la morbidité due au cancer du sein, par exemple, pourrait être réduite de manière importante si le dépistage se faisait systématiquement sur la population à risque. Bien sûr aussi, cela diminue d'autant les coûts de la santé.

L'opposition à cette disposition provient essentiellement de la crainte qu'elle n'induise une augmentation du volume des prestations. Or, quand on parle de mesures de prévention dans le cadre de l'assurance sociale, seules sont prises en considération une vingtaine de mesures énumérées dans l'ordonnance de 1995 sur les prestations de l'assurance des

soins, et parmi ces mesures, bien évidemment, toutes ne seront pas exemptes de la participation aux coûts. Je rappelle que, selon le Conseil fédéral, même si nous adoptons cette nouvelle disposition, la charge globale pour la prévention, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, demeurera inférieure à 1 pour cent du total des dépenses des assureurs. Pour en rester aux considérations purement économiques, il convient de mettre sur l'autre plateau de la balance les économies qui seront réalisées grâce à des campagnes de prévention efficaces, conduisant au dépistage précoce de certaines affections. Même si ces économies ne peuvent pas encore être chiffrées avec précision, il ne fait pas de doute qu'elles seront plus importantes que le montant global des franchises encaissées. Cela est particulièrement vrai en matière de mammographie et de cancer du sein. Je pense que nous devrions nous laisser guider par des considérations de santé publique et ne pas dresser des obstacles pour empêcher des campagnes de prévention générales, là où elles s'avèrent utiles pour une grande partie de la population. C'est dans ce sens-là qu'au moins sur un point, je vous prie

d'adhérer à la décision du Conseil national.

Dreifuss Ruth, présidente de la Confédération: Le Conseil fédéral soutient la minorité qui soutient le Conseil national qui soutient le Conseil fédéral.

Plaisanterie mise à part, nous pensons qu'il est très important que nous puissions avoir la compétence, dans le cadre de campagnes systématiques visant à inciter des personnes à subir un certain nombre d'examens préventifs qui seront très bien spécifiés par le Conseil fédéral, de leur permettre d'en bénéficier, sans avoir à payer l'intégralité de cet examen. Je tiens à préciser que la participation aux coûts, c'est la franchise plus le dix pour cent. En d'autres termes, un examen, par exemple, de 200 francs va tomber entièrement à la charge de la personne en bonne santé, que l'on désire inviter à un examen permettant de détecter précocement une maladie que l'on pourrait soigner.

Voilà de quoi il s'agit. Nous pensons que la version que nous avons présentée - nous l'avons dit dans le message, je l'ai également redit devant chacune des Chambres, le Conseil fédéral a l'intention de l'appliquer avec beaucoup de retenue - est un instrument dont nous avons besoin pour soutenir les campagnes de prévention. Nous en avons d'autant plus besoin que l'on constate actuellement qu'un certain nombre de services qui les faisaient n'existent plus. Certains services médicaux scolaires, par exemple, ne fonctionnent plus pour la prévention. L'examen à la frontière pour la tuberculose n'est plus effectué. Si nous voulons l'appliquer à l'intérieur du pays à la charge des assurances sociales, il faut que cela puisse être fait sans que l'assuré lui-même doive passer à la caisse.

Voilà la raison pour laquelle nous sommes très heureux que la minorité soutienne la décision du Conseil national.

Abstimmung – Vote Für den Antrag der Mehrheit Für den Antrag der Minderheit

17 Stimmen 14 Stimmen

Art. 87 Abs. 2 Antrag der Kommission

Art. 87 al. 2

Streichen

Proposition de la commission

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: A l'article 87, la commission vous propose de biffer cette disposition. Le Conseil national voulait en effet soumettre les réductions de primes au Tribunal fédéral des assurances. L'Office fédéral de la justice affirme que la disposition adoptée par le Conseil national ne change rien aux compétences.

Il est nécessaire de biffer cette disposition.

Angenommen - Adopté

Art. 99 Abs. 3

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 99 al. 3

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen - Adopté

Art. 105 Abs. 1

Antrag der Kommission Streichen

Art. 105 al. 1

Proposition de la commission

Cottier Anton (C, FR), rapporteur: Nous arrivons à la dernière divergence et nous vous proposons de maintenir la décision de notre Conseil. La divergence concerne la compensation des risques. C'est par 85 voix contre 80 que le Conseil national a décidé de modifier la compensation des risques telle qu'elle figure aujourd'hui déjà dans la loi. En agissant ainsi, le Conseil national a suivi une proposition Gross Jost. La commission, à l'unanimité, vous propose de biffer cette modification de la compensation des risques.

En effet, votre commission a déjà, en première lecture, approfondi la question. Elle a, la première fois déjà, décidé, après avoir entendu les cantons, la FMH, le Concordat des assureurs-maladie suisses, de ne pas modifier la compensation des risques. Dans la situation actuelle, en ce qui concerne la compensation des risques entre les assureurs, les critères sont le nombre de femmes et de personnes âgées. Nous constatons que sur les 532 millions de francs qui font partie de ce pool de compensation des risques, 501 millions sont aujourd'hui déjà engrangés pratiquement par les six grands assureurs. En modifiant cette compensation, on craint d'aggraver encore cette tendance. Les moins grands et les plus petits assureurs craignent alors que, selon la nouvelle version du Conseil national, la part des six grands assureurs serait encore augmentée, ce qui accentuerait la concentration et affaiblirait la concurrence.

Aujourd'hui donc, la compensation des risques est fondée sur ces deux critères: le nombre de femmes et de personnes âgées. On voudrait y ajouter le nombre de jours d'hospitalisation. Or, les femmes et les personnes âgées sont des catégories de personnes qui ont un taux d'hospitalisation plus élevé que d'autres catégories de personnes. On renforce donc encore le critère de l'hospitalisation qui est déjà implicitement compris dans les catégories de femmes et de personnes âgées. La version du Conseil national, à notre avis, comprend aussi un effet pervers. En effet, on pourrait être incité à prolonger simplement la durée d'hospitalisation, pour ne pas tomber dans la catégorie des soins ambulatoires, et à pouvoir bénéficier de cette compensation des risques en augmentant la durée de l'hospitalisation.

C'est la raison pour laquelle la commission vous propose, à l'unanimité, de biffer la disposition adoptée par le Conseil national et de vous en tenir à la loi actuelle.

Angenommen - Adopté

Ziff. II Abs. 2Antrag der Kommission
Streichen

Ch. II al. 2

Proposition de la commission Biffer

Cottler Anton (C, FR), rapporteur: A l'unanimité, votre commission vous propose de biffer cette disposition.

Angenommen – Adopté

Ziff. III Abs. 2
Antrag der Kommission
Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Ch. III al. 2

Proposition de la commission Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Angenommen - Adopté

An den Nationalrat - Au Conseil national

Dritte Sitzung - Deuxième séance

Mittwoch, 8. März 2000 Mercredi, 8 mars 2000

08.35 h

98.058

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision

Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Differenzen - Divergences

Botschaft des Bundesrates 21.09.98 (BBi 1999 793) Message du Conseil fédéral 21.09.98 (FF 1999 727)

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.99

Nationalrat/Conseil national 21 04 99

Nationalrat/Conseil national 22.04.99

Nationalrat/Conseil national 31.05.99

Ständerat/Conseil des Etats 27.09.99

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Nationalrat/Consell national 20.03.00

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 22.03.00

Nationalrat/Conseil national 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 24.03.00

Nationalrat/Conseil national 24.03.00

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung 2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: Es ist schon lange her, seit wir das letzte Mal hier über die Differenzbereinigung in der KVG-Vorlage gesprochen haben, denn die Kommission nahm die Differenzbereinigung nicht auf die leichte Schulter. Sie befasste sich an zwei Sitzungen mit der politisch am meisten Zündstoff bietenden Differenz, die aufgrund der Annahme des Antrages Raggenbass zu Artikel 46 Absatz 2bis entstanden war.

Der Ständerat lehnte zwei Vorschläge betreffend eine Begrenzung der Zulassung der Leistungserbringer und die einseitige Aufhebung des Vertragszwangs ab. Damit hielt er eine Differenz aufrecht, verbunden mit dem Auftrag an den Nationalrat, nach einer Lösung zu suchen.

Die rasche Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist nach Ansicht der Kommission notwendig. Sie ist der einzig richtige Weg, um den vom Gesetz gewollten Wettbewerb bei den Leistungsanbietern und Krankenkassen zu verstärken – dies auch an die Adresse derjenigen, welche noch mit Anträgen geliebäugelt haben. Die Kommission will die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erreichen. Dass diese radikale Umstellung jedoch nicht ohne intensive Abklärungen der Rahmenbedingungen – wie beispielsweise objektive Kriterien, allfällige Rechtswege bei Nichtzulassung oder Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der Krankenkassen in der Grundversicherung – erfolgen kann, davon ist die Kommission ebenfalls überzeugt. Gerade weil uns die rasche Aufhebung des Kontrahierungszwangs unerlässlich erscheint, wollten wir dies nicht durch einen ungenügend abgeklärten Entscheid im Rahmen der Differenzbereinigung gefährden.

Vernunft und die Notwendigkeit der Zielerreichung brachten uns daher zum einstimmigen Entscheid für die Kommissionsmotion (00.3003). Unbestritten bleibt die Tatsache, dass den Kostenträgern rasch wirksamere Mittel in die Hand gegeben werden müssen, um Anbieter zu kontrollieren und allenfalls Leistungen nicht übernehmen zu müssen oder auch Leistungserbringer auszuschliessen. Andererseits haben beide Räte im Rahmen dieser Gesetzesrevision einen Bedürfnisnachweis für Zulassungsbeschränkungen abgelehnt. Die aufgrund der Freizügigkeit auf uns zukommende Zunahme der Leistungsanbieter aus dem Ausland wird aber unweigerlich zu Kostensteigerungen führen. Heute sind rund 2000 ausländische Ärzte in Schweizer Spitälern tätig. Sie alle hätten die Möglichkeit, eine eigene Praxis zu eröffnen und zulasten der Krankenkassen tätig zu werden, genauso wie andere ausländische Ärzte und Leistungsanbieter, welche in der Schweiz dann ihre Dienstleistungen anbieten könnten

Die Erfahrungen im Fürstentum Liechtenstein, welches aufgrund der Freizügigkeit durch eine Gesetzesrevision sofort das Hausarztmodell einführen musste, brachten die Kommissionsmehrheit zum Entscheid, einen neuen Artikel 55a zu beantragen, den wir an dieser Stelle noch erläutern werden. Ob diese Ergänzung durch Artikel 55a im Rahmen einer Differenzbereinigung zulässig ist oder nicht, muss wohl dann der Ständerat als juristisches Gewissen nochmals genauer überprüfen.

Cavalli Franco (S, TI), pour la commission: Au cours de la procédure d'élimination des divergences, votre commission a longuement discuté, surtout du problème de la suppression de l'obligation de contracter, aspect très important de l'assurance-maladie et sur lequel on a beaucoup discuté dernièrement. Nous avons été confrontés à ce problème pendant deux séances, en écoutant à nouveau des experts et surtout en discutant longtemps avec les représentants de l'administration.

La commission est absolument convaincue que, aussi en vue de l'application des accords bilatéraux, mais en général pour pouvoir endiguer l'augmentation des coûts dans le secteur de la santé, il est nécessaire d'arriver bientôt à la suppression de l'obligation de contracter. Il est bien évident que c'est dans l'obligation de contracter que réside une des raisons principales qui pousse à l'augmentation des coûts dans le secteur de la santé. D'autre part, nous avons été convaincus, surtout par l'argumentation du Conseil fédéral et de l'administration, que la solution n'est pas tout à fait simple.

Beaucoup d'entre vous se rappellent sûrement que, pendant la dernière législature, nous avions décidé très rapidement de trouver une solution qui donnait au Conseil fédéral le devoir de fixer les règles sur la base desquelles on aurait pu éliminer rapidement l'obligation de contracter. Le Conseil des Etats n'a pas voulu de la solution adoptée par notre Conseil, par 150 voix contre 3. La clause du besoin n'avait pas obtenu une majorité au Conseil des Etats, c'est-à-dire que le Conseil des États en était resté à la situation actuelle. Votre commission est convaincue que la situation actuelle n'est pas satisfaisante et qu'il faut la modifier. C'est pourquoi nous vous proposons, à l'unanimité, de transmettre une motion de la commission qui demande au Conseil fédéral de résoudre le problème dans les plus brefs délais, c'est-à-dire dans le projet qu'il va devoir nous soumettre concernant le financement des hôpitaux. Ce projet est prévu pour cette année encore.

En attendant, la commission a décidé qu'il n'était pas nécessaire de demander au Conseil fédéral d'arriver très tôt avec une solution définitive, mais qu'il fallait, vu le problème des accords bilatéraux, trouver une solution provisoire qui puisse nous aider à résoudre le problème jusqu'au moment où nous trouverons une solution définitive.

C'est pour ça que la commission propose de donner au Conseil fédéral la possibilité d'introduire, pendant une période précise, une clause du besoin limitée qui puisse nous aider à disposer du temps nécessaire pour arriver à une so-

lution définitive. C'est une construction juridique un peu particulière et il faudra que le Conseil des Etats vérifie si tout cela entre bien dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie, du point de vue juridique. Des points de vue politique et de l'efficacité, par contre, c'est sûrement la meilleure chose qu'on puisse faire à courte échéance.

Art. 42 Abs. 1, 2, 4

Antrag der Kommission

Mehrheit Unverändert

Minderheit I

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Festhalten

Minderheit II

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk) Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 42 al. 1, 2, 4

Proposition de la commission

Majorité Inchangé

Minorité I

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Maintenir Minorité II

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Art. 43 Abs. 5

Antrag der Kommission

Mehrheit

.... fest. Er kann dabei entscheiden, dass der Versicherer der Schuldner der Vergütung ist (System des Tiers payant); in diesem Fall kommt Artikel 42 Absatz 2 nicht zur Anwendung. Minderheit I

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Streichen

Minderheit II

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk) Streichen

Art. 43 al. 5

Proposition de la commission

Majorité

.... la fixe. Il peut, ce faisant, décider que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant); dans ce cas, l'article 42 alinéa 2 n'est pas applicable.

Minorité I

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Biffer

Minorité II

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk) Biffer

Art. 46 Abs. 2bis, 4bis

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4bis

lst der Bundesrat Genehmigungsbehörde, kann er entscheiden, dass der Versicherer der Schuldner der Vergütung ist (System des Tiers payant); in diesem Fall kommt Artikel 42 Absatz 2 nicht zur Anwendung.

Minderheit I

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier) Streichen

Minderheit II

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk) Streichen

Art. 46 al. 2bis. 4bis

Proposition de la commission

Majorité

Al 2his

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4bis

Lorsque le Conseil fédéral est l'autorité d'approbation, il peut décider que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant); dans ce cas, l'article 42 alinéa 2 n'est pas applicable.

Minorité I

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier) Biffer

Minorité II

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk) Biffer

Goll Christine (S, ZH): Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass die Artikel 42, 43 und 46 bei der Beratung zusammengehören. Sie erinnern sich daran, dass Sie sich in der ersten Phase zu einem Systemwechsel vom sogenannten Tiers garant zum Tiers payant durchgerungen haben. Ich möchte Ihnen mit meinem Minderheitsantrag beantragen, an Ihrem ursprünglichen Entscheid festzuhalten.

Der heute existierende Tiers garant ist ein eigentliches Dreiecksverhältnis, indem der Patient oder die Patientin die Rechnung der Krankenkasse schickt, das Geld erhält und dann die Arztrechnung bezahlen soll. Dieses System des Tiers garant birgt jedoch auch sozialpolitischen Zündstoff. Immer wieder entpuppt sich dieses System als eigentliche Armutsfalle für Privathaushalte, die in finanziellen Schwierigkeiten stecken, weil sie zwar die Gelder ihrer Krankenkasse zurückerstattet erhalten, aber die Rechnungen dann nicht unbedingt bezahlen.

Konkret wissen wir mittlerweile auch von den grössten Krankenversicherern, dass sie aufgrund der steigenden Krankenkassenprämien auch zunehmend Inkassoprobleme haben. Das System des Tiers garant war ursprünglich als eine Massnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ge-

dacht; der Patient, die Patientin sollte die Möglichkeit der Kontrolle erhalten. Eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch das System des Tiers garant jedoch entpuppte sich als eine Illusion. Die Patientin, der Patient hat kein Interesse an einem Konflikt mit Arzt oder Ärztin. Aus eigener Erfahrung wissen Sie vielleicht, dass viele medizinische Laien bei einer solchen Kontrollfunktion auch überfordert sind. Beim Systemwechsel vom Tiers garant zum Tiers payant ist es so, dass die Kontrolle durch die Patientin, den Patienten weiterhin möglich wäre; dies ist auch heute bereits der Fall. Wir kennen ja die Möglichkeit der Einführung des Tiers payant auf dem Vertragsweg. Dies gibt es beispielsweise im Bereich der Medikamentenkosten: Die Apotheken schicken den Krankenkassen ihre Rechnungen direkt, diese ihrerseits informieren die Patientinnen bzw. Patienten, damit auch jene - die wissen, welche und wie viele Medikamente sie in Tat und Wahrheit bezogen haben - eine Kontrollfunktion ausüben können. Dies heisst konkret, dass ein eigentliches Dreiecksverhältnis zwischen Leistungserbringer, Krankenkasse und Patient, Patientin auch beim System des Tiers payant weiterhin bestehen bleibt.

98.058 Conseil national 8 mars 2000

Wenn ich Ihnen beantrage, an diesem Systemwechsel, den Sie in der ersten Phase beschlossen haben, festzuhalten, dann hat dies auch damit zu tun, dass er hier der einzige wirkungsvolle Beitrag ist, der bei der zunehmenden Überschuldungssituation vieler Privathaushalte einen Auswegöffnet.

Die Mehrheit – dies sehen Sie auf der Fahne – will dem Bundesrat eine Kompetenz einräumen. Dies bedeutet, dass nach dem Antrag der Mehrheit der Bundesrat als neue Instanz bei der Vereinbarung von Tarifstrukturen und bei Genehmigung des Tarifvertrags beispielsweise eingreifen und bestimmen könnte, dass ein Wechsel vom Tiers garant zum Tiers payant vorzunehmen sei. Dies heisst aber ganz klar, dass diese Kompetenznorm für den Bundesrat nur in Einzelfällen spielen würde.

Auch angesichts der Tatsache, dass die Lösung der Mehrheit eher mutlos ist, möchte ich Sie deshalb bitten, an Ihrem ursprünglichen Entscheid festzuhalten. Der Systemwechsel vom Tiers garant zum Tiers payant ist einerseits sinnvoll, weil sich Kontrollmöglichkeiten für die Krankenkassen neu ergeben; weiterhin aber gibt es solche für Patientinnen und Patienten. Damit leistet man einen viel effektiveren Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Diesen Systemwechsel beantrage ich Ihnen zur Hauptsache vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des neuen Tarmed, der gesamtschweizerisch einheitlichen Arzttarifstruktur. Diese kann nur im System des Tiers payant funktionieren.

Meyer Thérèse (C, FR): Je vais traiter ensemble les articles 42 alinéas 1er, 2 et 3 et 43 alinéa 5 et 46 alinéa 4bis parce qu'ils sont liés. Avec une grande minorité de la commission, 10 voix contre 11, je vous demande de vous rallier à la décision du Conseil des Etats, c'est-à-dire de maintenir le système du tiers garant en vigueur actuellement, avec un tiers payant possible, négociable par convention. Tout ceci est en conformité avec le projet du Conseil fédéral.

En avril 1999, notre Conseil a décidé, à une courte majorité, de passer au système du tiers payant obligatoire. Je suis partisane du tiers garant pour les raisons suivantes. L'assuré est débiteur, il reçoit la facture, il est le premier à la contrôler, il paie le fournisseur de soins, puis se fait rembourser par la caisse-maladie sous déduction de la franchise et de la quote-part de 10 pour cent. L'assuré a la contrainte du paiement, et le fournisseur de soins assume le risque du contentieux; les deux partenaires sont responsabilisés.

Dans le système du tiers payant, la caisse-maladie est débitrice de la facture et supporte le contentieux, l'assuré et le fournisseur de soins sont déresponsabilisés. Les frais supplémentaires attribués au tiers payant ont été évalués à raison de 400 millions de francs par la Conférence des assureurs-maladie et accidents qui regroupe vingt-et-une caisses d'assurance de notre pays, selon un document écrit d'août 1999. Toutes les factures, même celles qui ne donnent lieu à aucun remboursement, à cause de la franchise par exemple, devraient être traitées obligatoirement.

Le traitement du contentieux et, surtout, les impayés seraient à la charge des caisses-maladie, ce qui augmenterait les primes.

Le tiers garant fonctionne avec les 90 à 95 pour cent des patients, sans problèmes. Pour les 5 à 10 pour cent restants, les assureurs, les fournisseurs de prestations, aidés quelquefois par les services sociaux, peuvent convenir de solutions de payement appropriées. Il est disproportionné de changer tout un système pour un petit nombre de cas problématiques que l'on peut aider d'une autre manière.

Il faut bien entendu laisser la possibilité de négocier un tiers payant, ce qui permet à deux partenaires, les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations, de fixer des conditions et de s'y tenir. La possibilité est utilisée par les hôpitaux et les pharmaciens, par exemple, à satisfaction. Les conventions sont parfois difficiles à signer et on s'y tient, mais quand un accouchement est difficile, on fait plus attention à son enfant.

La minorité II vous demande donc de rejeter la proposition de la majorité de la commission à l'article 43 alinéa 5 et à l'article 46 alinéa 4bis, qui donne au Conseil fédéral le pouvoir d'introduire le tiers payant obligatoire pour les prestations remboursées selon le Tarmed. Ceci équivaudrait presque à un tiers payant obligatoire généralisé, puisque les prestations ambulatoires sont soumises dans leur immense majorité au Tarmed. Les inconvénients de coûts supplémentaires évoqués plus haut, de l'ordre de 400 millions de francs, seraient effectifs.

L'échange électronique de données et l'établissement rapide de statistiques sont aussi possibles avec le tiers garant, avec un code-barres sur les factures, par exemple. Des concepts sont prêts.

La minorité II vous demande donc de biffer les adjonctions à l'article 43 alinéa 5 et à l'article 46 alinéa 4bis.

Widrig Hans Werner (C, SG): Bei Artikel 42 besteht kein Sachzwang, die heutige Lösung aufzugeben, wonach der Patient die Rechnung als erster erhält. Zum einen schon wegen der Problematik des Datenschutzes – das ist nicht erwähnt worden. Dann hat ein Wechsel zum Tiers payant bei den Kassen zur Folge, dass bei Versicherungswechseln sicher mehr Papierkrieg entsteht. Die heutige Lösung funktioniert zu 95 Prozent gut, und für die 5 Prozent, bei denen Schwierigkeiten entstehen, kann man sicher sachgerechte Lösungen vereinbaren.

Noch ein Grund: Der Patient soll wissen, was eine Behandlung kostet, wenn wir schon von Kostenbewusstsein sprechen.

Im Namen der CVP-Fraktion bitte ich Sie deshalb, dem Minderheitsantrag II (Meyer Thérèse) zu den Artikeln 42, 43 und 46 zu folgen – diese bilden ja eine Einheit – und damit auch die Differenz zum Ständerat auszuräumen. Wir sind schliesslich in einem Differenzbereinigungsverfahren.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir la proposition de minorité ! (Goll) et à introduire dans la loi sur l'assurance-maladie le système du tiers payant, et ceci dans l'intérêt du patient.

Pour bien comprendre les raisons de notre attachement au système du tiers payant, il convient de se pencher sur les caractéristiques du tiers garant, qui est donc le système le plus répandu à l'heure actuelle, et sur ses conséquences dans la vie et l'attitude du patient.

Le système du tiers garant est censé, aux yeux de ses partisans, favoriser la prise de conscience et la responsabilisation du patient face à sa consommation médicale. Ces affirmations ne sont toutefois pas confirmées par des évaluations portant sur des faits, et l'on ne peut que constater que le système du tiers garant n'a en tout cas pas empêché la croissance des coûts de la santé à laquelle nous avons assisté ces dernières années. Peut-être est-ce parce que le patient n'est pas vraiment autonome, ni responsable des prescriptions de son médecin, ni capable de contrôler l'exactitude de sa facture. Peut-être est-ce parce que la mauvaise conscience qu'il est amené à ressentir face à une facture médicale élevée ne le rend pas moins malade. En effet, de deux choses l'une: ou bien le patient est réellement malade et nécessite des soins de divers prestataires, auquel cas il ne sert à rien de lui donner mauvaise conscience; ou bien le patient n'a pas vraiment besoin, objectivement parlant, de consulter, et alors s'il le fait, c'est qu'il en éprouve le besoin subjectif, tiers payant ou tiers garant, et qu'il le fera tant qu'il n'aura pas trouvé de réponse à ce besoin. Peut-être est-ce aussi, et ce serait le plus grave, parce que le patient renonce à se rendre chez le médecin aux premiers symptômes, responsabilisé qu'il est face aux coûts de la santé ou encore parce qu'il ne peut se permettre d'avancer le versement du montant de la facture. Aussi, quand, sa maladie s'aggravant, il finit par consulter, il est alors fort tard et un traitement vraiment coûteux doit être entrepris.

Bref, sans donner dans l'alarmisme, tous les cas de figure sont envisageables.



Ce qui est certain, c'est que nous ne voulons pas que la santé soit une question d'argent, que les personnes aisées puissent se rendre chez le médecin sans réfléchir et que celles qui sont défavorisées doivent y regarder à deux fois pour des questions financières. Nous ne voulons pas que les patients soient pris en tenaille en cas de désaccord entre prestataires de soins et assurances-maladie et deviennent ainsi les otages des uns ou des autres, comme cela s'est récemment produit à Genève et dans le canton de Vaud, quand pharmacies et assurances-maladie faisaient dépendre de leur accord tarifaire le maintien du système du tiers payant, créant une grande insécurité parmi toute la population.

Pour éviter ce genre de choses, c'est bien le tiers payant qui doit être la norme, et ce d'autant plus qu'avec la prochaine introduction de Tarmed, il est tout à fait probable que toute la médecine ambulatoire sera soumise à ce système et qu'il n'existera plus que quelques prestataires de soins à pouvoir jouer avec cet instrument.

En tant que sage-femme indépendante, je pratique depuis plusieurs années le système du tiers payant, qui a été conclu, il est vrai, par convention avec les assurances, et je peux vous dire que ce système ne déresponsabilise pas mes clientes ou patientes et qu'il leur a permis, au moment de difficiles négociations avec les assurances, de ne pas subir les conséquences des désaccords entre prestataires de soins et assurances.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à maintenir votre prise de position initiale et à soutenir la proposition de minorité l (Goll)

Guisan Yves (R, VD): Contrairement à ce que la préopinante et la minorité I prétendent, le passage de principe au système généralisé du tiers payant ne permettra ni un meilleur contrôle des factures, ni une économie des coûts de la santé.

La loi exige, à l'alinéa 3 de ce même article 42, que le fournisseur de prestations rédige sa note d'honoraires de manière compréhensible et fournisse toute explication complémentaire nécessaire à l'assuré pour qu'il puisse en vérifier le caractère économique. Or, qui est mieux à même de juger du traîtement qu'il a reçu que le malade lui-même?

Comment une caisse-maladie peut-elle estimer qu'un supplément de temps porté en compte est justifié ou non? Son appréciation ne peut se baser que sur des données statistiques globales démontrant qu'un praticien ou un groupe de praticiens ou de spécialistes s'écarte de la moyenne, comme cela se pratique en partie déjà, et comme l'envisage de manière beaucoup plus pointue la commission paritaire de contrôle mise en place par le nouveau tarif Tarmed, pour autant que celui-ci puisse être mis rapidement en vigueur.

De toute manière, les caisses-maladie sont amenées à vérifier aussi les honoraires facturés selon le système du tiers garant. A la place d'une seule vérification, il y en a donc en fait deux, celle de l'assuré-patient et celle de la caisse. Comment mieux responsabiliser les assurés, a fortiori lorsque leur intervention auprès de leur médecin ou autre professionnel de la santé met directement en cause une relation de confiance qui doit prévaloir et est si essentielle en médecine? Ceci ne sera jamais le cas si la caisse seule intervient. Au contraire, cela permettra au médecin et au malade de se liguer contre la méchante caisse qui ne veut pas prendre en charge une prestation considérée par l'un et par l'autre comme légitime, a fortiori lorsque la crédibilité cette fois-ci en cause est déjà passablement ébranlée par une publicité parfois tapageuse, des désengagements impromptus dans certains cantons, ou des modifications de contrats d'assurances complémentaires qui donnaient une prime à la fidé-

Tarmed n'exige en aucun cas le tiers payant pour permettre la facturation électronique. Tout cela n'est que fabulation. Il y a des moyens techniques simples pour résoudre ce problème qui ne constitue en aucun cas un argument sérieux, les assureurs le savent bien.

Non seulement la vérification des factures ne sera de facto pas meilleure avec le tiers payant, mais certainement moins bonne, puisque seul l'aspect statistique de la note d'honoraires sera pris en compte, sans prendre en considération le vécu de l'assuré; mais encore, il va en résulter des coûts supplémentaires non négligeables.

Actuellement, le contentieux est pris en charge par le fournisseur de prestations. Il est beaucoup plus important qu'on l'imagine, et de très nombreux confrères seraient enchantés de passer systématiquement au tiers payant, qui n'est actuellement réservé qu'aux hôpitaux pour des raisons évidentes, et à des cas sociaux particuliers.

Entre ce contentieux et les factures qui ne sont jamais transmises aux caisses-maladie, que ce soit de manière délibérée ou par négligence, le renchérissement peut être estimé à quelque 12 pour cent et va se répercuter sur l'ensemble des primes de base.

Enfin, le tiers payant change complètement la philosophie du système. L'assuré-patient n'est plus du tout encouragé à assumer ses responsabilités, puisque de toute façon «l'assurance paie». Il va en résulter un encouragement manifeste à la consommation, que par ailleurs on déplore et que l'on tente de combattre. A cela s'ajoute encore la récente communication du Conseil fédéral en matière de franchise que l'écrasante majorité de la population n'a pas comprise. Le bilan des courses, c'est que les grandes franchises ne sont plus intéressantes, alors prenons-en de petites et consommons: l'assurance n'a qu'à! La répartition financière solidaire est un fait, mais la responsabilité solidaire, elle, est très limitée. Supprimer le tiers payant de principe serait s'attaquer à l'un de ses derniers remparts.

Pour toutes ces raisons – contrôle des coûts probablement moins efficaces, contentieux à la charge des caisses, déresponsabilisation et désolidarisation accrues – il y a lieu absolument de maintenir le tiers garant comme relation financière de principe entre les assurés et les fournisseurs de prestations.

Je vous demande donc de soutenir la proposition de minorité II (Meyer Thérèse), ce qui aura de plus le mérite d'éliminer la divergence.

Präsident (Seiler Hanspeter, Präsident): Die grüne Fraktion teilt mit, dass sie die Minderheit I unterstützt.

Borer Roland (V, SO): Die SVP-Fraktion wird in den Artikeln 42 bis 46 einstimmig die Minderheit II (Meyer Thérèse) unterstützen. Ich möchte Ihnen das begründen:

Ich war in der Kommission am Anfang eigentlich auch der Meinung, dass das System des Tiers payant gewisse Vorteile hätte. Es ist nicht wegzudiskutieren - da gebe ich der Minderheit I (Goll) Recht -, dass es Fälle gibt, wo Gelder, die eigentlich dazu da sind, den Leistungserbringer zu bezahlen, für andere Zwecke verwendet werden, sei es aus einer Notlage heraus, sei es sonst aus einer persönlichen Befindlichkeit heraus. Wenn man sich jedoch vertieft mit der Problematik befasst, kommt man zum Schluss - das kann anhand von klaren Zahlen bewiesen werden -, dass diese Fälle Einzelfälle sind. Es ist unserer Ansicht nach nicht richtig, dass man jetzt aufgrund von einzelnen Vorkommnissen - obwohl diese wirklich auch passieren - die gesetzlichen Grundlagen und somit auch ein Entschädigungssystem, das sich im Grossen und Ganzen bewährt hat, ändert. Dies ist der Grund, weshalb wir am bisherigen System des Tiers garant festhalten möchten.

Von den Vorrednern wurden schon viele andere Gründe erwähnt; gestatten Sie mir, noch einen zusätzlichen Grund anzuführen: Wenn beide Partner – Versicherer und Leistungserbringer – dies wollen, können wir ja das System des Tiers payant in verschiedensten Bereichen anwenden. Das ist nicht verboten, auch mit der gesetzlichen Grundlage nicht, wie sie jetzt wahrscheinlich eine Mehrheit finden wird. Genau diese Möglichkeit, freiwillig in Absprache mit den zwei Partnern das System des Tiers payant anwenden zu können, ist auch ein Wettbewerbsfaktor, der zu verbesserten Preis-Leistungs-Verhältnissen führen kann.

Aus all diesen vorgenannten Gründen bitten wir Sie, den Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse) zu unterstützen.



98.058 Conseil national 8 mars 2000

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: In Artikel 43 beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit – mit 11 zu 10 Stimmen; das ist nicht gerade eine überzeugende Mehrheit –, einem neuen bundesrätlichen Antrag zuzustimmen. Dieser überträgt dem Bundesrat die Kompetenz, in Fällen, in denen eine gesamtschweizerisch vereinbarte Tarifstruktur vorhanden ist, auch bei den Anwendungsfällen von Artikel 42 Absatz 2 – also dort, wo Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben und grundsätzlich das System des Tiers garant gelten sollte –, das System des Tiers payant zu beschliessen. Nur im vertragslosen Zustand soll nach dem Antrag des Bundesrates und der Kommissionsmehrheit noch das Prinzip des Tiers garant gelten, weil hier die Modalitäten der Zahlung als Verhandlungsspielraum eine wichtige Rolle spielen.

Die hauptsächliche Begründung des neuen bundesrätlichen Antrages liegt in der Einführung des Grat-Tarifes (Gesamtrevision Arzttarif), der Transparenz und schnelle Kontrollen verlangt. Diese sind nach Meinung des Departementes mit dem Prinzip des Tiers payant eher gewährleistet. Dass beide Systeme Vor- und Nachteile haben, haben Sie in der ersten Diskussion und auch heute wieder gehört. Beide Seiten berufen sich auf dieselben Vor- und Nachteile.

Der Ständerat hielt an der heutigen gesetzlichen Regelung ganz klar fest. Diese entspricht dem Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse). In einer ersten Abstimmung wurde in der Kommission ein Antrag Goll auf Festhalten am ersten Entscheid des Nationalrates – Tiers payant als generelles Prinzip – dem neuen Antrag des Bundesrates gegenübergestellt und mit 11 zu 8 Stimmen abgelehnt. In einer zweiten Abstimmung wurde mit 11 zu 10 Stimmen entschieden, den neuen bundesrätlichen Antrag zu unterstützen und die Version des Ständerates und der jetzigen Minderheit II abzulehnen

Persönlich bin ich der Meinung, dass die Vorteile der heutigen Lösung überwiegen. Das Sparpotenzial ist nachgewiesen, und ich unterstütze den Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse).

Cavalii Franco (S, TI), pour la commission: Je ne veux pas trop prolonger la discussion, vu que tous les arguments ont déjà été présentés d'une façon optimale, dirais-je. Pour clarifier la situation procédurale, je rappelle que notre Conseil avait accepté le système du tiers payant parce que, vu l'introduction des nouveaux tarifs, vu surtout les progrès de l'électronique, la majorité de ce conseil avait pensé que ce serait plus facile d'arriver à un contrôle des factures, et surtout à une maîtrise de l'augmentation des coûts, les caissesmaladie ayant la possibilité de tout contrôler. Mais ceci n'est possible que si ce sont elles qui paient directement. C'était l'argumentation principale.

Le Conseil des Etats n'a pas voulu suivre cette argumentation, ayant peut-être moins confiance que nous dans les progrès rapides de l'électronique. A ce moment-là, le Conseil fédéral a présenté une nouvelle solution, celle que vous trouvez ici comme proposition de majorité. Elle peut être considérée comme une solution de compromis dans le sens que, surtout en vue de l'introduction du nouveau système des tarifs médicaux, le Tarmed, le Conseil fédéral se donne la compétence, lorsqu'il sera l'autorité d'approbation, de décider, suivant la situation, de passer au système du tiers payant.

Lors du premier vote en commission, on avait opposé la solution du Conseil fédéral à la proposition de minorité I (Goil) avec un résultat de 11 voix contre 8 en faveur de la solution du Conseil fédéral. Dans un second vote, on avait opposé la proposition de la majorité – la nouvelle version du Conseil fédéral – à celle de la minorité II (Meyer Thérèse) avec un résultat de 11 voix contre 10.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: Nous nous trouvons à la fin des délibérations entre les deux Chambres et il convient de trouver un compromis.

Le Conseil fédéral s'oppose très clairement à la proposition de minorité I (Goll), parce qu'il y a une erreur de logique. La négociation doit primer. Cette solution, finalement plus agréable pour tout le monde, en particulier pour les prestataires de services, mais aussi pour les assurés, doit être le résultat de la négociation, doit permettre de dire que les relations entre les partenaires sont suffisamment bonnes pour que le traitement des factures puisse se faire directement.

Il est clair que si on pose au départ les conventions comme mode de régulation, il faut garder également la possibilité de négocier sur le mode de paiement, de garder comme base le principe du tiers garant et de permettre d'instituer le tiers payant par la négociation.

Le Conseil fédéral est pourtant bien conscient d'un certain nombre de problèmes de nature différente qui peuvent se poser: les personnes qui, dans des situations extrêmement précaires, reçoivent le remboursement de la caisse-maladie et ne paient pas le prestataire de soins, parce qu'elles n'en ont pas les moyens, parce qu'elles sont vraiment étranglées par les difficultés quotidiennes. Il s'ensuit des difficultés pour les prestataires de soins, etc. Le raisonnement et le but social, nous les suivons bien, mais la méthode ne nous paraît pas la bonne.

La solution de compromis que nous avons trouvée permettrait peut-être de trouver un accord. Elle part du système actuel, et elle tient compte d'un certain nombre de besoins dans l'application de tarifs, en particulier de tarifs nationaux très complexes. Nous devons surveiller la neutralité des coûts et pouvoir réagir rapidement pour corriger, que ce soit en faveur des prestataires ou que ce soit en faveur des assureurs, des erreurs qui pourraient avoir été faites sur la valeur du point ou dans la structure tarifaire. J'aimerais vous rappeler la complexité de l'oeuvre, le Tarmed, à laquelle travaillent les négociateurs depuis 13 ans.

De plus, dans la mesure où les pharmaciens ne seraient plus payés seulement en fonction du prix du médicament, mais deviendront ce que vous avez décidé, des prestataires de services qui ont le droit de facturer des conseils, à ce moment-là, on devrait aussi avoir la possibilité du tiers payant, de façon à ce que les assureurs puissent contrôler si la prestation a été fournie.

Ce contrôle n'est pas à la portée du patient. Nous pensons que c'est un compromis qu'il vaut la peine de tenter en disant que dans certaines circonstances, en particulier pendant des phases d'introduction de tarifs complexes, le tiers payant peut être décrété, ou subsidiairement lorsqu'un accord n'a pas pu être trouvé entre les partenaires et que l'autorité fédérale peut l'imposer. Cela nous paraît, dans ce cas, plus facile à réaliser avec les partenaires lorsque la convention est d'une très grande complexité et nécessite, administrativement, ce système du tiers payant. Dans ce sens, c'est une tentative de compromis que nous faisons.

Si je considère les discussions qui ont eu lieu au Conseil des Etats et celles qui ont eu lieu ici, je donne peu de chances, pragmatiquement, à la proposition de minorité I (Goll), au regard des rapports de voix entre le Conseil national et le Conseil des Etats. Si nous vous demandons également de rejeter la proposition de minorité II (Meyer Thérèse), c'est pour donner une chance à ce compromis. Il restera toujours la possibilitéd'y revenir dans la mise au point définitive du texte.

A ce stade, très clairement, le Conseil fédéral vous recommande d'adopter la proposition de la majorité de la commission

Abstimmung - Vote

Eventuell – A titre préliminaire (namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 98.058/232) Für den Antrag der Minderheit II 107 Stimmen Für den Antrag der Minderheit I 56 Stimmen

Definitiv – Définitivement (namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 98.058/233) Für den Antrag der Minderheit II 101 Stimmen Für den Antrag der Mehrheit 66 Stimmen





NATIONAL RAT

Ref. 0232

CONSEIL NATIONAL

Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

Procès-verbal de vote

Geschäft:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Objet:

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Gegenstand:

Art. 421"Art. 43, Abs. 51"Art. 46, Abs. 4bis

Objet du vote:

Abstimmung vom / Vote du: 08.03.2000 09:22:42

Aeppli Wartmann	+	s	ZH	Fehr Hans	=	٧	ZH
Aeschbacher	+	Ü	ZH	Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Antille	=		VS	Fehr Jacqueline	+		ZH
Baader Caspar	=		BL	Fehr Lisbeth	=		ZH
Bader Elvira	=		so	Fehr Mario	+		
Banga	+	s	so	Fetz	+		BS
Bangerter	=		BE	Fischer-Seengen	*		AG
Baumann Alexander	-	V	TG	Föhn	=	Ÿ	SZ
Baumann Ruedi	+		BE	Freund	=		AR
Baumann Stephanie	+		BE	Frey Claude	*		NE
Beck	=	L	VD	Frey Walter	*		ZH
Berberat	=		NE	Gadient	-	v	GR
	+		GE	Galli	-		BE
Bernasconi	<u> </u>		GR		1		NE
Bezzola	=			Garbani	+		
Bigger	=	٧	SG	Gendotti	<u> </u>	R	1
Bignasca	<u> </u>	-	TI	Genner	+		ZH
Binder	=	۷	ZH ZH	Giezendanner	=		AG
Blocher	*	٧	ZH	Glasson	=		FR
Borer	=	٧	SO ZH	Glur	<u> =</u>		AG
Bortoluzzi	=		ZH	Goll	+	S	ZH
Bosshard	=	R	ZH	Gonseth	=		BL
Brunner Toni	*		SG	Grobet	+		GE
Bugnon	=	٧	VD	Gross Andreas	*		
Bühlmann	+	G	LU	Gross Jost	+		TG
Bührer	=	R	SH	Guisan	=		۷D
Cavaili	+	S	TI	Günter	=	S	BE
Chappuis	+	S	FR	Gutzwiller	=	R	Ż
Chevrier	=		VS	Gysin Hans Rudolf	=	R	BL
Chiffelle	+	S	VD	Gysin Remo	+	S	BS
Christen	=	R	VD	Haering Binder	+	S	ZH
Cina	*	С	vs	Haller	=	٧	BE
Cuche	*	G	NE	Hämmerle	+	S	GR
de Dardel	*		GE	Hassler	=	٧	GR
Decurtins	=	С	GR	Heberlein	=	R	ZH
Dormann Rosemarie	=	С	LU	Hegetschweiler	1=	R	ZH
Dormond Marlyse	=		۷D	Heim	=	С	SO
Dunant	=		BS	Hess Berhard	*	-	BE
Dupraz	╘		GE	Hess Peter	╘	С	ZG
Durrer	*	c	w	Hess Walter	*		SG
Eberhard	=	č	SZ	Hofmann Urs	+		AG
Egerszegi	=		AG	Hollenstein	+		SG
Eggly	=	L	GE	Hubmann	+		ZH
Ehrler	=		ĀĞ	Imhof	Ė		BL
Engelberger	=	R	W	Janiak	+		BL
Estermann	=		LU	Joder	=	v	BE
Eymann	=		BS	Jossen	+		vs
Fasel	=		FR	Jutzet	+		FR
Fässler	+		SG	Kaufmann	=		ZH
Fattebert	-		VD	Keller Robert	=		ZH
	=		VD VD	Koch	=		ZΗ
Favre	ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	п	VU	NUCH	L	ာ	4.

Kofmel	=	R	SO
Kunz	=	٧	LU
Kurrus	=	R	BL
Lachat	=	С	IU
Lalive d'Epinay	=	R	SZ
Laubacher	Ξ	٧	LÜ
Lauper	=	С	FR
Leu	=	С	LÜ
Leutenegger Hajo	=	R	ZG
Leutenegger Susann	e+	S	BL
Leuthard	11	С	AG
Loepfe	=	С	ΑI
Lustenberger	=	С	LU
Maillard	+	S	۷D
Maitre	=	С	GE
Mariétan	=	С	vs
Marti Werner	+	S	GL
Maspoli	*	_	TI
Mathys	=	٧	AG
Maurer	*	٧	ZΗ
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schatz	=	С	SG
Ménétrey Savary	+	G	۷D
Messmer	=	R	TG
Meyer Thérèse	=	С	FR
Mörgeli	*	٧	ZH
Mugny	+	G	GE
Müller Erich	=	R	ZH
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Nabholz	=	R	ZH
Neirynck	=	O	۷D
Oehrli	=	٧	BE
Pedrina	+	S	TI
Pelli	=	R	TI
Pfister Theophil	=	٧	SG
Polla	=	L	GE
Raggenbass	=	C	TG
Randegger	=	R	BS
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	*	S	BS
Rennwald	+	S	ΙU
Riklin	=	ပ	ZH
Robbiani	0	C	TI
Rossini	+	S	vs
Ruey	=	L	۷D
Sandoz Marcel	=	R	۷D
Schenk	=	٧	BE
Scherer Marcel	=	٧	ZG
Scheurer Rémy	*	L	NE
Schlüer	=	٧	ZH
absent / assente			

Schmid Odilo	0	C	vs
Schmied Walter	=	V	BE
Schneider	<u> </u>	R	BE
Schwaab	=	S	띪
	+	_	BE
Seiler Hanspeter	#	V	AG
Siegrist	=		
Simoneschi-Cortesi	=	O	TI
Sommaruga	0	S	BE
Speck	-	<u>v</u>	AG GE
Spielmann			-
Spuhler	=	V	ŢĢ
Stahl	_	V	共
Stamm Luzi	=	R	AG
Steinegger	<u> </u>	R	UR
Steiner	=	R	+
Strahm	+	S	BE
Studer Heiner	+	U	AG
Stump	+	S	AG
Suter	=	R	BE
Teuscher	+	G	BE
Thanei	+	S	
Theiler	=	R	LU
Tilimanns	+	S	۷D
Triponez	=	R	BE
Tschäppät	+	S	BE
Tschuppert	*	R	LU
Vallender	ш	R	AR
Vaudroz Jean-Claud	e *	C	GE
Vaudroz René	=	R	۷D
Vermot	+	S	BE
Vollmer	+	S	ΒE
Waber Christian		U	BE
Walker Félix	=	С	SG
Walter Hansjörg	11	٧	TG
Wandfluh	=	٧	BE
Wasserfallen	*	R	BE
Weigelt	=	R	SG
Weyeneth	=	٧	ΒE
Widmer	+	S	LU
Widrig	=	С	SG
Wiederkehr	*	U	ZH
Wittenwiler	=	R	SG
Wyss Ursula	+	S	BE
Zäch	=	C	AG
Zanetti	+	Š	SO
Zapfi	÷	c	ZH
Zbinden	+	S	AG
Zisyadis	+	-	VD
Zuppiger	-	٧	ZH
Zwygart	*	Ů	BE
/8	L	-	

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

Ergebnisse / Résultats:

Gesamt / Complète / Tutto	7
ja / oui / si	56
nein / non / no	107
enth. / abst. / ast.	3
entschuldigt / excusé / scusato	33

Fraktion / Groupe / Gruppo	С	D	F	G	L	R	S	U	٧	-
ja / oui / sì	0	0	0	8	0	0	45	2	0	1
nein / non / no	27	0	0	1	5	36	2	0	36	0
enth. / abst. / ast.	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
entschuldigt / excusé / scusato	6	0	0	1	1	7	4	3	7	4

Identif: 46.1 /08.03.2000 09:22:42

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Minderheit! (Goll)

Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit II (Meyer Therese)

Ref.: (Erfassung) Nr:0232



NATIONAL RAT

Ref. 0233

CONSEIL NATIONAL

Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

Procès-verbal de vote

Geschäft:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Objet:

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Gegenstand:

Art. 421"Art. 43, Abs. 51"Art. 46, Abs. 4bis

Objet du vote:

Abstimmung vom / Vote du: 08.03.2000 09:23:56

Aeppli Wartmann	+	S	ZH	Fehr Hans	=	٧	ZH
Aeschbacher	+	Ū	ZH	Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Antille	=		vs	Fehr Jacqueline	+		ZH
Baader Caspar	=		BL	Fehr Lisbeth	=		ZH
Bader Elvira	=		SO	Fehr Mario	+		ZH
Banga	+		so	Fetz	+		BS
Bangerter	=		BE	Fischer-Seengen	*		AG
Baumann Alexander	*	٧	TG	Föhn	=	V	SZ
Baumann Ruedi	+	G	BE	Freund	=	V	AR
Baumann Stephanie	+	S	BE	Frey Claude	*		NE
Beck	=	Ĺ	۷D	Frey Walter	*	٧	ZH
Berberat	+		NE	Gadient	=	٧	GR
Bernasconi	*	R	GE	Galli	*	С	BE
Bezzola	=		GR	Garbani	+	S	NE
Bigger	=	V	SG	Gendotti	=	R	TI
Bignasca	*	-	TI	Genner	+		ZH
Binder	=	V	ZΗ	Giezendanner	=	٧	AG
Blocher	*		ZH	Glasson	=	R	FR
Borer	=	٧	SO	Glur	=		AG
Bortoluzzi	=		ZΗ	Goll	+		ZH
Bosshard	=		ZH	Gonseth	+	G	BL
Brunner Toni	*	٧	SG	Grobet	+_		GE
Bugnon	=	٧	VD	Gross Andreas	*		ZH
Bühlmann	+		LU	Gross Jost	+		TG
Bührer	=		SH	Guisan	=		VD
Cavalli	+		TI	Günter	=	S	BE
Chappuis	+	S	FR	Gutzwiller	=	R	ZΗ
Chevrier	=		vs	Gysin Hans Rudolf	=		BL
Chiffelle	+		VD	Gysin Remo	+		BS
Christen	=		VD	Haering Binder	+		ZΗ
Cina	*	С	٧S	Haller	=		BE
Cuche	*		NE	Hämmerle	+		GR
de Dardel	*		GE	Hassler	=		GR
Decurtins	=		GR	Heberlein	=	_	ZH
Dormann Rosemarie	=	С	LU	Hegetschweiler	=		ZH
Dormond Marlyse	+		VD	Heim	=		SO
Dunant	=		BS	Hess Berhard	*		BE
Dupraz	=		GΕ	Hess Peter	=		ZG
Durrer	*	C	W	Hess Walter	*		SG
Eberhard	=	С	SZ	Hofmann Urs	+		AG
Egerszegi	=		AG	Hollenstein	+	G	SG
Eggly	+	L	GE	Hubmann	+		ZΗ
Ehrler	=		AG	Imhof	=		BL
Engelberger	=	R	W	Janiak	+		BL
Estermann	=		LU	Joder	Ξ		BE
Eymann	+	L	BS	Jossen	+		٧S
Fasel	+		FR	Jutzet	+		FR
Fässler	+		SG	Kaufmann	=		ZH
Fattebert	=		VD	Keller Robert	=		ZH
Favre	=	R	VD	Koch	*	S	ZΗ

Kofmel	=	R	SC
Kunz	=	٧	LL
Kurrus	=	R	BL
Lachat	=	С	
Lalive d'Epinay	1=	R	_
Laubacher	=	v	LL
Lauper	=	Ċ	FF
Leu	1=	C	LL
Leutenegger Hajo	+=	R	
Leutenegger Susani	ne+	s	BL
Leuthard	=	Č	ΑG
Loepfe	=	Č	Al
Lustenberger	+=	č	LÜ
Maillard	+	s	VE
Maitre	=	C	
Mariétan	=	c	VS
Marti Werner	+	s	GL
Maspoli	*	3	TI
	+	-	
Mathys	=	٧	
Maurer	+	۷	ZH
Maury Pasquier	+	S	GE
Meier-Schatz	=	C	SG
Ménétrey Savary	+		VE
Messmer	=	R	TG
Meyer Thérèse	=		FF
Mörgeli	*	>	ZΗ
Mugny	+	G	
Müller Erich	=	R	
Müller-Hemmi	+	S	ZΗ
Nabholz	=	R	ZΗ
Neirynck	=	C	VC
Oehrli	=	٧	BE
Pedrina	+	S	TI
Pelli	=	R	Ti
Pfister Theophil	=	٧	SG
Polla	+	L	GE
Raggenbass	=	C	TG
Randegger	=	R	BS
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	*	š	BS
Rennwald	+	š	IU
Riklin	=		ZH
Robbiani	+	_	TI
Rossini	+	š	vs
Ruey	+	근	VD
Sandoz Marcel	=	늄	VD
Schenk	=		BE
Scherer Marcel	_	V	
	=		ZG
Scheurer Rémy	-	L	NE
Schlüer	1=1	<u>v</u> _	ZH

		_	_
Schmid Odilo	+	C	٧S
Schmied Walter	=	٧	BE
Schneider	=	R	ΒE
Schwaab	+	S	VD
Seiler Hanspeter	#	٧	BE
Siegrist	=	٧	AG
Simoneschi-Cortesi	=	C	TI
Sommaruga	0	S	ΒE
Speck	*	V	AG
Spielmann	+	-	GE
Spuhler	=	٧	TG
Stahl	=	V	ZH
Stamm Luzi	=	R	
Steinegger	*	R	UR
Steiner	=	R	SO
Strahm	+		BE
Studer Heiner	+		AG
Stump	+	s	AG
Suter	=	R	BE
Teuscher			BE
Thanei	+	S	ZH
Theiler			
Tillmanns	=	S	<u>V</u>
	+	⊢	
Triponez	=	R	BE
Tschäppät	+	S	BE
Tschuppert	<u> </u>	R	LU
Vallender	=	R	AR
Vaudroz Jean-Claude		C	GE
Vaudroz René	+	R	VD
Vermot	+	S	BE
Vollmer	+ +	S	BE
Waber Christian	_	U	BE
Walker Félix	Ξ	C	SG
Walter Hansjörg	=	_	TG
Wandfluh	=	٧	BE
Wasserfallen	*	R	BE
Weigelt	=	R	SG
Weyeneth	=	<u>V</u>	BE
Widmer	+		LU
Widrig	=		SG
Wiederkehr	*	U	ZΗ
Wittenwiler	н	R	SG
Wyss Ursula	+	S	BE
Zäch	=	C	AG
Zanetti	+	S	SO
Zapfi	*	С	ZH
Zbinden	+	S	AG
Zisyadis	+	-	۷D
Zuppiger	=	V	ZΗ
Zwygart	*		BE

Ergebnisse / Résultats:

Gesamt / Complète / Tutto		Fraktion / Groupe / Gruppo	C	D	F	G	L	R	S	U	٧	-
ja / oui / si	66	ja / oui / sì	2	0	0	9	4	1	46	2	0	2
nein / non / no	101	nein / non / no	27	0	0	0	1	36	1	0	36	0
enth. / abst. / ast.	1	enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
entschuldigt / excusé / scusato	31	entschuldigt / excusé / scusato	6	0	0	1	1	6	4	3	7	3

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit II (Meyer Therese)

08.03.2000 09:24:26/ 0002

Identif: 46.1 /08.03.2000 09:23:56

⁺ ja/oui/sì = nein/non/no

^{*} entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / assente hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato

o enth. / abst. / ast.

[#] Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes

Art. 55a

Antrag der Kommission

Mehrheit

Tite

Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

Abs. 1

Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit von bis zu 5 Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36 bis 40 begrenzen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest.

Abs. 2

Die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sind vorher anzuhören.

Abs. 3

Die Kantone bestimmen die Leistungserbringer gemäss Absatz 1.

Minderheit

(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Meyer Thérèse, Widrig) Streichen

Antrag Leuthard

Titel

Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

Abs. 1

Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit von bis zu 3 Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36 bis 40 begrenzen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest.

Abs. 2

Die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sind vorher anzuhören.

Abs. 3

Die Kantone bestimmen die Leistungserbringer gemäss Absatz 1

Art. 55a

Proposition de la commission

Majorité

Titre

Limitation de l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

Al.

Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée de 5 ans au plus, restreindre l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins d'après les articles 36 à 40. Il fixe les critères correspondants.

Al. 2

Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable.

Les cantons désignent les fournisseurs de prestations conformément à l'alinéa 1er.

Minorité

(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Meyer Thérèse, Widrig)

Proposition Leuthard

Titre

Limitation de l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

AI. 1

Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée de 3 ans au plus, restreindre l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins d'après les articles 36 à 40. Il fixe les critères correspondants.

Al. 2

Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable.

Les cantons désignent les fournisseurs de prestations conformément à l'alinéa 1er.

Zäch Guido (C, AG): Bisher sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, Leistungen zu bezahlen, wenn ein Arzt als Leistungserbringer die nötige fachliche Ausbildung und Prüfung vorweisen kann. Dieser so genannte Kontrahierungszwang ist so nicht mehr haltbar; es gibt zu viele fachkompetente Ärzte in der Schweiz. Über 2300 Spitalärzte ausländischer Herkunft drängen zusätzlich in die Praxis, und eine unbestimmte Anzahl Ärzte aus den europäischen Ländern hat mit der Inkraftsetzung der bilateralen Verträge neu Zugang zur Praxistätigkeit in der Schweiz. Es steht fest, dass ein Überangebot besteht.

Die Streichung des Vertragszwanges führt andererseits zu einer übermächtigen Monopolstellung der Krankenkassen. Die bisherigen Vertragsärzte als Leistungserbringer wären den Versicherern auf Gedeih und Verderb ausgeliefert. Junge Ärzte hätten bei diesem Ausscheidungskampf düstere Berufsaussichten. Eine paritätische Instanz aus Vertretern der Ärzte, der Versicherer und der Kantone müsste unter der Leitung eines Delegierten des Bundesrates die Entscheidungsbefugnis über vertragliche Leistungsaufträge ausüben. Die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung, wie sie in Artikel 55a formuliert wurde, ist üble Planwirtschaft, die den freien Arztstand dem staatlichen Diktat statt den Gesetzen von Angebot und Nachfrage aussetzen würde.

Die Kommissionsminderheit beantragt, Artikel 55a zu streichen. Sie unterstützt andererseits die Motion SGK-NR 00.3003 vom 3. Februar 2000 zur Prüfung der Aufhebung des Vertragszwanges durch den Bundesrat.

Leuthard Doris (C, AG): Kollege Zäch hat richtig gesagt, dass die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung sehr stark steigen, weit stärker als die Teuerung und das Bruttoinlandprodukt. Ein Hauptgrund ist unbestrittenermassen die Ausweitung des Leistungsangebotes durch eine ständig wachsende Zahl von Leistungserbringern. Innert zehn Jahren sind beispielsweise die Zahl der Ärztinnen und Ärzte um rund ein Drittel und das Total der Arztkosten um 50 Prozent gestiegen. Aufgrund der Studentenzahlen an den medizinischen Fakultäten wird die Zahl der Leistungserbringer noch während Jahren zunehmen. Zudem ist die Schweiz innerhalb Europas das einzige Land mit einem freien Zugang zum Markt im ambulanten Bereich. Sie besitzt dadurch eine gewisse Sogwirkung. Deutschland kennt die Bedürfnisklausel, will diese jedoch, weil sie keine Lösung darstellt, unter der sozialdemokratisch-grünen Regierung noch verstärken. Auch dies wird zu einem Zustrom auf die Schweiz und damit zu Mehrkosten führen. Liechtenstein hat diese Dynamik bereits erlebt und führt uns vor, was passiert, wenn wir nicht handeln.

Letztes Jahr hat dieser Rat an sich grünes Licht für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zugunsten eines wettbewerblichen Vertragsmodelles gegeben. Frau Heberlein hat dargelegt, dass es in der verbleibenden Zeit leider nicht möglich war, in der Kommission ein tragfähiges Modell zu suchen. Das ist schade; es wird nun jedoch möglich sein, mit der Überweisung der Motion im Rahmen der Spitalfinanzierungsvorlage nochmals daran festzuhalten.

Wir wissen aber auch, dass die Spitalfinanzierung eine schwierige Vorlage sein wird und mit Sicherheit geraume Zeit der Beratung nötig macht. Was also machen wir in der Zwischenzeit? Wenn Sie in Artikel 55a dem Streichungsantrag der Minderheit zustimmen, laufen wir Gefahr, für die nächsten Jahre über keine Möglichkeiten für eine Einschränkung der Zulassung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu verfügen. Den zu erwartenden Anstieg der Kosten und damit der Prämien möchte ich unseren Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern nicht zumuten.

Bleibt also noch die Bedürfnisklausel gemäss Antrag der Kommissionsmehrheit. Sie ist an sich - auch hier gehe ich mit Kollege Zäch einig - ein völlig ungeeignetes Instrumentarium aus der Mottenkiste; sie bevorteilt die bestehende Ärzteschaft gegenüber neuen, jungen Ärztinnen und Ärzten und führt zu neuer staatlicher Bürokratie und Zementierung. Trotzdem ist sie im Moment im Sinne einer Schadensminderung die einzige Möglichkeit, damit wir die sich anbahnenden Mehrkosten nicht einfach tatenios hinnehmen müssen. Wenn wir aber schon eine ordnungspolitische Untat begehen, dann wenigstens nur für kurze Dauer, weshalb ich diese Massnahme auf drei Jahre begrenzen möchte. Es muss möglich sein, in dieser Zeit die Aufhebung des Vertragszwanges auszuarbeiten. Nötig ist der politische Wille, vom Status quo wegzukommen, damit der Prämienanstieg nicht immer für immer breitere Schichten der Bevölkerung zu einer Hiobsbotschaft wird.

Die CVP-Fraktion unterstützt daher die Bedürfnisklausel, d. h. die Kommissionsmehrheit.

Gutzwiller Felix (R, ZH): Die FDP-Fraktion setzt ganz klar auf eine wettbewerbliche Reform im Gesundheitswesen; das haben wir bereits mehrmals gesagt. Dabei ist es Aufgabe des Staates, die für einen wirksamen Wettbewerb der Leistungserbringer und Versicherer nötigen Rahmenbedingungen zu bestimmen. Für das Spitalwesen heisst das etwa. dass alle Spitäler grundsätzlich als eigenwirtschaftliche, selbstverantwortliche und mit gleich langen Spiessen ausgestattete Unternehmen auftreten. Dazu soll in der obligatorischen Krankenversicherung der Vertragszwang zwischen den Spitälern und den Versicherern aufgehoben werden. Ähnliches gilt für die ambulante Versorgung: Auch hier ist der Vertragszwang aufzuheben. Leistungserbringer und Versicherer müssen zusammen die Kriterien festlegen, damit mittelfristig nur qualitativ gute, kosteneffiziente Leistungserbringer zur sozialen Grundversicherung Zugang haben. Wir sind deshalb sehr befriedigt, dass die SGK-NR mittels der noch zu diskutierenden Kommissionsmotion die Aufhebung des Vertragszwanges erreichen will. In der Kommission hat sich allerdings die Meinung durchgesetzt, dass bei der heute schon extrem hohen Ärztedichte eine Eindämmung der Mengenausweitung mittels dieses einzuführenden wettbewerblichen Vertragsmodelles vermutlich nicht sofort, sondern frühestens in einigen Jahren zum Tragen kommen

Die Kommission hat deshalb eine Doppelstrategie ins Auge gefasst. Als flankierende Massnahme zur erst mittelfristig wirksamen wettbewerblichen Reform soll reagiert werden können, wenn die Zunahme der Leistungserbringer mit dem Abkommen über den freien Personenverkehr einen deutlichen Kostenschub auslösen sollte.

In der Optik dieser Doppelstrategie – ich unterstreiche das – hat die Kommissionsmehrheit denn auch dem Artikel 55a zugestimmt, um eventualiter ein Instrument in der Hand zu haben, das hoffentlich nie zum Einsatz kommen muss. Aber die Fakten sind relativ klar: Die Ärztedichte in der Schweiz ist eine der höchsten weltweit, und sie wächst weiter. Im Anbietermarkt Gesundheitswesen ist die Ärztedichte der wichtigste Faktor für die Gesamtkosten. Zurzeit wird geschätzt – Herr Zäch erwähnte es –, dass rund 2000 Ärzte in Schweizer Spitälern bereit sind, nach der Unterzeichnung der bilateralen Verträge eine Praxis zu eröffnen. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer schätzt die zusätzlichen Folgekosten auf rund 2 Milliarden Franken.

Grenzregionen wie Genf, Tessin, Basel oder die Ostschweiz sind besorgt über einen möglichen weiteren Zuzug von Ärzten aufgrund der bilateralen Verträge, insbesondere solange der Vertragszwang nicht aufgehoben ist. Die wirtschaflichen Anreize, sich in der Schweiz niederzulassen, wären beträchtlich. Wohl nicht umsonst haben recht viele Ärzte das Referendum gegen die bilateralen Verträge unterschrieben. Schliesslich enthebt uns Artikel 55a sozusagen präventiv der Notwendigkeit, bei weiteren Kostenschüben allenfalls ein dringlichkeitsrechtliches Instrumentarium einzuführen. Aller-

dings ist unsere Zustimmung zu Artikel 55a an klare Voraussetzungen gebunden:

Es muss sich um eine Massnahme handeln, die nur bei einem markanten zusätzlichen Kostenschub ergriffen wird. Sie darf maximal bis zu fünf Jahre zum Einsatz kommen. Wir wären eventualiter mit dem Einzelantrag Leuthard, d. h. einer Beschränkung auf drei Jahre, durchaus einverstanden. Die Massnahme muss auf klaren, einfachen Kriterien beruhen.

Kurzfristig steht das Instrumentarium, um kosteneffiziente, qualitativ hochstehende Leistungserbringer zu identifizieren, nicht zur Verfügung. Ein Kriterium könnte deshalb beispielsweise ein überdurchschnittlicher regionaler Kostenanstieg bzw. eine klar überdurchschnittlicher regionale Ärztedichte sein. Schliesslich muss die Ausführung solcher Massnahmen in enger Abstimmung mit den Kantonen bzw. den Partnern im Gesundheitswesen geschehen. Insgesamt stimmen wir dieser Doppelstrategie also zu.

Mittelfristig soll die Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten und stationären Bereich die wirtschaftlichen Anreize stärken und das wettbewerbliche Vertragsmodell einführen.

Kurzfristig und temporär soll im Sinne von flankierenden Massnahmen ein Instrumentarium zwecks Begrenzung eines Ärztezuwachses und eines übermässigen Kostenschubs bereitstehen.

Ich bitte Sie deshalb, Artikel 55a gemäss Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Baumann Stephanie (S, BE): Sie haben bereits mehrmals gehört, dass die Kosten im ambulanten Sektor ungebremst weiter steigen; gerade deshalb hat sich der Nationalrat im letzten Jahr entschlossen, im Rahmen dieser ersten Etappe der KVG-Revision ein Zeichen zu setzen.

Der Zusammenhang zwischen der Ärztezahl und der Höhe der Kosten im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens ist statistisch belegt. Deshalb haben wir hier mit überwältigendem Mehr den Antrag Raggenbass zur Lockerung des Kontrahierungszwangs angenommen. Demnach hätte der Bundesrat Kriterien festlegen müssen, welche die Leistungserbringer zu erfüllen haben, wenn sie zulasten der Krankenversicherung abrechnen wollen.

Leider hat es der Ständerat abgelehnt, die Lockerung des Vertragszwanges im Sinne dieses Rates abzusegnen. Er hat sich auch nicht entschliessen können, das offensichtlich bestehende Problem kurzfristig mit einer befristeten Übergangslösung anzugehen. Wir haben jetzt in der nationalrätlichen SGK nochmals sehr intensiv über dieses Problem der Zulassung zum Vertrag diskutiert. Diese Diskussion mündete in der Motion, die wir dann im Anschluss an diese Vorlage noch erläutern werden.

Wir sind also im Augenblick auf dem Weg zu einer guten Lösung. Wir sind aber noch auf der Suche und haben die richtige Lösung heute noch nicht gefunden. Die Mehrheit der Kommission ist der Überzeugung, dass wir unbedingt für die Zwischenzeit ein Instrument bereit stellen müssen, das geignet ist, die Zahl der Leistungserbringer einigermassen im Griff zu behalten, und das damit auch zur Eindämmung der Kostenentwicklung beitragen kann.

Dieses Instrument soll für befristete Zeit gültig sein – wir haben fünf Jahre beantragt –, weil wir durchaus eingestehen, dass dieses Instrument noch mit Mängeln behaftet ist. Es schützt sozusagen die bereits tätigen Leistungserbringer; betroffen sind lediglich jene, die neu zulasten der Krankenversicherung zugelassen werden möchten.

Es gibt andererseits aber auch Vorteile, die darin bestehen, dass diese Zulassungsbeschränkung nur in Kraft tritt, wenn sie wirklich notwendig wird. Diese Zulassungsbeschränkung betrifft weiter alle Ärztinnen und Ärzte, welche neu zulasten der Krankenversicherung abrechnen wollen, ganz unabhängig davon, ob sie in der EU oder in der Schweiz ausgebildet worden sind.

Zudem kann man die Einschränkung auch regional differenziert anwenden, weil die Kantone die Leistungserbringer bestimmen können, allerdings nach einheitlichen Kriterien.

8. März 2000 Nationalrat 98.058

Ich möchte Sie im Namen der SP-Fraktion bitten, der Mehrheit zuzustimmen, damit wir tatsächlich eine sofort wirksame Interventionsmöglichkeit schaffen können.

Es liegt jetzt noch den Einzelantrag Leuthard vor, die Bedürfnisklausel auf drei Jahre zu befristen. Ich denke aber nach wie vor, fünf Jahre wären realistischer. Diese Frage sollte jedoch nicht entscheidend sein; wichtig ist, dass wir diesen neuen Artikel 55a tatsächlich einführen können.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Wir haben in der ersten Beratung dieses Geschäfts die Idee von Kollege Raggenbass aufgenommen, den Vertragszwang abzuschaffen, d. h., die Leistungserbringer gegenüber den Auftraggebern, also den Versicherern, in ein marktwirtschaftliches Verhältnis zu setzen. Das ist meines Erachtens eine aufgrund der Entwicklung der Anzahl von Leistungserbringern an sich richtige Massnahme. Nun beantragt die Kommissionsmehrheit eine Fassung, die dem Staat bzw. dem Bundesrat die Kompetenz für eine Zulassungsbeschränkung gibt; nach welchen Kriterien dies geschehen soll, ist in dieser Form aber nicht genau bestimmt. Wir begeben uns damit auf ein ausserordentlich gefährliches Geleise.

Die vor Jahren einmal in Aussicht gestellten marktwirtschaftlichen Bedingungen im Krankenversicherungsgesetz hätten mit der Kompetenz bei den Krankenversicherern eine echte Stärkung erfahren. Die Fassung, die nun eine Mehrheit vorschlägt, strotzt vor Staatsgläubigkeit und ist aus unserer Sicht ganz klar eine Fehlentwicklung. Der staatliche Einfluss wird ausgeweitet statt abgebaut. Das ist eine ausserordentlich unbefriedigende Entwicklung, auch angesichts der zum ehemaligen Antrag Raggenbass gemachten Äusserungen. Was heute vorliegt, ist eine planwirtschaftliche Lösung. Ich möchte Sie bitten, weitere Planwirtschaft im Krankenversicherungsgesetz abzulehnen.

Fasel Hugo (G, FR): Ich werde mich gleichzeitig zur Kommissionsmotion «Aufhebung des Kontrahierungszwanges» (00.3003) und zu Artikel 55a äussern, weil die beiden Geschäfte ja miteinander verbunden sind. Ausgangspunkt der ganzen Diskussion waren vor allem die bilateralen Verträge und die berechtigte Angst, dass wir von zusätzlichen Leistungserbringern aus dem EU-Raum überschwemmt werden könnten

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wäre eine Massnahme, die dieser Gefahr entgegenwirken kann. Wir haben aber bei näherer Betrachtung festgestellt, dass die Umsetzung dieses Instrumentes noch einer ganzen Reihe von zusätzlichen Überlegungen bedarf. Die Abklärungen, die das Amt und das Departement bisher getroffen haben, haben uns in der Kommission nicht genügend Sicherheit geboten, um verlässlich legiferieren zu können.

Vor allem haben sich im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs folgende Fragen gestellt: Es gilt, die Möglichkeit des willkürlichen Ausschlusses von Leistungserbringern, also die Willkür, zu bekämpfen. Wir haben festgestellt, dass man aufpassen muss, dass nicht junge Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen werden. Wir haben beim Kontrahierungszwang auch festgestellt, dass es nicht genügt, nur den ambulanten Bereich mit einzubeziehen, sondern dass auch der stationäre Bereich mit zu berücksichtigen ist. Wäre dem nicht so, würde man eventuell Leistungen einfach vom ambulanten in den stationären Bereich verschieben. Wir haben festgestellt, dass mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Krankenkassen eine ganze Reihe von Machtbefugnissen und Entscheidungsmacht bekommen. Wir wollen aber die Grundversicherung nicht alleine den Krankenkassen überlassen, vor allem wenn es um die Leistungen für die Grundversicherung in den Regionen geht. Vor diesem Hintergrund haben wir entschieden, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erst dann zu vollziehen ist, wenn zusätzliche Abklärungen gewährleistet

Nichtsdestotrotz galt es auf die Entwicklungen zu reagieren, die schon heute abzusehen sind, wenn die bilateralen Verträge angenommen werden. So ist Artikel 55a zustande gekommen. Tatsache ist, dass dieser einen Blankocheck für das Departement darstellt, und wir hoffen, dass das Departement mit dieser weitgehenden Vollmacht auch konstruktiv umgehen wird. Beispielsweise darf es nicht sein, dass dieser Blankocheck zu einer Verteidigung bereits bestehender Ärzteschaften führt. Es muss dafür gesorgt sein, dass auch neue Ärzte und Ärztinnen in unser System aufgenommen werden können.

Die grüne Fraktion wird deshalb Artikel 55a gemäss Antrag der Mehrheit zustimmen und ebenfalls für Überweisung der Motion «Aufhebung Kontrahierungszwang» eintreten.

Widrig Hans Werner (C, SG): Auch die CVP-Fraktion ist der Auffassung, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges sei die richtige Lösung, der richtige Weg. Da wären wir uns für einmal von links bis rechts einig. In dieser Schlussrunde der Differenzbereinigung reicht die Zeit dazu jedoch nicht; dies geht zeitlich einfach nicht.

Die SGK hat dann als Notbremse eine auf fünf Jahre befristete Zulassungsbeschränkung eingebaut. Meine Meinung dazu: Wie Herr Bortoluzzi sagte, ist es natürlich schon eine starre und planwirtschaftliche Regelung, wenn die Kantone diese Leistungserbringer bestimmen. Wenn Sie die Entwicklung in Deutschland mit dem staatlich angeordneten Bedürfnisnachweis betrachten, dann sehen Sie, dass das Sich-Abschotten, dieses Sich-Fernhalten vom Markt, von der Konkurrenz, keine Einsparung gebracht hat. Auch die grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer macht ja jetzt eine Kehrtwende, eine neue Mischung von Hausarztmodell und Aufhebung des Kontrahierungszwanges; dies geht in Richtung mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern.

Aus obigen Gründen werde ich persönlich deshalb der Minderheit Zäch zustimmen.

Die klare Mehrheit der CVP-Fraktion aber ist der Auffassung – nachdem man die Aufhebung des Kontrahierungszwanges aus zeitlichen Gründen nicht in diese Revision einbauen konnte –, man müsse etwas tun und eine Zulassungsbeschränkung einbauen. Voraussetzung zur Zustimmung ist, dass im zweiten Teil der KVG-Revision im Herbst 2000 die Aufhebung des Kontrahierungszwanges dann wirklich realisiert wird. Diese strikte Umsetzung der Kommissionsmotion ist Voraussetzung dafür, dass die Kostenausweitung eingedämmt werden kann.

Namens der Mehrheit der CVP-Fraktion bitte ich Sie, dem Antrag Leuthard zuzustimmen. Er will diese Notbremse ja auch, geht mit der Befristung auf drei Jahre aber weniger weit.

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: Dieser Artikel soll aus aktuellem Anlass den Bundesrat mit einer Kann-Vorschrift ermächtigen, während maximal «5 Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu begrenzen. Dabei sind – dies scheint mir sehr wesentlich – Kantone und Verbände vor einem Entscheid anzuhören, Versicherer und Leistungserbringer sind zu konsultieren; und die Kantone entscheiden über die Zulassung der Leistungserbringer. Es besteht – so haben wir natürlich auch von den Kantonen zu hören bekommen – ein unterschiedliches Bedürfnis für eine Regelung; daher wollen die Kantone diese Kompetenz für sich behalten.

Die Kommissionsmehrheit – das möchte ich betonen – möchte diesen Artikel klar nur als Notbremse für die Dauer von maximal 5 Jahren verstanden wissen, und nicht als Dauerlösung. Ziel ist für die Kommissionsmehrheit die Aufhebung des Vertragszwanges als liberaler Ansatz, der dem im KVG gewünschten Wettbewerb auch unter den Kassen entspricht. Dieses Anliegen kommt in der Motion zur Diskussion. Beim Antrag für eine Befristung auf 3 Jahre hege ich persönlich Bedenken, dass dann die Konsequenzen der Aufhebung des Kontrahierungszwanges noch nicht spielen und wir Gefahr laufen, dass es zu einem Verlängerungsbeschluss kommt. Damit entstünde ein Dauerprovisorium, das wir auf keinen Fall wollen. Nur kann diese Gefahr auch bei 5 Jahren bestehen. Dies ist einzugestehen.



98.058 Conseil national 8 mars 2000

Die Kommissionsmehrheit beantragt, Artikel 55a zuzustimmen. Wie ich bereits eingangs erwähnt habe, ist vom Ständerat nochmals zu prüfen, ob ein solcher Artikel im Rahmen des Differenzbereinigungsverfahrens überhaupt noch eingefügt werden darf.

Cavalli Franco (S, TI), pour la commission: La majorité de la commission est clairement de l'avis qu'il faut éliminer, ou au moins relativiser l'obligation de contracter. C'est clair: vous le voyez très bien dans la motion que nous avons transmise, à l'unanimité.

Mais, comment le faire? Comment le faire d'une façon raisonnable, d'une façon optimale? C'est un problème qui est assez difficile, nous en avons discuté longuement. Il y a beaucoup de solutions, mais chaque solution a des avantages et des désavantages. Il faut éviter de trouver une thérapie qui soit pire que la maladie. D'après la commission, il faut surtout éviter de tomber dans une situation où ce serait l'arbitraire absolu qui régit. Il faut éviter que ce soient les assureurs qui puissent décider, par exemple d'éliminer toute une branche, s'ils le veulent. Et cela, ils pourraient le faire si on leur donne la compétence d'être les seuls à décider. Car, à ce moment-là, la liste des prestations n'aurait plus aucun sens. Il faut aussi éviter que les assureurs puissent avoir la possibilité d'accepter seulement les médecins les meilleur marché. A ce moment-là, on n'aurait pas une médecine de qualité, mais une médecine au rabais.

Nous nous sommes alors penchés sur les différentes possibilités qui nous étaient offertes. M. Bortoluzzi dit maintenant qu'avec la solution proposée par M. Gutzwiller en commission, on va dans la direction d'une solution étatiste. M. Bortoluzzi préconise d'en rester, au fond, à la proposition Raggenbass, et il oublie que cette dernière était dix fois plus étatiste que la solution qu'on a trouvée maintenant! La solution qu'il préconise donne la compétence au Conseil fédéral, pour toujours, de tout décider. S'il y a une solution complètement étatiste, c'est la solution que nous avions acceptée au cours de la précédente législature.

La majorité de la commission, par 15 voix contre 5, a décidé que, dans une situation grave, parfois même exceptionnelle, il faut faire quelque chose, mais éviter de faire des fautes. La seule chose raisonnable que nous pouvons donc faire à courte échéance, c'est cette clause du besoin limitée à cinq ans, qui donne la compétence au Conseil fédéral, si c'est nécessaire, de limiter l'obligation de contracter, de limiter l'accession de nouveaux fournisseurs de prestations sur le marché sanitaire pour une période de cinq ans.

Comme Mme Heberlein, j'opterais moi aussi, d'un point de vue personnel parce qu'on n'en a pas discuté au sein de la commission, plutôt pour la durée de cinq ans. La durée de trois ans me paraît un peu courte, car on aboutirait à une solution provisoire; cela n'est pas très bon parce qu'on risquerait, à ce moment-là, de perdre l'élan qui nous permettrait de trouver une solution définitive, comme celle qui a été préconisée par la motion de la commission.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: C'est effectivement un ensemble de problèmes complexes auxquels nous avons à faire face, pour des causes différentes.

La première, c'est la constatation qu'il y a une corrélation positive entre le nombre de prestataires de soins et les coûts de la santé, que nous sommes sur un marché dit paradoxal: plus l'offre augmente, plus les prix augmentent, ce qui devrait être exactement le contraire si on était dans un marché qui fonctionne à la demande du client, et non pas à la demande de celui qui le soigne, avec en plus le fait que tout cela est payé par l'assurance sociale.

Nous sommes donc face à ce marché paradoxal, face à cette corrélation entre l'augmentation du nombre de prestataires de soins et des coûts, et nous devons nous poser la question de savoir si l'on doit introduire des critères pour restreindre le nombre de prestataires de soins. Nous regardons autour de nous dans le vaste monde et nous ne trouvons pas d'exemples très convaincants sur la façon de le

faire. Nous regardons en Suisse et nous ne trouvons pas non plus d'exemples très convaincants quant à la transparence du système, au confort pour les assurés, qui doivent quand même savoir auprès de qui ils peuvent se faire soigner. Nous regardons dans le passé: nous voyons que des propositions qui avaient été faites au Parlement n'ont pas eu à l'époque de succès, par exemple une limite d'âge des prestataires de soins pour l'admission à pratiquer, à la charge de l'assurance-maladie.

Et puis, nous regardons les propositions qui sont venues l'année passée: la proposition Raggenbass — tout le pouvoir au Conseil fédéral —, acceptée dans l'enthousiasme et rejetée ensuite par le Conseil des Etats. Elle avait éveillé chez moi un peu de vertige devant tant de pouvoir pour un objet d'une telle importance économique pour les personnes touchées; là, c'était vraiment tout à l'Etat. Je m'étais un peu défendue, sans succès, et finalement, c'est un projet qui n'est plus sur la table. Et tout d'un coup, on présente une autre proposition: tout le pouvoir aux caisses. Et là aussi, on se dit: «Non, ce n'est pas possible, on ne peut pas donner tout le pouvoir aux caisses! Il faut des critères, il faut des règles de fonctionnement, et il faut être sûr que les choses se font en toute transparence.»

La conclusion, c'est que nous devons travailler sur ce sujet: oui, nous sommes tous d'accord; nous devons travailler vite: d'accord aussi, raison pour laquelle le Conseil fédéral est prêt à accepter la motion de la commission; nous devons le faire avec tous ceux qui sont concernés, c'est-à-dire que cela ne peut pas se faire au dernier moment, au moment où l'on en est à liquider les divergences entre les deux Conseils, sans procédure de consultation, sans analyse approfondie des conséquences, sans avoir rassemblé les idées sur le fonctionnement d'un tel système. Merci à la commission de ne pas insister, de nous permettre de boucler maintenant cette première révision dont nous avons besoin, d'éviter donc la collision avec la prochaine révision, qui est déjà sur les rails.

C'est le problème général auquel est venu s'ajouter le problème particulier de la crainte qu'avec la liberté d'établissement des médecins, l'absence de discrimination entre les médecins suisses et étrangers, la reconnaissance réciproque des diplômes, nous soyons tout d'un coup confrontés à une situation difficile au cours des prochaines années. Sur ce point, la majorité de la commission vous propose, d'entente avec le Conseil fédéral, une mesure exceptionnelle. Nous n'y recourrons pas forcément, mais nous devons pouvoir en disposer.

Il est bon que je commente le caractère exceptionnel de cette mesure.

D'abord, regardez la place que la commission lui réserve dans l'architecture générale de la loi. C'est dans la section 5 «Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts» que s'inscrirait ce nouvel article. Cette section 5, nous l'avons introduite dans la LAMal, parce que nous avons vu les faiblesses de décisions qui seraient prises au coup par coup selon le droit d'urgence. Nous nous sommes dit que cela n'était pas possible. Rappelez-vous le début des années nonante! Trois décisions successives par des arrêtés urgents pour introduire des mesures qu'il fallait corriger chaque fois, parce qu'elles ne fonctionnaient pas bien et qui ne se sont révélées utiles que pour une période limitée. On est toujours en retard d'une guerre: ces mesures sont celles que nous avions utilisées au début des années nonante, ce ne sont pas celles dont nous avons besoin au début des années 2000. Nous vous demandons donc tout simplement de compléter l'éventail d'éventuelles mesures d'urgence, au cas où il y a un problème. Ceci est très clairement indiqué par la formulation de l'article et par la place qu'il trouve dans la loi.

Qu'est-ce que nous pourrions en faire? Nous pourrions constater, à la demande des caisses-maladie ou des autorités cantonales, dans des régions de frontière qui sont comme par hasard déjà des régions à haute densité de prestataires de soins, que la situation n'est pas maîtrisable. Nous pourrions alors dire, par exemple, que pour telle spécialité, dans telle région, une proportion de spécialistes par

rapport à la population ne devrait pas être dépassée. L'installation d'un nouveau prestataire de soins dans ce domaine devrait ainsi être provisoirement suspendue parce que, autrement, on aurait un cumul de médecins de la même spécialité, avec la conséquence malheureuse qu'ils créent ensuite eux-mêmes leurs malades. C'est un frein possible, comme dans les chemins de fer, que l'on n'utilise peut-être jamais au cours d'une vie. Puisque l'exemple ferroviaire me vient à l'esprit, quand on sait qu'on va entrer dans un coude du rail, il vaut mieux freiner. Ensuite, on peut reprendre le cours normal. Ce que nous vous demandons, c'est d'installer un tel frein.

Le Conseil fédéral a l'intention d'y recourir en cas de besoin uniquement et après consultation. Il envisage que ce soit très ponctuel, par région ou selon les spécialités. Je crois que nous aurions alors une réponse à un problème qui pourrait se poser. On peut se disputer au sujet de la probabilité de ce problème. Peu importe! Si nous avons un frein, nous pouvons aller de l'avant joyeusement.

Je vous invite à soutenir la proposition de la majorité de la commission et à introduire l'article 55a.

Abstimmung - Vote

Eventuell – A titre préliminaire Für den Antrag Leuthard 95 Stimmen Für den Antrag der Mehrheit 78 Stimmen

Definitiv – Définitivement Für den Antrag Leuthard 124 Stimmen Für den Antrag der Minderheit 47 Stimmen

Art. 64 Abs. 6 Bst. d Antrag der Kommission Festhalten

Art. 64 al. 6 let. d

Proposition de la commission Maintenir

Angenommen - Adopté

Art. 87 Abs. 2

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 87 al. 2

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 105 Abs. 1

Antrag der Kommission Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates Minderheit

(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hafner Ursula, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rychen) Festhalten

Art. 105 al. 1

Proposition de la commission Majorité Adhérer à la décision du Conseil des Etats Minorité

(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hafner Ursula, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rychen)
Maintenir

Gross Jost (S, TG): Ich ziehe diesen Minderheitsantrag zurück, dies aus folgenden Gründen:

Zwar hat der Antrag, einen neuen Risikofaktor, nämlich das Hospitalisierungsrisiko, in den Risikoausgleich einzuführen, in der letzten Beratung in unserem Rat eine Mehrheit gefunden. Der Ständerat aber will sich mit klarer Mehrheit im jetzigen Zeitpunkt noch nicht auf eine Diskussion über eine Reform des Risikoausgleiches einlassen. Der Bundesrat hat auf der anderen Seite in der Kommission zugesichert, dass er die Frage der Reformbedürftigkeit des Risikoausgleiches als eines der drängenden Probleme in der zweiten Teilrevision des KVG zur Sprache bringen will. Er hat ja bereits eine Studie über den Wirkungsmechanismus des jetzigen Risikoausgleiches gemacht und ist daran, auch andere Systeme zu prüfen; es käme beispielsweise auch in Frage, eine Rückversicherung schlechter Risiken als alternatives System zu prüfen. Diesbezüglich sind ja die Kassen leider hoffnungslos miteinander zerstritten, und wir müssen hier auch neue Wege prüfen.

Ich wäre sehr froh, wenn Sie, Frau Bundesrätin Dreifuss, vor dem Plenum sagen könnten, dass eine Reform des Risikoausgleiches ein ganz wichtiges Anliegen ist, weil die Entsolidarisierung der Grundversicherung fortschreitet, und dass in dieser Frage in der nächsten Etappe der Teilrevision des KVG zusammen mit den anderen Vorschlägen – Spitalfinanzierung usw. – ein guter Vorschlag zur Sprache kommen wird

Präsident (Seiler Hanspeter, Präsident): Der Antrag der Minderheit Gross Jost ist zurückgezogen.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. II Abs. 2, III Abs. 2
Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II al. 2, III al. 2 Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

An den Ständerat - Au Conseil des Etats

00.3003

Motion SGK-NR (98.058). Aufhebung des Kontrahierungszwanges Motion CSSS-CN (98.058). Suppression de l'obligation de contracter

Einreichungsdatum 03.02.00

Date de dépôt 03.02.00

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Polla Barbara (L, GE): Au nom du groupe libéral, je vous invite à rejeter la motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique sur la suppression de l'obligation de contracter.

Parmi les arguments qui nous amènent à cette proposition, j'en développerai quatre.

- Le fait qu'une telle suppression représenterait une grave limitation de la liberté du choix des patients.
 Le fait que la suppression de l'obligation de contracter
- Le fait que la suppression de l'obligation de contracter équivaudrait, pour les médecins concernés, à une interdiction de fait d'exercer la profession.
- 3. Le fait que la suppression de l'obligation de contracter n'est en aucun cas un instrument efficace pour lutter contre l'augmentation présupposée de l'installation des médecins étrangers dans le cadre des accords bilatéraux.

00.3003 Conseil national 8 mars 2000

4. Le fait que la suppression de l'obligation de contracter peut représenter un réel risque de dumping dans la qualité des soins.

En ce qui concerne le premier point, la suppression de l'obligation de contracter limite le choix du patient, du patient potentiel que nous sommes tous, de son thérapeute. Or, le choix du médecin fait réellement partie des libertés fondamentales des citoyens, et personne ne peut décider à la place du patient quel est le médecin qui lui convient le mieux. Le système proposé entraînerait non seulement une limitation rédhibitoire de cette liberté, mais encore une perte de l'équité par rapport à l'accès aux soins, puisque seuls les patients qui en ont les moyens auront la possibilité de se faire soigner par les médecins non admis par les caisses.

Imaginez le cas d'un patient qui depuis vingt ans consulte le même médecin; ce médecin serait désormais exclu de la caisse-maladie à laquelle le patient est affilié. Eh bien, seulement si ce patient en a les moyens, il pourrait continuer de se faire traiter par le médecin qui le suit fidèlement depuis vingt ans, dans la mesure où celui-ci ne serait pas retenu par sa caisse. Or, Mme Maury Pasquier le disait fort bien tout à l'heure, nous ne voulons pas que la santé soit d'abord une question d'argent.

Deuxièmement, la suppression de l'obligation de contracter équivaut, pour les médecins qui ne seraient pas choisis, si je puis dire, par les caisses, à une interdiction de fait d'exercer la profession. C'est cet aspect qui est retenu par ceux qui pensent que la suppression de l'obligation de contracter serait un instrument efficace contre la crainte, d'ailleurs tout à fait injustifiée, de l'installation massive des médecins étrangers après la votation du 21 mai. Mais il n'en rien, car rien dans la suppression de l'obligation de contracter n'en fait une mesure d'accompagnement efficace.

Par contre, le système comporte un risque très important de dumping médical, car le risque est immense que les critères de sélection pour l'acceptation des caisses soient avant tout économiques et non qualitatifs.

Pour toutes ces raisons, le groupe libéral vous recommande de rejeter la motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique.

Gross Jost (S, TG): Im Namen der SP-Fraktion bitte ich Sie, diese Motion zu überweisen.

Bereits sind einige Ausführungen zur Bedürfnisklausel – Artikel 55a – gemacht worden. Hier möchte ich einfach noch einmal auf die Grundsätze eingehen, denen ein zukünftiges Modell der Einschränkung des Kontrahierungszwanges genügen muss, und vielleicht auf einige Bedenken, wie sie von Frau Polla geäussert worden sind.

In diesem Rat war die Einschränkung des Vertragszwanges aufgrund eines Antrages Raggenbass seinerzeit sehr klar mehrheitsfähig. Es kam zum Ausdruck, dass dieser Rat das klare Ziel hat, die Mengenentwicklung im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. In der Kommission war nur der Weg umstritten. Wer soll nun die Verantwortung übernehmen? Der Bundesrat? Er hat auf diesen Vorschlag eine Weile etwas zögerlich reagiert. Oder muss das Parlament das Heft selber in die Hand nehmen? Mit dieser Motion und der klaren Erwartung, dass die Vorschläge des Bundesrates zusammen mit jenen zur Spitalfinanzierung kommen, haben wir dem Bundesrat jetzt sozusagen einen zweiten Steilpass zugespielt. Wir sind überzeugt - der Bundesrat erklärt sich bereit, diese Motion entgegenzunehmen -, dass der Bundesrat darauf eingehen und seine Zusicherung einlösen wird, bei dieser Materie jetzt vorwärts zu machen.

Ich denke, dass die Bedenken von Frau Polla – jedenfalls, was die EU-Kompatibilität und die Befürchtung einer Dumping-Medizin betrifft – unbegründet sind. In keinem EU-Staat gibt es die völlige Freiheit, zulasten einer vom Staat finanzierten Krankenversicherung berufstätig zu sein. Andere Staaten differenzieren durchaus zwischen der Zulassung zur medizinischen Praxis und jener zur Krankenversicherung. Nur diese Differenzierung wird durch den jetzigen Vorschlag, den Vertragszwang aufgrund sinnvoller Kriterien einzuschränken, aufgegriffen.

Ich glaube auch nicht, dass es richtig ist, Qualität und Wirtschaftlichkeit gegeneinander auszuspielen. In diesem Land ist ein qualitativ gutes Gesundheitswesen auch bei einem System mit eingeschränktem Vertragszwang durchaus möglich

Welche Bedenken gibt es nun – es gab sie bereits in der Kommission –, auf dieses Modell einzugehen? Wir brauchen ein rechtsstaatlich haltbares Verfahren. Wir wollen nicht das Angebot der Leistungserbringer gewissermassen durch ein Leistungsdiktat der Versicherer ersetzen. Ein entsprechendes Verfahren ist bis jetzt noch nicht genügend geregelt worden. Wir müssen auch die Grundversicherungsleistung in allen Leistungsbereichen und Regionen sicherstellen. Wir können es nicht zulassen, dass ein vertragsloser Zustand entsteht. In einem System mit eingeschränktem Vertragszwang wird die Kompetenz zur Tariffestsetzung ja faktisch aufgehoben – die Erfüllung des Versorgungsauftrages geht dann faktisch in die Kompetenz der Versicherer über. Wir benötigen auch eine klare Regelung, wer zuständig ist, wenn kein Vertrag zustande kommt – eine Regelung der Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand.

Wir brauchen natürlich auch eine Einschränkung des Vertragszwangs, die alle Leistungsbereiche betrifft, nämlich den stationären, den halbstationären und den ambulanten. Wenn wir das nur im ambulanten Bereich lösen, dann lösen wir wieder völlig falsche wirtschaftliche Anreize im stationären Bereich aus, dann werden eben wieder mehr Spitalbetten in Anspruch genommen, weil die Vollkostendeckung unter Kontrahierungszwang dort noch besteht.

Ich denke auch, dass wir ein verbindliches System der Wirtschaftlichkeitskontrolle brauchen. Ein solches haben wir bis jetzt nicht, und wir müssen dieses dringend auf diesen nächsten Teilschritt der Revision des KVG hin entwickeln. Herr Gutzwiller hat es sehr gut auf den Punkt gebracht: Wir müssen kurzfristige Massnahmen betreffend die Bedürfnis-

müssen kurzfristige Massnahmen betreffend die Bedürfnisklausel und das langfristige Modell der Einschränkung des Vertragszwangs in Einklang miteinander bringen.

Ich bitte Sie deshalb, die Motion der SGK zu überweisen.

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: Es erstaunt mich jetzt etwas, dass die liberale Fraktion gegen ein echt liberales Anliegen einen Ablehnungsantrag stellt. Dieser lag in der Kommission nicht vor. Die Kommission hat diese Motion einstimmig – ich betone: einstimmig! – überwiesen.

Die Schweiz ist, Sie haben es gehört, das einzige Land, welches alle Leistungserbringer, die aufgrund ihrer Ausbildung eine eigene Praxis eröffnen dürfen, ohne irgendwelche weiteren Zulassungskriterien zur Tätigkeit zulasten der Grundversicherung zulassen muss. Deshalb werden wir bei Annahme der bilateralen Verträge mit diesen Problemen konfrontiert. Gerade weil die Aufhebung des Kontrahierungszwanges eine Änderung bedeutet, wollten wir die Modalitäten noch genauer diskutiert haben. Denn es ist eine grosse Änderung, wenn Kassen und Leistungsanbieter – und es handelt sich eben, Frau Polla, nicht nur um Ärzte, sondern um sämtliche Berufsgattungen, die als Anbieter im Bereich des Gesundheitswesens tätig sind – auch Verträge abschliessen müssen. Es können aber durchaus auch Verbände sein, es müssen nicht nur Einzelpersonen sein, welche diese Verträge mit den Kassen abschliessen.

Die Motion ist als klares Signal zu verstehen. Darum war auch die Kommission einstimmig dafür, dass die Differenzen im Rahmen der jetzigen Vorlage bereinigt werden müssen, damit die unbestrittenen Punkte der Revision in Kraft treten. Frau Bundesrätin Dreifuss hat uns schon im vergangenen Herbst und Winter dazu gedrängt, wir waren aber damals der Meinung, dass wir die Zusage haben müssten, dass die Aufhebung des Vertragszwanges in die Vorlage Neuregelung der Spitalfinanzierung eingebaut wird. Wir sind daher auch sehr froh, dass sich der Bundesrat dazu bereit erklärt hat, die Motion entgegenzunehmen. In der Vorlage Neuregelung der Spitalfinanzierung muss also die Aufhebung des Vertragszwanges vorgeschlagen werden. Die Diskussion in der Kommission – dies zu den Bedenken, die Frau Polla erwähnt hat – war aber auch ein klares Zeichen in Richtung

der Krankenkassen, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ohne klare Kriterien und Richtlinien nicht möglich ist.

Wir wären eigentlich sehr dankbar, wenn Leistungsanbieter und -bezahler in der Zwischenzeit die Gelegenheit wahrnehmen würden, miteinander ins Gespräch zu treten, Rahmenbedingungen zu erarbeiten und auch einen Rechtsweg vorzuschlagen, damit die Leistungserbringer, wie dies jetzt angetönt wurde, bei ihren Entscheiden nicht der Willkür der Kassen ausgeliefert sind. Frau Bundesrätin Dreifuss hat sich nach anfänglichem Widerstand bereit erklärt, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges in der Vorlage Neuregelung der Spitalfinanzierung zu bringen. Dies erlaubte dann der Kommission auch, jetzt auf diese Aufhebung zu verzichten und die Motion einstimmig zu unterstützen.

mission auch, jetzt auf diese Aurnebung zu verzichten und die Motion einstimmig zu unterstützen. Es sei noch einmal gesagt: Das aufgeschobene Anliegen darf nicht zur Aufhebung führen, im Gegenteil, wir warten gespannt auf Ihre Vorlage und Ihre Vorschläge, Frau Bundesrätin. Am liebsten würden wir sehen, dass sich, wie erwähnt, gemeinsame Lösungsvorschläge ergeben würden und der Kommission dann auch die Arbeit vereinfacht würde. Wir waren in der Kommission einstimmig davon überzeugt, dass diese Liberalisierung geschehen muss!

Abstimmung – Vote Für Überweisung der Motion 142 Stimmen Dagegen 4 Stimmen

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision

Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Differenzen - Divergences

Botschaft des Bundesrates 21.09.98 (BBI 1999 793) Message du Conseil fédéral 21.09.98 (FF 1999 727)

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.99

Nationalrat/Conseil national 21.04.99

Nationalrat/Consell national 22.04.99

Nationalrat/Conseil national 31.05.99

Ständerat/Conseil des Etats 27.09.99

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Nationalrat/Conseil national 20.03.00

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 22.03.00

Nationalrat/Conseil national 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 24.03.00

Nationalrat/Conseil national 24.03.00

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung 2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Art. 55a

Antrag der Kommission Mehrheit

Abs. 1

 \dots Artikeln 36, 37 und 38 von einem Bedürfnis abhängig machen. Er legt \dots

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Minderheit

(Schiesser, Frick, Schmid Samuel, Stähelin) Streichen

Art. 55a

Proposition de la commission Majorité

AI. 1

.... au plus, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission les articles 36, 37 et 38. Il fixe

Adhérer à la décision du Conseil national

Minorité

(Schiesser, Frick, Schmid Samuel, Stähelin) Riffer

Beerli Christine (R, BE), für die Kommission: Hier haben wir drei Punkte zu behandeln:

Eine erste Differenz tritt bei Artikel 55a auf. Wenn Sie den Beschluss des Nationalrates betrachten, erinnern Sie sich, dass wir über einen solchen Antrag hier letztes Mal schon verhandelt haben. Es war der Antrag der Mehrheit Ihrer Kommission, der dem heutigen Beschluss des Nationalrates fast wortwörtlich entspricht. In diesem Rat wurde jedoch nicht dem Antrag der Mehrheit, sondern dem der Minderheit der Kommission zugestimmt. Damals wurde kein solcher Artikel 55a aufgenommen; der Nationalrat hat ihn jetzt trotzdem so beschlossen.

Die Kommission hat sich noch einmal über diesen Artikel gebeugt. Sie ist in ihrer Mehrheit der Ansicht, dass wir ihn in einer leicht verbesserten Ausfertigung, nämlich angepasst an

die Fassung, wie sie die Mehrheit Ihrer Kommission letztes Mal vorgeschlagen hat, übernehmen sollten.

Jetzt spreche ich zu den Änderungen, die wir zu Artikel 55a Absatz 1 vorschlagen. Hier schlagen wir Ihnen eine gewisse Eingrenzung vor. Wir möchten nämlich, dass nur die Leistungserbringer umfasst sind, die in den Artikeln 36, 37 und 38 des KVG erwähnt sind, und nicht jene, die in Artikel 39 und 40 aufgeführt werden. Im Klartext bedeutet dies, dass es sich nur um den ambulanten Bereich handeln sollte, dass der stationäre Bereich bei der Eingrenzung nicht umfasst sein soll.

Aus unserem früheren Antrag haben wir zudem noch eines der Kriterien für eine mögliche befristete Beschränkung der Zulassung übernommen. Eine solche soll möglich sein, wenn das Bedürfnis nicht vorhanden ist. Dies ist praktisch eine Bedürfnisklausel, die hier in Absatz 1 aufgenommen wurde. Wenn man den ganzen Artikel 55a betrachtet, muss man sagen, dass dies keine sehr elegante Lösung ist. Sie enthält wohl einen schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit und ist deshalb auch aus ordnungspolitischen Gründen zweifelhaft.

Andererseits sind wir in einer Situation, die praktisch einer Notlage entspricht. Wir können heute nämlich noch nicht davon ausgehen, dass wir die Lösung betreffend die Aufhebung des Kontrahierungszwanges realisieren können. Am Schluss werden wir Ihnen die Überweisung einer Motion beantragen, die dem Bundesrat den Auftrag gibt, die Frage des Kontrahierungszwanges noch etwas vertiefter zu prüfen. Wir haben noch keine Lösung, die uns ein Eindämmen der Ärzteflut – dies sage ich jetzt in etwas harten Worten – ermöglicht. Deshalb sind wir gehalten, uns eine Art Krücken anzueignen, um die kommende Übergangszeit zu überstehen. Im Herbst werden wir die zweite Etappe der KVG-Revision beraten und in diesem Rahmen über die Frage des Kontrahierungszwanges sprechen. Dieser wird dann mit Inkrafttreten dieser endgültigen Revisionsvorlage rechtskräftig.

In diesem Sinn kann Artikel 55a als eine Notlösung betrachtet werden. Diese ist ganz klar auf drei Jahre befristet. Eine solche schwer wiegende Eingrenzung darf nicht länger andauern bzw. zugelassen werden.

Die Mehrheit Ihrer Kommission ist überzeugt, dass wir dem Problem, das mit dem Inkrafttreten der bilateralen Verträge auf uns zukommt, begegnen müssen. Die Verträge werden es Ärztinnen und Ärzten aus dem EU-Raum – auch Ärztinnen und Ärzten, die in Schweizer Spitälern tätig sind und die EU-Staatsbürgerschaft haben – ermöglichen, in der Schweiz Praxen zu eröffnen. Dass dies ab Inkrafttreten der bilateralen Verträge möglich ist, wurde von Ihrer Kommission noch abgeklärt.

Aus diesem Grund sind wir der Ansicht, dass wir diesen Artikel 55a als eine Übergangsregelung aufnehmen müssen, bis wir mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges, wie sie in einem zweiten Schritt der KVG-Revision vorgesehen ist, zu einer definitiven Lösung kommen.

Präsident (Schmid Carlo, Präsident): Eine Korrektur der Fahne: Gemäss der Minderheit soll der ganze Artikel 55a gestrichen werden, nicht nur der Absatz 1.

Schiesser Fritz (R, GL): Als Sprecher der Minderheit möchte ich, damit es wenigstens später einmal im Protokoll steht, gewisse rechtliche Vorbehalte gegen den Antrag der Mehrheit vorbringen. Es wird ja immer davon ausgegangen, dass der Ständerat das rechtliche Gewissen dieses Parlamentes sei.

Ich möchte die Vorbehalte, die hier von unserer Seite her bestehen, aus rechtlicher Sicht kurz darlegen. Die Sprecherin der Mehrheit, Frau Beerli, hat darauf hingewiesen, dass es sich um eine einschneidende Regelung handelt. Es geht um eine Regelung, die einen relativ grossen Personenkreis betreffen wird. Aufgrund der Auskünfte, die ich erhalten habe, wären mindestens diejenigen ausländischen Ärzte, die jetzt in Spitälern tätig sind, mit dem Inkrafttreten der bilateralen Verträge befugt, eine Praxis zu eröffnen. Das ist eine Zahl,



15. März 2000 Ständerat 98.058

die recht hoch ist. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass nicht alle der etwas mehr als 2000 dieser Ärzte eine Praxis eröffnen möchten, so muss man doch erwarten, dass mit einer entsprechenden Zahl von Gesuchen zu rechnen wäre. Es geht also nicht darum, vereinzelte Fälle zu regeln, sondern es geht um eine erhebliche Zahl von Fällen, die geregelt werden muss.

Es geht weiter um einen Eingriff, der ganz einschneidend ist. Ich teile aufgrund der heutigen Formulierung die Auffassung nicht, dass der Bundesrat nur für eine Übergangsfrist von drei Jahren eine Regelung erlassen kann. Denn wenn dem so wäre, dann gehörte diese Bestimmung in die Übergangsbestimmungen; dann wäre sie nämlich für eine einzige Periode anwendbar. Wir haben diese Bestimmung aber jetzt mitten im Gesetz. Das wäre eine erste Frage, mit der sich der Nationalrat erneut befassen sollte. Damit ist ja so oder so zu rechnen. Ich gehe davon aus, dass es nur für eine Übergangsfrist in Frage käme und nicht für eine wiederholt mögliche Frist von drei Jahren.

Nun habe ich darauf hingewiesen, dass sehr viele Personen betroffen sein werden und dass es ein erheblicher, einschneidender Eingriff sein wird. Hierzu habe ich zusammen mit anderen Kollegen, die der Minderheit angehören, die Auffassung vertreten, eine solche Regelung müsse Sache des Gesetzgebers und nicht des Verordnungsgebers – des Bundesrates – sein, zumal wir für die Verordnung, die der Bundesrat, gestützt auf diesen Artikel 55a, dereinst erlassen wird, praktisch keinerlei Rahmen setzen.

Die Kommission hat das Element des Bedürfnisses wieder aufgenommen, wie es bei der ersten Beratung im Antrag der Mehrheit enthalten war. Umgekehrt ist aber der Satz: «Er (d. h. der Bundesrat) legt die entsprechenden Kriterien fest», weggefallen. Abgesehen davon hat der Bundesrat von mir aus gesehen einen Blankoscheck, «plein pouvoir». Kein einziges Kriterium, nach dem sich der Bundesrat richten soll, ist hier aufgeführt. Davon, dass die Kantone im Rahmen dieses Gesetzgebungsprozesses bezüglich dieser Kriterien mitsprechen können sollten, rede ich gar nicht. Ich muss eingestehen, dass wir in einer unkomfortablen Situation sind. Einschneidende Regelungen zu treffen, ist meines Erachtens Sache des Parlamentes, notfalls auch mit einem dringlichen Bundesbeschluss.

Ich weiss, dass man mir entgegenhalten wird, dass ein solcher dringlicher Bundesbeschluss genau dann beraten werden müsste, wenn die europäischen Parlamente über die Ratifikation der bilateralen Verträge entscheiden werden. Das ist nun einmal eine Folge des Zeitablaufs der Ratifikation. Das kann uns aber nicht davon entbinden, unsere Pflichten zu erfüllen; wir können diese Aufgabe nicht einfach ohne Rahmenbedingungen dem Bundesrat übertragen, unter Hinweis darauf, der Bundesrat werde es schon richten, er müsse nur mit den Kantonen und den Leistungserbringern Kontakt aufnehmen, und die Kantone würden dann dereinst die Leistungserbringer gemäss Absatz 1 bezeichnen. Wir werden entsprechende Rekursverfahren haben, und letztlich wird es das Bundesgericht sein, das sagt, was gilt. Damit kann ich mich nicht einverstanden erklären.

Herr Kollege Stähelin hat gestern in der Kommission einen Vorschlag unterbreitet, der inhaltlich, von der Stossrichtung her, in die gleiche Richtung geht, aber einen anderen Weg wählt und auch andere Voraussetzungen und Kriterien enthält. Wir waren nicht in der Lage, diesen Antrag abschliessend zu behandeln. Herr Stähelin zeigte auf, dass auch noch andere Wege möglich wären. Ich frage mich, ob aufgrund dieser Ausgangslage nicht wir das Heft in der Hand behalten sollten, auch wenn wir uns bewusst sein müssen, dass wir relativ kurzfristig handeln müssen. Gerade der Vorschlag von Kollege Stähelin hat mir aufgezeigt, dass es andere Überlegungen gäbe, die durchaus einbezogen werden müssten, und zwar durch das Parlament und nicht durch den Bundesrat.

Das sind die Gründe, weshalb ich mich mit dem Antrag der Mehrheit nicht einverstanden erklären kann, auch wenn ich zugebe, dass der Antrag der Mehrheit besser ist als der Beschluss des Nationalrates. Denn er bringt wenigstens ein zusätzliches Kriterium und eine Eingrenzung der betroffenen Leistungserbringer, indem er den stationären Bereich nicht mehr einbezieht.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen. Wir haben damit das Problem nicht gelöst. Wir müssen uns bewusst sein, dass wir, das Parlament, das Problem lösen müssen. Der Bundesrat wird insoweit gefordert sein, als er uns eine entsprechende Vorlage unterbreiten muss. Auch wenn das den unschönen Aspekt des Dringlichkeitsrechtes hat, meine ich, es sei noch unschöner, nun dem Bundesrat einfach «plein pouvoir» zu geben, und die Kantone müssen dies dann vollziehen. Ich glaube, das geht nicht an, zumal wir die Kantone in diesem Umfeld nie konsultiert haben und nie haben konsultieren können.

Ich bitte Sie also, in diesem Punkt dem Antrag der Minderheit zu folgen.

Stähelin Philipp (C, TG): Artikel 55a will mit der Begrenzung der Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung ein tatsächlich dringendes Problem angehen. Grundsätzlich bin ich mit der generellen Stossrichtung durchaus einverstanden. Es sind Mittel und Wege zu suchen, um die stete Zunahme von Ärzten abbremsen und insbesondere einer möglicherweise explosionsartigen Zunahme im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens mit der EU entgegentreten zu können. Wir wollen ja schliesslich keine Verhältnisse erleben, wie sie unser Nachbarland Liechtenstein vor ein bis zwei Jahren erlebt hat. Trotzdem scheint mir der vorliegende Vorschlag noch zu viele Mängel aufzuweisen, um zum Erfolg führen zu können, obwohl ich durchaus dankbar bin, dass die Kommission mit der Ausnahme der Spitäler - wenigstens einen Punkt hat bereinigen können.

Zum einen bedeutet der Vorschlag einen doch sehr massiven Staatseingriff, und die Kompetenzdelegation an den Bundesrat wird lediglich mit dem einen Kriterium eines nicht weiter definierten Bedürfnisses verbunden und geht damit sehr weit. Im Grunde genommen bleibt dies doch primär eine «Deckelung» in der Art der Bedürfnisklauseln, wie wir sie aus den kantonalen Gastgewerbegesetzen etwa gekannt haben, die ringsum abgeschafft werden, weil sie sich schlicht nicht bewährt haben.

Ich kann mir jetzt schon lebhaft vorstellen, wie künftig mit Praxisbewilligungen auch im Bereich der Ärztepraxen gehandelt werden wird; dabei werden aber tatsächliche Schliessungen ausbleiben. So werden insbesondere auch in Kantonen mit heute klar zu hohen Ärztedichten und entsprechenden Prämien wohl kaum Abbaumassnahmen tatsächlich durchgezogen werden können. Undankbar dürfte dabei auch die Aufgabe der Kantone werden, welche solches durchzusetzen und die ganzen Verfahren durchzuspielen haben werden.

Es dürfte sich auch kaum bewähren, solche schwerwiegenden Eingriffe und Systemänderungen zu befristen. Die Massnahme wird kaum ernst genommen, sondern mit ausgiebigen Rechtsmittelverfahren unterlaufen werden. Drei Jahre sind bekanntlich gerade im Krankenversicherungsbereich mit Beschwerdeführung rasch einmal überdauert.

Dass schliesslich der Bundesrat auf dieses Mittel der Zulassungseinschränkung nicht etwa im Sinne einer Übergangsbestimmung ab Inkrafttreten der Novelle bis zum Ablauf der drei Jahre, also von 2001 bis Ende 2003, sondern jederzeit auf die befristete Zeit der drei Jahre zurückgreifen kann, stimmt mich auch nicht glücklich. Es wird doch eher ein weiteres, sehr dirigistisches Instrument eingeführt, das aufgrund seiner Stellung hier im Gesetz durchaus langfristig angelegt ist.

Schliesslich soll der Bundesrat dieses Mittel je nach Situation – so die Aussage von Frau Bundesrätin Dreifuss – auch nur regional, d. h. in einzelnen Kantonen, einsetzen können, was wiederum den Ärztedruck auf andere Kantone erhöhen würde. Auch dies ist vorderhand ein Schönheitsfehler.

Die Fassung, die uns vorliegt, scheint mir trotz der Verbesserungen durch unsere Kommission noch allzu grobschlächtig zu sein. Wir haben mit der steten Zunahme von Leis-

98,058 Conseil des Etats 15 mars 2000

tungserbringern im Gesundheitswesen durchaus ein Problem zu lösen. Dazu sind aber feinere Instrumente, auch wettbewerbsorientierte, notwendig, welche dann tatsächlich auch greifen können.

Ich unterstütze den Streichungsantrag der Minderheit.

Brunner Christiane (S, GE): Pour un certain nombre d'entre vous, c'est la première fois qu'ils abordent cette révision de la loi sur l'assurance-maladie. J'aimerais rappeler que le message du Conseil fédéral date de septembre 1998, que notre Conseil en tant que Conseil prioritaire a commencé ses travaux en novembre 1998, et que nous voilà bientôt, plus de deux ans et demi après, encore sans aucun résultat. Nous avions très clairement dit que nous faisions une première révision de la LAMal, une première étape, rapide, pour régler les problèmes qui pouvaient l'être rapidement, que nous laissions les choses délicates pour une deuxième étape. Je constate qu'avec les navettes qui ont eu lieu entre les deux Chambres en ce qui concerne l'obligation de contracter et les mesures liées aux limitations des fournisseurs de prestations, nous avons perdu beaucoup de temps pour mettre en vigueur les autres dispositions de cette première révision qu'il nous faut mettre en vigueur de manière ur-

Si je comprends les arguments juridiques qui ont été invoqués notamment par M. Schiesser, je pense que nous avons tenté d'amender encore une fois hier en commission la proposition de la majorité de notre commission, de telle manière à prendre en considération ces arguments le plus possible, et surtout de telle manière à offrir au Conseil national la possibilité, nous en sommes à la troisième navette, de se rallier à notre décision à l'article 55a pour terminer cette révision partielle afin de permettre sa mise en vigueur.

Je préfère une délégation de compétence au Conseil fédéral en la matière — s'il y a lieu de le faire, peut-être qu'il n'y aura pas lieu de le faire — plutôt que de devoir entreprendre une révision prévoyant une limitation de l'accès des prestataires à l'assurance de base par le biais de mesures urgentes. Dans l'assurance-maladie, nous ne devons plus travailler avec des mesures urgentes, avec des arrêtés fédéraux urgents. Je préfère encore une délégation de compétence dans la loi, plutôt que de devoir, juste après la mise en vigueur des accords bilatéraux, travailler à coup d'arrêtés fédéraux urgents pour tenir compte d'une situation qui pourrait peut-être se produire.

Je vous invite instamment à soutenir la proposition de majorité, de telle manière que le Conseil national puisse se rallier à notre décision, que nous n'ayons enfin plus de divergences entre nos deux Conseils et que nous puissions permettre la mise en vigueur de toutes les autres dispositions importantes de cette révision.

Spoerry Vreni (R, ZH): Auch die Vertreter der Minderheit anerkennen, dass eine Problematik vorliegt und dass man etwas tun muss.

Die Lösung, die Ihnen die Mehrheit vorschlägt, ist – zugegeben – wohl nicht absolut optimal. Aber der Vorschlag ist innerhalb des Spannungsfeldes, in dem wir uns befinden, und in Anbetracht der Randbedingungen, die wir vorfinden, zu würdigen. Da ist erstens die Notwendigkeit zu nennen, die Kostensteigerung in den Griff zu bekommen. Zweitens befinden wir uns in einem Differenzbereinigungsverfahren, und der Nationalrat hat deutlich entschieden. Drittens stellt sich die Frage der Freizügigkeit mit der EU, die dieses Problem ganz sicher verschärfen wird.

Aus diesen Gründen scheint es trotz der geäusserten Bedenken vertretbar, die befristete Lösung der Mehrheit – eingeschränkt auf den ambulanten Bereich – zu unterstützen.

Beerli Christine (R, BE), für die Kommission: Ganz kurz ein paar Punkte: Ich bin mit Herrn Schiesser vollkommen einverstanden. Die Grundproblematik muss durch das Parlament geregelt werden, und das Parlament wird diese Grundproblematik auch regeln: nämlich im Rahmen des zweiten Teiles der Revision des Krankenversicherungsgesetzes. In

diesem Rahmen werden wir die ganze Palette möglicher Lösungen prüfen, und namentlich werden auch die Arbeiten der Verwaltung betreffend die Aufhebung des Kontrahierungszwanges vorliegen.

Die Botschaft zu diesem zweiten Teil der KVG-Revision ist uns in etwa auf die zweite Hälfte dieses Jahres, also auf den Herbst, zugesagt. Aufgrund der Fristen der Gesetzesberatungen durch die Räte und der Inkraftsetzung muss davon ausgegangen werden, dass es sicher zwei bis drei Jahre dauern wird, bis diese Revisionsvorlage in Kraft gesetzt werden kann. Wir hoffen alle, dass die bilateralen Verträge auf den 1. Januar 2001 in Kraft treten. Falls das nicht der Fall sein wird, ergibt sich vielleicht ein Aufschub von sechs Monaten, aber auf keinen Fall – so hoffen wir alle – von drei Jahren.

Demzufolge gibt es eine Zwischenzeit, für die eine Regelung getroffen werden muss; eine Notlösung für diese Problematik, weil mit dem Inkrafttreten der bilateralen Verträge – das hat auch das Integrationsbüro noch einmal bestätigt – für die ausländischen Ärzte die Inländerbehandlung gilt. Es ist notwendig, dass wir hier eine Übergangsregelung im Gesetz verankern.

Im Übrigen besteht natürlich auch eine gewisse Praxis der kantonalen Behörden bei der Erteilung von Praxisbewilligungen für ausländische Ärzte. Das wurde bis heute so gehandhabt, und das wird in Zukunft – mit der Regelung, die wir Sie hier im Gesetz zu verankern bitten – in genau gleicher Weise, aufgrund einer Bedürfnisklausel, durch die kantonalen Behörden zu handhaben sein. Hier besteht das nötige Know-how.

Noch eine kleine redaktionelle Ergänzung: Herr Schiesser hat erwähnt, dass der letzte Satz von Absatz 1 in der Fahne herausgefallen sei. Das stimmt, trifft jedoch für die französische Fassung nicht zu. Der Wille der Mehrheit der Kommission ist, dass der Satz «Er legt die entsprechenden Kriterien fest» im Anschluss an die Änderung, die wir beantragen, noch vermerkt wird. Er wird also so aufzunehmen sein.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: J'aimerais vous inviter à distinguer entre le problème à court terme, c'est-à-dire la situation d'urgence qui pourrait se présenter, et les problèmes à long terme, même si le domaine de la restriction de l'admission de prestataires de soins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins est bien le même. Les problèmes ont besoin d'instruments différents.

Le problème de fond est de savoir si nous trouvons, et nous nous efforçons vraiment de vous proposer cela, peut-être même un peu plus tôt que le disait Mme Beerli, le mécanisme qui permet de restreindre l'admission des prestataires de soins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. C'est un des problèmes les plus difficiles à régler, surtout dans le domaine ambulatoire où nous avons toujours tenu à garder un régime très libéral d'accès aux soins et un régime très libéral de ces soins. C'est un principe auquel la population est très attachée.

Face à l'augmentation des coûts qui est encore plus forte dans le secteur ambulatoire, à la corrélation entre le nombre de prestataires de soins et le niveau des coûts, nous sommes obligés de nous poser la question de savoir comment en limiter le nombre.

Je me rappelle que c'était déjà une discussion en relation avec la LAMal elle-même. Il y avait des propositions de limitation en fonction de l'âge: pas de prestataires de soins âgés de plus de 65 ans. Cette proposition avait été balayée à l'époque. Nous avons eu, au Conseil national, des propositions diamétralement opposées. L'une demandait au Conseil fédéral, Monsieur Schiesser, de fixer des critères d'admission des prestataires de soins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire, sans la moindre limitation de durée. C'était la proposition Raggenbass et elle avait été adoptée dans un enthousiasme indescriptible. Je ne me souviens pas d'avoir assisté à une prise de décision aussi joyeuse. Après quoi, les mêmes ont dit: «Tout le pouvoir aux caisses!» Nous devons absolument trouver un système qui garantisse la limitation de l'accès selon des critères transparents, un

système qui donne des droits de recours et qui ne se limite pas à un tête à tête prestataires de soins/caisses-maladie. Un système qui ne donne pas non plus tout le pouvoir au Conseil fédéral. J'aimerais vous rappeler, comme gage de ma bonne volonté, que j'étais bien seule à me défendre contre la compétence qu'on voulait donner de façon permanente au Conseil fédéral. J'ai insisté sur la difficulté de fixer de tels critères et sur l'arbitraire, je dirais même la corruption, qui pourrait fleurir dans un tel système.

Vous voyez donc que je ne suis pas en faveur de mesures centralisatrices dans ce domaine. Mais je suis en faveur d'instruments qui nous permettent d'agir rapidement lorsque cela est nécessaire, avec des cautèles de temps, de consultation préalable et de collaboration avec les cantons. Nous avons besoin d'un tel instrument.

M. Schiesser nous reproche de le mettre dans la loi et de ne pas envisager la voie d'un arrêté fédéral urgent. C'est une décision fondamentale, qui a été prise en relation avec la LAMal, d'essayer de sortir de cette logique dans laquelle nous avons vécu à la fin des années quatre-vingt et au début des années nonante, qui consistait à recourir – nous l'avons fait, je crois, trois fois de suite – au droit d'urgence dans une machine aussi délicate. Dans la loi, nous avons une section 5: «Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts» et un article 54 qui donne aux autorités d'approbation la possibilité d'établir un budget global. Je vous rappelle à quel point l'expression «budget global» donne de l'urticaire à une majorité des deux Chambres, en tout cas c'est l'impression que l'ai eue!

Il y a également la possibilité, grâce à l'article 55, d'établir des tarifs d'autorité. Mais, comme toujours, on est en retard d'une guerre. On a repris ici des mesures qu'on avait dû appliquer à la fin des années quatre-vingt et, maintenant, nous nous trouvons face à un autre problème. Cet autre problème, le hasard veut qu'il nous apparaisse ou qu'il se pose, à vues humaines, au moment où nous révisons la loi. Ce que nous vous invitons à faire, ce que le Conseil national vous invite à faire, c'est de poursuivre dans cette logique, de bien mettre dans ce chapitre, qui en souligne le caractère extraordinaire et l'objectif de «maîtrise des coûts», la possibilité de recourir à des mesures, pour une période limitée et uniquement pour le secteur ambulatoire. Ceci dans le but de limiter les coûts et avec un instrument qui est connu dans le domaine des auberges et des cafés, mais qui, ici, est beaucoup plus sérieux.

Je dois préciser comment le Conseil fédéral envisage d'utiliser un tel instrument. C'est la moindre des choses si le Parlement nous donne cette compétence. Pour une période limitée, mais qui doit pouvoir être utilisée au moment où le problème se pose. Ce n'est pas une mesure transitoire, c'est une mesure exceptionnelle. Nous devons pouvoir dire que, dans certaines régions où nous savons d'expérience que la pléthore médicale a induit des coûts déjà très élevés, «dans telle spécialité, nous ne souhaitons pas que des personnes soient admises à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire pendant une période limitée.» C'est un frein, rien d'autre.

Nous avons, dans ce domaine – Mme Beerli l'a dit de façon inversée –, de l'expérience. Il y a des régions du pays où, si l'on n'accordait le droit de s'installer qu'aux Suisses ayant des diplômes reconnus, la population n'aurait pas les soins, non seulement qu'elle souhaite, mais dont elle a absolument besoin. Dans ce cas, je peux donner – c'est de ma compétence – une reconnaissance des diplômes des médecins étrangers. Il faut donc, d'un côté, que leurs diplômes soient reconnus – actuellement, nous pratiquons la reconnaissance automatique des diplômes de l'Union européenne, déjà depuis plus d'une année – et, de l'autre côté, qu'il y ait un besoin dans cette région. Je ne vais pas vous ennuyer avec les descriptions de cas individuels, ils ne sont pas très nombreux, puisqu'il s'agit d'autoriser. Là, il s'agirait de freiner, donc c'est le mouvement contraire.

Les critères, eux, ne nous ont jamais posé le moindre problème. Nous collaborons très étroitement avec les cantons. Nous examinons les cas individuels. D'après la proposition de la majorité, ce sont les cantons qui examineront les cas individuels, et nous pouvons donner des critères, que ce soit pour des professions médicales qui sont particulièrement menacées de hausses de coûts, ou que ce soit, par exemple, dans des régions frontalières particulièrement menacées par une augmentation explosive du nombre de médecins installés.

C'est ainsi que nous aimerions agir en collaboration avec les cantons. Nous disons ici qu'ils doivent être consultés au préalable et les représentants des cantons savent que, dans ce domaine, lorsqu'on les consulte, leur avis compte. Ce n'est pas tout simplement un exercice de style, d'autant plus que l'on ne peut rien faire dans l'application, sans leur bonne volonté et d'autant plus que nous avons l'intention d'agir en finesse, si cela est nécessaire. Je dois ajouter que cette mesure ne peut être prise que d'une façon non discriminatoire envers les ressortissants de l'Union européenne, c'est-à-dire qu'il est vrai que la mesure n'est pas très sympathique, qu'elle n'est pas très fine et qu'elle peut poser problème à des jeunes qui souhaitent s'installer. Le mieux que nous puissions faire - et je m'oppose une fois de plus à l'idée d'un droit d'urgence maintenant, plus tard peut-être, si on en a besoin -, c'est de mettre cela dans cette révision à cause de son aspect incitatif. Imaginez la négociation entre un jeune médecin qui souhaite s'installer et une banque: pensez-vous que cette banque va lui donner d'emblée tous les crédits qu'il demande pour pouvoir s'installer quand il le veut, ou est-ce que cette négociation va être plus serrée sur les chances que ce médecin puisse effectivement s'installer et que cette branche ne soit pas pléthorique en termes d'offre? Dans ce sens-là, je crois que nous avons tellement de contrôle social et fédéraliste sur l'utilisation d'un tel instrument que l'on ne doit rien craindre, et certainement pas des abus de pouvoir de la part du Conseil fédéral. Ce domaine n'est pas celui où le Conseil fédéral souhaiterait plus de pouvoir. Je pourrais vous en citer d'autres, par exemple celui du subventionnement des primes pour les personnes de condition économique modeste, où nous trouvons que la jungle fédéraliste est quand même un peu trop touffue. Sur le plan de l'organisation de la santé dans les cantons, les représentants cantonaux ici savent que nous respectons leurs com-

Je vous prie donc d'adopter la proposition de la majorité, et je suis sûre que le Conseil national se ralliera à votre décision.

Abstimmung – Vote Für den Antrag der Mehrheit 27 Stimmen Für den Antrag der Minderheit 4 Stimmen

Art. 64 Abs. 6 Bst. d

Antrag der Kommission

Mehrheit
Festhalten

Minderheit
(Brunner Christiane, Studer Jean, Stähelin)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 64 al. 6 let. d
Proposition de la commission
Majorité
Maintenir
Minorité
(Brunner Christiane, Studer Jean, Stähelin)
Adhérer à la décision du Conseil national

Beerli Christine (R, BE), für die Kommission: Das ist eine Differenz, die wir schon seit einigen Beratungen mitnehmen und für die Ihnen die Mehrheit nach wie vor Festhalten beantragt.

Hier geht es uns in der Tat darum, dass wir die Kosten einschränken und möglichst wenige Ausnahmen vom Grundsatz der Kostenbeteiligung stipulieren möchten. Deshalb ist die Kommissionsmehrheit nicht der Ansicht, dass man die Prävention von der Kostenbeteiligung ausnehmen soll.



Brunner Christiane (S, GE): J'aimerais rappeler, notamment pour les nouveaux membres de notre Conseil, que le cadre général de cette disposition touche la compétence que l'on entend accorder au Conseil fédéral pour exempter certaines mesures de prévention de la participation aux coûts. C'est uniquement une compétence que le Conseil fédéral entend utiliser dans le cadre de campagnes de prévention, notamment dans le cadre de campagnes de prévention pour le dépistace du cancer du sein.

Cela fait deux fois que je plaide, devant ce Conseil, en faveur de l'importance de la mammographie et de l'absence de participation aux coûts lorsqu'on mène une campagne de dépistage du cancer du sein, à partir d'un certain âge, avec l'instrument de la mammographie.

Je me suis dit que, vu la composition de notre Conseil, au lieu de parler de mammographie et de dépistage du cancer du sein, il fallait que je parle de dépistage du cancer de la prostate. Je vous rends attentifs au fait qu'aux Etats-Unis, on est en train de mettre au point un test de dépistage du cancer de la prostate qui s'appelle le PSA, et que nous étudions dans notre pays l'efficacité de ce test de dépistage. S'il se révèle efficace, comme cela semble être le cas, nous pourrions lancer dans notre pays une campagne en faveur du dépistage du cancer de la prostate, et éviter ainsi aux hommes de notre pays les inconvénients majeurs qui sont liés à cette maladie.

C'est ce type de mesures de prévention pour lesquelles il conviendrait de ne pas prévoir de participation aux coûts, pour qu'elles soient largement appliquées et pour qu'elles soient abordables pour l'ensemble de la population, quels que soient les moyens financiers individuels.

Je vous rappelle encore que le Conseil national a accepté deux fois, à l'unanimité, de suivre le projet du Conseil fédéral et que ce serait la dernière divergence qui subsiste. Je ne crois pas qu'il soit utile de faire encore une Conférence de conciliation pour savoir si nous pouvons suivre ou non le projet du Conseil fédéral sur ce point.

Je prie particulièrement MM. les conseillers aux Etats de bien vouloir soutenir la proposition de minorité et le projet du Conseil fédéral.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: Nous vous serions très reconnaissants si vous adhériez à la décision du Conseil national. Je comprends bien les inquiétudes qui ont été exprimées au sujet des coûts qui pourralent augmenter pour les assureurs-maladie et, donc, se répercuter sur les primes. Cela traduit une certaine méfiance; j'aurai l'occasion de montrer que cette méfiance, quant à la façon dont le Conseil fédéral établit la liste des prestations à la charge de l'assurance-maladie, est exagérée.

La participation aux coûts pour les mesures de prévention pose un problème et fait partie des thèmes discutés en long et en large lors de la première révision, et qui reviennent et reviendront, je vous le promets, si on n'arrive pas à régler le problème de façon satisfaisante. Le problème, c'est que la prévention s'adresse en principe à des personnes qui sont ou se croient en bonne santé – et je pense à des mesures concrètes, j'y reviendrai tout à l'heure – et qui n'ont donc aucune raison de s'adresser à un médecin ou de faire un acte thérapeutique. Nous devons convaincre ces personnes que nous pouvons, dans certains cas, les aider à éviter des maladies, parfois graves, grâce à ce geste qu'elles font d'aller consulter ou d'accepter une prestation de cette nature. Or, si nous voulons inciter ces personnes à faire ce pas et qu'elles doivent payer intégralement ce qu'on leur demande de faire, l'effet de cette incitation peut être fortement réduit. L'exemple cité par Mme Brunner est intéressant, parce que je crois que le réflexe masculin vis-à-vis de la prévention est beaucoup plus faible que celui des femmes. Celles-ci sont beaucoup plus conscientes et disposées à payer, éventuellement, pour des contrôles réguliers. Elles sont mieux informées sur les dangers des cancers qui leur sont propres - je pense en particulier au cancer du coi de l'utérus, etc. - que les hommes ne le sont des dangers qui les menacent. Beaucoup d'épouses savent à quel point il est difficile de convaincre leurs maris d'aller consulter lorsqu'ils ne se sentent pas bien; mais les pousser à aller consulter lorsqu'ils se sentent bien, je sais que c'est une tâche presque impossible, surtout quand ils peuvent encore répondre: «Je me sens bien, et je vais devoir payer ça. Alors, je suis fier de ne pas consulter inutilement.»

Il y a donc vraiment un problème de comportement face à la prévention dont nous devons faciliter la résolution. C'est le but de la délégation de compétence que nous vous demandons, et j'aimerais vous dire dans quel sensnous aimerions l'exercer

Nous aimerions, pour l'essentiel, l'exercer dans le cadre de campagnes cantonales, régionales ou nationales, c'est-àdire d'un effort global qui est fait, à la fois sur le plan de l'information et sur celui de l'offre, à des prix que nous négocions. Notre fameuse campagne de vaccination contre l'hépatite B est en partie un échec, car les cantons ne savent pas comment l'organiser. Les patients ne veulent pas y aller parce qu'ils doivent payer et nous avons de la peine à obtenir un prix du vaccin qui nous paraisse juste. Nous devons donc faire un immense effort, parce qu'il s'agit d'une maladie gravissime et que nous savons que le vaccin est efficace. Contrairement à certaines craintes qui avaient été exprimées en France, on sait aujourd'hui, même en France, qu'il n'y a pas d'effets secondaires que l'on ne peut pas assumer, l'entends, quant à l'incidence. Ces campagnes sont vouées à l'échec si nous ne pouvons pas en faire un ensemble cohérent: information, effort demandé aux prestataires de soins, effort demandé à ceux qui, dans ce cas, produisent le vaccin

Les autres mesures de prévention que nous pourrions envisager étaient celles des screening, à mon avis d'ailleurs plus discutables peut-être que la vaccination. Dans ce domaine, nous devons accumuler des expériences et voir quels sont vraiment les effets sur une population qui est souvent la plus difficile à atteindre non seulement parce qu'elle est en bonne santé, mais parce qu'elle a un comportement insatisfaisant par rapport à la prévention. C'est dans le cadre de campagnes de vaccination, que nous souhaitons pouvoir, de façon limitée, ponctuelle, dire que les mesures de prévention ne doivent pas être soumises à la participation aux coûts. Nous demandons des efforts à tout le monde, mais nous voulons toucher les gens.

Un dernier mot, parce que la chose me tient à coeur. J'anticipe un peu sur des problèmes dont j'aurai l'occasion de discuter avec vous, sans doute, aussi plus tard, dans le cadre du budget de l'Office fédéral de la santé publique. Nous devons impérativement, et vous l'avez lu dans les journaux, améliorer le taux de vaccination de notre population. Le taux de vaccination atteint est bon pour les enfants; il est mauvais pour les adultes. Il est mauvais pour les adultes d'abord parce que certains besoins de vaccination apparaissent tardivement, car on découvre enfin la maladie et le vaccin l'hépatite B en est un exemple; il est mauvais ensuite parce que nous avons des populations migrantes qui n'ont pas de comportement de protection et de prévention; et puis, il est mauvais parce que certains groupes à risque - je pense au cas de la grippe - ne se rendent pas compte de la protection qu'un vaccin peut leur offrir. Or, la grippe n'est pas seule-ment un problème qui touche certains métiers à risque, mais aussi les personnes âgées, les femmes enceintes, qui souffrent davantage des conséquences de la grippe. Le virus de la grippe change chaque année, et rien ne nous dit qu'une épidémie aussi grave que celle que le monde a connue en 1918/19 ne puisse pas un jour revenir. Tout, au contraire, indique qu'un jour, selon la loi des probabilités en tout cas, cela viendra. Je prépare avec mon office, en accord avec l'OMS, un plan de lutte contre une pandémie de grippe.

Nous devons le faire. Nous devons avoir les produits à disposition; nous devons avoir les vaccins, mais aussi les remèdes, puisqu'il y en a. Nous devons avoir une population qui a modifié son attitude, une population adulte, une population âgée qui a déjà modifié son comportement face à la vaccination; qui considère que c'est normal, que ce n'est pas réservé aux bébés. Pour y arriver, nous devons commencer aujourd'hui ce travail d'information. Comment voulez-vous qu'on le fasse, si le résultat se manifeste par une facture de 120 ou de 150 francs pour le geste qui devrait être naturel? J'aimerais plaider pour l'importance de ces mesures de prévention. La prolongation de la vie humaine n'est pas due aux progrès de la médecine curative, elle est due aux progrès de la médecine préventive et de l'hygiène, de la bonne eau, du logement plus sain, etc. Ne négligez pas l'effet de la médecine préventive. Aidez-nous à créer des campagnes qui aient du succès. Pour ces campagnes, c'est pour celles-là que je plaide, il faut que nous puissions aussi dire aux patients: «Venez recevoir quelque chose qui est nécessaire et vous n'aurez pas à payer spécialement pour ça.»

Un dernier mot. Je parlais de la vaccination pour la protection des personnes touchées. Je puis aussi vous dire que l'on n'éradiquera jamais certaines maladies, si le taux de vaccination de la population n'atteint pas un certain pourcentage. Si nous descendons en dessous de 80 pour cent, nous savons que cette maladie continuera à nous menacer en permanence, largement.

C'est dans ce sens-là, pour protéger l'ensemble de la population ou pour combattre des maladies particulièrement bien connues et dont le dépistage précoce peut aider à éviter la condamnation à mort qu'elles représentent, que nous vous demandons de suivre la décision du Conseil national.

Je puis donner l'assurance qu'il ne s'agit pas d'une liste positive énumérant uniquement des gestes thérapeutiques les uns après les autres, mais que seront déterminées des conditions liées à l'efficacité de campagnes que nous devons faire.

Berger Michèle (R, NE): Je remercie le Conseil fédéral de mettre l'accent sur la prévention. La prévention conduit aussi à la maîtrise des coûts de la santé.

Je dois dire que j'ai voté un peu à contrecoeur l'article 55a dans la version de la majorité de la commission. J'aurais bien voulu voter la proposition de minorité, parce que mettre un contingent sur des professions libérales, à quelque part, c'est paradoxal. Je l'ai fait dans l'esprit de la maîtrise des coûts de la santé: si bien que si nous voulons être logiques avec nous-mêmes, nous devons maintenant voter pour la proposition de minorité, également dans cet esprit de maîtrise des coûts de la santé.

J'invite donc mes collègues à voter pour la proposition de minorité.

Abstimmung – Vote Für den Antrag der Mehrheit 13 Stimmen Für den Antrag der Minderheit 13 Stimmen

Mit Stichentscheid des Präsidenten wird der Antrag der Mehrheit angenommen Avec la voix prépondérante du président la proposition de la majorité est adoptée

An den Nationalrat - Au Conseil national

00.3003

Motion SGK-NR (98.058). Aufhebung des Kontrahierungszwanges Motion CSSS-CN (98.058). Suppression de l'obligation de contracter

Einreichungsdatum 03.02.00 Date de dépôt 03.02.00 Nationalrat/Conseil national 08.03.00 Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Beerli Christine (R, BE), für die Kommission: Ihre Kommission bittet Sie ebenfalls, diese Motion zu überweisen. Ich hatte vorhin Gelegenheit, Ihnen das Projekt der Aufhebung des Kontrahierungszwanges darzulegen. Wir sind der Ansicht, dass dieses Projekt geprüft werden muss und dass der Bundesrat die notwendigen Arbeiten an die Hand zu nehmen hat. Namentlich hat er die Kriterien zu definieren und einen Rechtsweg aufzuzeigen. Wir erwarten auch Anträge für den ambulanten Bereich, weil wir der Ansicht sind, dass dort mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges Wesentliches vorgekehrt werden kann, um die Kosten in den Griff zu bekommen.

Im stationären Bereich sind wir der Ansicht, dass eine Prüfung vorgenommen werden muss, sind aber weniger überzeugt, dass man hier zu einem guten Schluss kommen kann. Wir sind deshalb eher überzeugt, dass im stationären Bereich keine Anträge vorzulegen sind, sondern dass sich die Motion hier auf einen Prüfungsauftrag beschränken soll.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: Nous sommes tout à fait d'accord avec cette motion, Monsieur le Président, mais je n'ai pas besoin de répéter ce que j'ai dit tout à l'heure. Nous n'avons pas encore trouvé l'oeuf de Colomb, mais nous le tapons dans toutes les directions pour essayer de le faire tenir debout. En d'autres termes, il y aura nos propositions dans la prochaine révision partielle de la LAMal cette année encore.

Überwiesen – Transmis

Nationalrat

98.058

20. März 2000

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision

Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Differenzen - Divergences

Botschaft des Bundesrates 21.09.98 (BBI 1999 793) Message du Conseil fédéral 21.09.98 (FF 1999 727)

Message du Conseil fédéral 21.09.98 Ständerat/Conseil des Etats 15.03.99

Nationalrat/Conseil national 21.04.99

Nationalrat/Conseil national 22.04.99

Nationalrat/Conseil national 31.05.99

Ständerat/Conseil des Etats 27.09.99

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Nationalrat/Conseil national 20.03.00

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 22.03.00

Nationalrat/Conseil national 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 24.03.00

Nationalrat/Conseil national 24.03.00

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung 2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: Nach der Behandlung im Ständerat bestehen noch zwei Differenzen: Zuerst zum neuen Artikel 55a, den wir hier im Nationalrat eingeführt haben: Der Ständerat beschloss, die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung auf die Anbieter von ambulanten Behandlungen zu

beschränken und jene von stationären Behandlungen auszuschliessen.

Die Kommission konnte sich diesem Beschluss anschliessen, denn es erscheint uns nicht sinnvoll, für eine kurze, befristete Zeit von drei Jahren auch für die Anbieter von stationärer Behandlung eine derartige Vorschrift einzuführen. Als ausserordentliche Massnahme – dies möchte die Kommission nochmals betonen – kann der Bundesrat die Zulassungsbegrenzung einführen, einmalig selbstverständlich und auf drei Jahre begrenzt. Auch dies sei hier nochmals betont. Wir schliessen uns also bei Artikel 55a dem Ständerat an und bereinigen diese Differenz.

Bei Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d hält die Kommission mit 10 zu 7 Stimmen an der Fassung des Nationalrates fest. Eine starke Minderheit, zu der auch ich gehöre, stimmt dem Ständerat zu und will damit die Differenzen bereinigen, damit wir nicht an einer Einigungskonferenz über die Frage der Abschaffung der Kostenbeteiligung bei verschiedenen Leistungen der Prävention diskutieren müssen. Dem Bundesrat soll in diesem Artikel – wie der Nationalrat zweimal beschlossen hat, das erste Mal sehr knapp, das zweite Mal diskussionslos, ohne einen Gegenantrag – die Kompetenzeingeräumt werden, einzelne Leistungen der Prävention von der Kostenbeteiligung auszunehmen. Dies beschloss Ihre Kommission mit 10 zu 7 Stimmen.

Cavalli Franco (S, TI), pour la commission: Après les débats au Conseil des Etats, il restait deux divergences à propos de la révision partielle de la LAMal par rapport à ce que nous avons décidé ici.

La première divergence se rapporte à l'article 55a. Vous vous souvenez que nous avons très longuement discuté, en commission et ici, sur l'obligation de contracter. Après ces longues discussions, nous en étions arrivés à une solution introduisant, pour une période de trois ans, une clause du besoin. Le Conseil fédéral devait décider s'il était nécessaire de l'introduire, et les cantons avaient la possibilité de régler le détail de son application. Selon notre version, la clause du besoin s'applique à tout le secteur sanitaire, tandis que, selon la version du Conseil des Etats, elle se limite au seul secteur ambulatoire.

La commission a décidé de se rallier à la solution du Conseil des Etats et vous propose donc de garder la clause du besoin, mais de la limiter au seul secteur ambulatoire, ce qui veut dire en pratique de ne pas l'étendre au secteur hospitalier

La commission pense que c'est raisonnable. Vu que nous allons discuter encore au cours de cette année de tout le problème du financement du secteur des hôpitaux, nous aurons la possibilité, si cela s'avère nécessaire, d'introduire d'autres mesures dans ce secteur.

La deuxième divergence se rapporte à l'article 64 dans lequel il est précisé qu'on peut enlever de la franchise toutes les mesures – c'est le Conseil fédéral qui en décide – destinées à la prévention. Je vous rappelle que, la première fois, nous avions accepté, à l'unanimité, cette version. Le Conseil des Etats a décidé, par 13 voix contre 13, avec la voix prépondérante du président, de biffer la possibilité d'enlever les prestations de prévention de la franchise. Il faut être conscient que les mesures de prévention sont des mesures qui s'appliquent à des gens sains.

Si quelqu'un est tout à fait sain, s'il n'est pas malade et qu'on lui conseille d'aller se soumettre à une mesure de prévention — ça peut être la mammographie, des tests pour le cancer de la prostate —, c'est difficile de lui dire: «Tu y vas, et tu dois payer la franchise.» Car à ce moment-là, beaucoup de gens n'iront pas, et toute la mesure préventive n'a alors plus de sens si la participation devient faible.

C'est pour cette raison que la commission propose, par 10 voix contre 7, de maintenir votre précédente décision.

En résumé, la commission vous propose, pour la première divergence, de vous rallier à la décision du Conseil des Etats, et pour la deuxième divergence, de maintenir notre décision

Art. 55a Abs. 1

Antrag der Kommission Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 55a al. 1

Proposition de la commission Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen - Adopté

Art. 64 Abs. 6 Bst. d

Antrag der Kommission Mehrheit Festhalten Minderheit

(Widrig, Bortoluzzi, Dunant, Hassler, Laubacher, Triponez) Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art, 64 al. 6 let. d

Proposition de la commission Majorité Maintenir Minorité

(Widrig, Bortoluzzi, Dunant, Hassler, Laubacher, Triponez) Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Widrig Hans Werner (C, SG): Ich bitte Sie namens der Minderheit, hier auf den Ständerat zuzugehen und diese letzte Differenz auszuräumen, ohne dass wir jetzt da noch die Einigungskonferenz bemühen müssen. Der Ständerat hat uns in wichtigen Fragen, wie beim Kontrahierungszwang und bei der Bedürfnisklausel, Entgegenkommen signalisiert. Materiell ist schon alles gesagt worden, auch bezüglich der kostendämpfenden Wirkung dieser Massnahme gemäss dem Beschluss des Ständerates.

Zum Abstimmungsresultat: Es war im Ständerat schon knapp; aber hier war es in der ersten Runde natürlich genau so knapp. Deshalb bitte ich Sie, hier der Minderheit und damit dem Ständerat zu folgen. Das ist ja keine so entscheidende Frage, dass wir ihretwegen den ganzen Fahrplan über Bord werfen müssen.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: La question est importante. C'est pourquoi, quoi qu'il arrive, au moment du vote, j'aimerais dire quelles sont les intentions du Conseil fédéral au sujet de la disposition qui figurait initialement dans le projet du Conseil fédéral.

Il ne s'agit pas de libérer l'ensemble des mesures de prévention de la participation aux coûts, c'est évident. Il ne s'agit pas, par exemple, comme nous l'avons de nouveau entendu pendant la séance de commission, de payer les vaccins nécessaires pour des vacances outre-mer. Si on se paie des vacances outre-mer, je crois qu'on peut aussi se payer le vaccin qui va avec.

Il s'agit principalement, sinon exclusivement, de pouvoir mener des campagnes de santé publique sur des maladies graves, et de pouvoir le faire en sachant qu'on touchera une population qui, si on lui demande de payer pleinement la participation aux coûts, sera plus hésitante à le faire. Dans le cadre de campagnes, ça veut aussi dire que l'autorité publique qui fait de telles campagnes, que ce soit au niveau du canton, d'une région ou de la Confédération, a à coeur de maîtriser les coûts.

Je peux vous donner l'exemple de la campagne de vaccination contre l'hépatite B: nous avons fait pression sur le coût du vaccin. Il n'est pas acceptable que nous créions un besoin de vaccination, que nous le diffusions dans la population et que le coût, lui, puisse être fixé, par exemple, en fonction d'une demande accrue. Ce sont donc des campagnes par lesquelles on s'adresse aux gens, on leur explique un problème, on leur demande de faire quelque chose, et où on aimerait qu'il n'y ait pas de facteur économique qui vienne réduire l'attrait de l'acte.

Campagnes de vaccination contre des maladies graves: j'en ai cité une, il y en a d'autres. Nous avons des lacunes dans la vaccination des populations adultes dans notre pays, dues souvent au phénomène de migration, et ce sont des groupes de populations encore plus difficiles à amener devant le médecin. Campagnes particulières également de type prévention, screening, exploration pour les formes de cancer dont on peut espérer qu'un dépistage précoce puisse limiter les dangers. Voilà de quoi il s'agit.

La question, nous en avons parlé en commission, est de savoir s'il vaut la peine de maintenir une divergence. C'est bien sûr une question que le Parlement doit se poser. Ce que j'aimerais vous dire ici, c'est, premièrement, qu'il faut clarifier ce que nous voulons faire avec cet article, et non pas lâcher la bombe dans ce domaine; deuxièmement, c'est que, en ce qui me concerne, je vois aussi des chances de succès dans le sens d'un compromis, d'une clarification des choses en Conférence de conciliation. Mais c'est à vous de savoir si, dans ce domaine, vous souhaitez que cette ultime démarche soit faite avec le Conseil des Etats ou si vous préférez terminer l'aventure aujourd'hui. Quoi qu'il arrive, cette aventure ne sera pas terminée définitivement, parce que les besoins de la prévention vont de toute façon nous amener à nous reposer la question. Si vous deviez en décider aujourd'hui selon le Conseil des Etats, il est clair que nous aurons affaire à un monitoring des campagnes pour savoir quels sont les éléments financiers de telles campagnes.

Je me suis exprimée devant la commission en disant: «A vous de juger!» Je vous redis la même chose, mais je peux vous donner l'assurance que, si vous mainteniez votre soutien à cette proposition, il n'y aurait pas une explosion des coûts et on pourrait, au contraire, obtenir des succès dans des campagnes de prévention importantes sur le plan de la santé publique.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Mehrheit 85 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit 83 Stimmen

An die Einigungskonferenz – A la Conférence de conciliation



Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision

Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Differenzen - Divergences

Botschaft des Bundesrates 21.09.98 (BBI 1999 793) Message du Conseil fédéral 21.09.98 (FF 1999 727)

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.99

Nationalrat/Conseil national 21.04.99

Nationalrat/Conseil national 22.04.99

Nationalrat/Conseil national 31.05.99

Ständerat/Conseil des Etats 27.09.99

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Nationalrat/Conseil national 20.03.00

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 22.03.00

Nationalrat/Conseil national 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 24.03.00

Nationalrat/Conseil national 24.03.00

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung 2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Art. 64 Abs. 6 Bst. d

Antrag der Einigungskonferenz

d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

Art. 64 al. 6 let. d

Proposition de la Conférence de conciliation

d. exempter certaines mesures de prévention de la franchise. Ces mesures comprennent celles effectuées dans le cadre de programmes de prévention organisés au niveau national ou cantonal.

Beerli Christine (R, BE), für die Kommission: Es ist nach dem letzten Umgang eine einzige Differenz verblieben, und zwar bei Artikel 64 Absatz 6 Litera d. Sie erinnern sich: Wir hielten letztes Mal mit Stichentscheid des Präsidenten an unserer Fassung, d. h. am Streichungsbeschluss, fest. Der Nationalrat hielt dann mit 85 zu 83 Stimmen an seinem gegenteiligen Beschluss fest. Heute Morgen fand die Einigungskonferenz statt.

Die Verwaltung hat einen vermittelnden Vorschlag vorgelegt, der beraten und anschliessend von der Einigungskonferenz genehmigt wurde; wir unterbreiten ihn dem Rat zur Annahme. Der vermittelnde Antrag sieht vor, dass bei Präventionsuntersuchungen einzig die Franchise ausgenommen werden soll, dass aber der Selbstbehalt nach wie vor zu bezahlen ist. Die Regelung besagt ebenfalls, dass es sich dabei um nationale oder kantonale Präventionsprogramme handelt, und nicht um Prävention im Generellen.

Ich bitte Sie, diesem Antrag der Einigungskonferenz zuzustimmen

Saudan Françoise (R, GE): J'aimerais intervenir brièvement et expliquer pourquoi je vais refuser cette révision partielle de la LAMai. J'étais intervenue en commission sur le fait que je ne trouvais pas très approprié, dans une minirévision de la LAMal, de se pencher sur un problème aussi crucial que la prévention. A mes yeux, la prévention est une nécessité. Ce n'est pas parce que nous introduisons dans

cette révision partielle des mesures de prévention que je m'opposerai à cette loi. C'est la manière dont nous le faisons qui aboutit à une inégalité de traitement, puisque nous pourrons avoir des programmes de prévention aux plans national et cantonal, et que les cantons seront compétents pour décider de ce programme.

A mon avis, c'est un faux moyen pour parvenir à un but qui est parfaitement justifié. C'est à ce niveau que je m'oppose à

cette minirévision.

Dreifuss Ruth, conseillère fédérale: Je ne prendrai pas beaucoup de temps, mais je dois préciser, voire même corriger, ce que vient de dire Mme Saudan. C'est toujours le Conseil fédéral qui décide. Ce sont les cantons qui organisent ou l'Office fédéral de la santé publique, mais dans la plupart des cas, ce sont bien les cantons. C'est pour les cas auxquels je pense – sinon à l'initiative du moins à l'impulsion générale donnée par la Confédération - que de telles campagnes ont pour vocation de couvrir l'ensemble de la Suisse. Les vitesses de réaction des cantons ne sont pas les mêmes: les problèmes à résoudre ne sont pas non plus les mêmes. Ainsi, nous voyons dans la campagne sur la mammographie, par exemple, que certains cantons ont pris les devants à partir du moment où nous les avons encouragés à le faire. Dans ce sens, en levant cet obstacle aujourd'hui, c'est-à-dire que pour des personnes en bonne santé ces examens ou ces prestations médicales qui coûtent cher, nous sommes persuadés que la diffusion à l'échelle nationale se fera rapidement. Il est donc vrai que les «pionniers» ont pris en charge des frais et des innovations qui sont utiles à tous les autres, mais la vocation nationale de telles campagnes est en général donnée et, peu à peu, elle gagnera l'ensemble du territoire.

Angenommen - Adopté

An den Nationalrat - Au Conseil national

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision

Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Differenzen - Divergences

Botschaft des Bundesrates 21.09.98 (BBI 1999 793) Message du Conseil fédéral 21.09.98 (FF 1999 727)

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.99

Nationalrat/Conseil national 21.04.99

Nationalrat/Conseil national 22.04.99

Nationalrat/Conseil national 31,05.99

Ständerat/Conseil des Etats 27.09.99

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Nationalrat/Conseil national 20.03.00

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 22.03.00

Nationalrat/Conseil national 22,03.00

Ständerat/Conseil des Etats 24.03.00

Nationalrat/Conseil national 24.03.00

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Art. 64 Abs. 6 Bst. d

Antrag der Einigungskonferenz

d. einzelne Leistungen der medizinischen Prävention von der Franchise ausnehmen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden.

Art. 64 al. 6 let. d

Proposition de la Conférence de conciliation

d. exempter certaines mesures de prévention de la franchise. Ces mesures comprennent celles effectuées dans le cadre de programmes de prévention organisés au niveau national ou cantonal.

Heberlein Trix (R, ZH), für die Kommission: Der Einigungskonferenz lagen heute Morgen zwei Vermittlungsanträge zu den Differenzen vor, die noch bestehen. Den Bedenken des Ständerates – mit seinem zweimaligen Festhalten – und einer grossen Minderheit des Nationalrates konnte mit diesen Anträgen Rechnung getragen werden. Die Leistungen, welche hier von der Kostenbeteiligung gemäss bundesrätlichem Entwurf ausgenommen worden wären, wurden doch sehr abgespeckt. Wenn Sie den Text anschauen, dann sehen Sie, dass es einzelne Leistungen sind, die ausgenommen werden können. Es handelt sich nur um die Franchise – und nicht um den Selbstbehalt – und nur um Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionskampagnen durchgeführt werden.

Mit dieser Lösung, d. h. dem abgespeckten Vorschlag der Verwaltung, konnte die Einigungskonferenz leben und stimmte ihm einstimmig zu. Ich möchte Sie bitten, dasselbe zu tun.

Angenommen - Adopté

An den Ständerat - Au Conseil des Etats

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision

Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Schlussabstimmung - Vote final

Botschaft des Bundesrates 21.09.98 (BBI 1999 793) Message du Conseil fédéral 21.09.98 (FF 1999 727)

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.99

Nationalrat/Conseil national 21.04.99

Nationalrat/Conseil national 22.04.99

Nationalrat/Conseil national 31.05.99

Ständerat/Conseil des Etats 27.09.99

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Nationalrat/Conseil national 20.03.00

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 22.03.00

Nationalrat/Conseil national 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 24.03.00

Nationalrat/Conseil national 24.03.00

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung 2. Lol fédérale sur l'assurance-maladie

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

An den Nationalrat - Au Conseil national

Krankenversicherungsgesetz. Bundesbeiträge und Teilrevision

Loi sur l'assurance-maladie. Subsides fédéraux et révision partielle

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 21.09.98 (BBI 1999 793) Message du Conseil fédéral 21.09.98 (FF 1999 727)

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.99

Nationalrat/Conseil national 21.04.99

Nationalrat/Conseil national 22.04.99

Nationalrat/Conseil national 31.05.99

Ständerat/Conseil des Etats 27.09.99

Nationalrat/Conseil national 08.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.00

Nationalrat/Conseil national 20.03.00

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 22.03.00

Nationalrat/Conseil national 22.03.00

Ständerat/Conseil des Etats 24.03.00

Nationalrat/Conseil national 24.03.00

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung 2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Abstimmung - Vote (namentlich - nominatif; Beilage - Annexe 98.058/469) Für Annahme des Entwurfes 180 Stimmen (Einstimmigkeit)

An den Bundesrat - Au Conseil fédéral



NATIONAL RAT

Ref. 0469

CONSEIL NATIONAL

Abstimmungsprotokoll

Namentliche Abstimmung / Vote nominatif

Procès-verbal de vote

Geschäft:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Objet:

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Gegenstand:

Schlussabstimmung

Objet du vote: Vote final

Abstimmung vom / Vote du: 24.03.2000 09:19:29

Aeppli Wartmann	+	S	ZH	ĺ	Fe
Aeschbacher	+	E	ZH	ĺ	Fe
Antille	+	R	vs		Fe
Baader Caspar	+	٧	BL		Fe
Bader Elvira	+	С	SO		Fe
Banga	+	s	SO		Fe
Bangerter	+	R	BE	I	Fis
Baumann Alexander	+		TG		Fö
Baumann Ruedi	+	G	BE		Fr
Baumann Stephanie	+	S	BE		Fr
Beck	+	L	۷D		Fr
Berberat	+	S	NE		Ga
Bernasconi	+	R	GE		Ga
Bezzola	+	R	GR		Ga
Bigger	+	٧	SG	Ī	Ge
Bignasca	*	-	TI		Ge
Binder	+	٧	ZH	Ī	Gi
Blocher	+	٧	ZH		GI
Borer	+	V	SO		GI
Bortoluzzi	+	٧	ZH	j	Go
Bosshard	+	R		1	Go
Brunner Toni	+	٧	SG	Ì	Gr
Bugnon	+	V	VD		Gr
Bühlmann	+	G	LU	İ	Gr
Bührer	+	R	SH	-	Gı
Cavalli	+	s	TI	-	Gi
Chappuis	+	s	FR	- 1	Gι
Chevrier	+	C	vs	Ì	Gy
Chiffelle	+	S	VD	Ī	Gy
Christen	+	R	VD		Ha
Cina	*	С	vs		На
Cuche	+	G	ΝE		Hä
de Dardel	+		GE		Нε
Decurtins	+	C	GR	Ī	Не
Dormann Rosemarie	+	C	LU		Не
Dormond Marlyse	+		VD		He
Dunant	+		BS	Ī	Не
Dupraz	+	R	GE		He
Durrer	+	C	W	Ì	He
Eberhard	+	С	SZ	1	Ho
Egerszegi	+	R	AG	Ī	Ho
Eggly	*	L	GE		Hu
Ehrler	+		AG	Ì	lm
Engelberger	+	R	W		Ja
Estermann	+	С	LU	İ	Jo
Eymann	+	L	BS		Jo
Fasel	+	G	FR	ı	Ju
Fässler	+	S	SG	-	Ka
Fattebert	+	٧	VD	Ī	Ke
Favre	+	R	VD	Ī	Ko

		,	
Fehr Hans	+	٧	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH
Fehr Jacqueline	+	S	ZH
Fehr Lisbeth	+	٧	ZH
Fehr Mario	+	S	ZΗ
Fetz	+	S	BS
Fischer-Seengen	+	R	AG
Föhn	+	٧	SZ
Freund	+	٧	AR
Frey Claude	*	R	NE
Frey Walter	+	٧	ZH
Gadient	+	٧	GR
Galli	+	С	ΒE
Garbani	+	S	NE
Gendotti	*	R	TI
Genner	+	G	ZH
Giezendanner	+		AG
Glasson	+		FR
Glur	+	_	AG
Goll	+	Š	žH
Gonseth	+	_	BL
Grobet	+	S	GE
Gross Andreas	*	S	ZH
Gross Jost	*		TG
	ļ <u> </u>	_	
Guisan	+		VD
Günter	+	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL
Gysin Remo	+	S	BS
Haering Binder	+	S	-
Haller	*		BE
Hämmerle	+		GR
Hassler	*		GR
Heberlein	+	_	ZH
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim	+		SO
Hess Berhard	*	-	BE
Hess Peter	+		ZG
Hess Walter	+	С	SG
Hofmann Urs	+		AG
Hollenstein	+	G	SG
Hubmann	+	S	ZH
Imhof	+	С	BL
Janiak	+	S	BL
Joder	+	٧	BE
Jossen	+	s	vs
Jutzet	+	S	FR
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Koch	+		ZH

[[] [] [] [] [] [] [] [] [] [-	00
Kofmel	+	R	
Kunz	+	٧	LU
Kurrus	+	R	BL
Lachat	+	O	
Lalive d'Epinay	+	R	SZ
Laubacher	+	٧	LU
Lauper	+	С	FR
Leu	+	С	LU
Leutenegger Hajo	+	R	ZG
Leutenegger Susann	C+	S	BL
Leuthard	+	O	AG
Loepfe	+	C	Αi
Lustenberger	+	O	LU
Maillard	+	S	۷D
Maitre	*	C	GE
Mariétan	+	С	٧s
Marti Werner	+	S	GL
Maspoli	+	-	TI
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	+	s	GE
Meier-Schatz	+	č	SG
Ménétrey Savary	+	G	S S S
Messmer	+	R	-
Meyer Thérèse		C	FR
	+	v	ZH
Mörgeli	+	_	
Mugny	+	G	GE
Müller Erich	+	R	ZH
Müller-Hemmi	+	S	ZH
Nabholz	+	R	
Neirynck	+	C	
Oehrli		۷	BE
Pedrina	+	S	TI
Pelli	+	R	TI
Pfister Theophil	+	٧	SG
Polla	+	L	GΕ
Raggenbass	+	С	TG
Randegger	+	R	BS
Rechsteiner Paul	+	S	SG
Rechsteiner-Basel	+	S	BS
Rennwald	+	S	IU
Riklin	+	\overline{c}	ZH
Robbiani	+	С	Ti
Rossini	+	S	٧s
Ruey	*	L	۷D
Sandoz Marcel	+	R	۷D
Schenk	+	٧	BE
Scherer Marcel	+	Ÿ	ZG
Scheurer Rémy	+	È	NE
Schedier Reinv		-	
Schlüer	+	٧	ZH

Schmid Odilo		_	vs
Schmied Walter	+	\overline{v}	BE
Schneider		Ř	
	+	S	
Schwaab Seiler Hananeter	+	V	BE
Seiler Hanspeter	#	V	AG
Siegrist	+	C	-
Simoneschi-Cortesi	+		TI
Sommaruga	+	S	BE
Speck	+	٧	AG
Spielmann	0	-	GE
Spuhler	+	٧	TG
Stahl	+	٧	ZH
Stamm Luzi	+	R	AG
Steinegger	*	R	UR
Steiner	0	R	SO
Strahm	+	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	+	S	AG
Suter	+	R	BE
Teuscher	+	G	
Thanei	+	Ø	ZH
Theiler	+	R	LU
Tillmanns	+	S	VD
Triponez	+	R	BE
Tschäppät	+	S	BE
Tschuppert	+	R	
Vallender	+	R	AR
Vaudroz Jean-Claude) +	C	ĞE
Vaudroz René	+	R	VD
Vermot	+	S	BE
Vollmer	+	s	BE
Waber Christian	+	E	
Walker Félix	*	C	SG
Walter Hansjörg	+	Ť	TG
Wandfluh	+	v	BE
Wasserfallen	+	Ř	BE
Weigelt	+	R	SG
Weveneth	+	Ÿ	
Widmer	+	S	LU
Widrig	+	C	SG
Wiederkehr	*	E	ZH
Wittenwiler		R	SG
Wyss Ursula	+	S	BE
	+	C	
Zäch	+	S	
Zanetti	+		SO ZH
Zapfl	+	C	
Zbinden	+	S	AG
Zisyadis	0	•	VD
Zuppiger	+	٧	ZH
Zwygart	+	Ε	BE

Ergebnisse / Résultats:

Gesamt / Complète / Tutto]
ja / oui / si	180
nein / non / no	0
enth. / abst. / ast.	3
entschuldigt / excusé / scusato	16

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	D	F	G	L	R	S	E	٧	-
ja / oui / sì	32	0	0	10	4	39	50	4	40	1
nein / non / no	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
enth. / abst. / ast.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
entschuldigt / excusé / scusato	3	0	0	0	2	3	2	1	3	2

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

Identif: 46.1 /24.03.2000 09:19:29

⁺ ja/oui/sì nein / non / no

^{*} entschuldigt / excusé / scusato, abwesend / absent / a hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato

o enth. / abst. / ast.

[#] Der Präsident stimmt nicht / Le président ne prend pas part aux votes