



98.058

**Krankenversicherungsgesetz.
Bundesbeiträge
und Teilrevision**

**Loi sur l'assurance-maladie.
Subsides fédéraux
et révision partielle**

Différences – Divergences

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 08.03.00 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 15.03.00 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 20.03.00 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.03.00 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 22.03.00 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 24.03.00 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 24.03.00 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

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

Art. 55a

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

.... Artikeln 36, 37 und 38 von einem Bedürfnis abhängig machen. Er legt

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Minderheit

(Schiesser, Frick, Schmid Samuel, Stähelin)

Streichen

Art. 55a

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

.... au plus, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission les articles 36, 37 et 38. Il fixe

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Minorité

(Schiesser, Frick, Schmid Samuel, Stähelin)

Biffer

Beerli Christine (R, BE), für die Kommission: Hier haben wir drei Punkte zu behandeln:

Eine erste Differenz tritt bei Artikel 55a auf. Betrachten Sie den letzten Beschluss des Nationalrates, und Sie werden sich daran erinnern, dass wir über einen solchen Antrag hier letztes Mal schon verhandelt haben. Es war der Antrag der Mehrheit Ihrer Kommission, der diesem 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". Die Mehrheit ist 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 KVG erwähnt sind, und nicht jene, die in den Artikeln 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. Nach der Differenzbereinigung 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 dem 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 schwerwiegende 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,

AB 2000 S 103 / BO 2000 E 103

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 wiederaufgenommen, 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", auf der ausgeteilten Fahne weggefallen. Abgesehen davon hat der Bundesrat von mir aus gesehen einen Blankocheck, "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 insofern 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 müssten 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 der Zahl der Ärzte abbremsen und insbesondere einer möglicherweise explosionsartigen Zunahme im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens mit der EU entgegenzutreten 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 Gastgewerbeetzen 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 Ärztenpraxen 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 der Zahl der

AB 2000 S 104 / BO 2000 E 104

Leistungserbringer 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 avons très clairement dit que nous faisons une première révision de la LAMal, une première étape, rapide, pour régler les problèmes qui pouvaient l'être rapidement, que nous laissons 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 urgente.

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 Differenzbereinungsverfahren, 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 alle hoffen, 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 (,): 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 financement 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



AB 2000 S 105 / BO 2000 E 105

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 j'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 compétences.

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.

AB 2000 S 106 / BO 2000 E 106

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 dépistage 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 (,): Nous vous serions très reconnaissants si vous adhérez à la décision du Conseil national. Je comprends bien les inquiétudes qui ont été exprimées au sujet des coûts qui pourraient 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 col 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 sens nous aimerions l'exercer.

Nous aimerions, pour l'essentiel, l'exercer dans le cadre de campagnes cantonales, régionales ou nationales, c'est-à-dire 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, j'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 cœur. 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 seulement 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

AB 2000 S 107 / BO 2000 E 107

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 contrecœur 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

