



04.031

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

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

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 21.09.04 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.04 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 30.09.04 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 04.10.04 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 06.10.04 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 06.10.04 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 06.10.04 (DRINGLICHKEITSKLAUSEL - CLAUSE D'URGENCE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.10.04 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 08.10.04 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

*Antrag der Mehrheit*  
Eintreten

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

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

AB 2004 N 1492 / BO 2004 N 1492

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

*Proposition de la majorité*  
Entrer en matière

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



*Proposition Huguenin*

Renvoi au Conseil fédéral

avec mandat:

- d'éviter le saucissonnage des projets de loi qui empêche toute vue d'ensemble et qui ne fait que représenter des éléments à l'origine du refus de la deuxième révision en décembre 2003;
- de réunir l'ensemble des partenaires de la santé;
- de présenter ensuite un projet global de révision.

**Parmelin** Guy (V, VD), pour la commission: En préambule, permettez-moi de comparer à l'aide d'une image quelque peu audacieuse le travail effectué en commission sur ce sujet sensible: je le compare à une équipe disputant une partie de billard, au cours de laquelle les joueurs – les membres de la commission – ont tenté vainement d'améliorer le résultat d'ensemble et d'aller au-delà de l'objectif initial fixé dans le message du Conseil fédéral. Après plusieurs heures de ricochets contre les bandes de cette table de billard – qui représente le cadre législatif actuel – et malgré toutes leurs tentatives de marquer un point sans prendre un "autogoal", les joueurs ont été forcés de constater leur impuissance, pressés qu'ils étaient par le temps et par l'évidence des faits qui, comme chacun le sait, sont têtus.

Venons-en maintenant à l'objet qui nous occupe: la décision du Conseil fédéral de remettre rapidement l'ouvrage sur le métier après l'échec devant les chambres de la deuxième révision de la LAMal, sous forme de deux paquets législatifs.

Le premier paquet qui va nous occuper est composé de quatre messages distincts: 1A, 1B, 1C, 1D, traités en parallèle avec le Conseil des Etats qui fonctionne comme premier conseil.

Aujourd'hui nous allons débattre du message 1A qui doit régler les aspects urgents suivants:

1. la prolongation de la compensation des risques, qui arrive à échéance à fin 2005;
2. la reconduction et le gel des tarifs des soins;
3. la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux, qui arrive à échéance au 31 décembre 2004 et qui devrait être prolongée jusqu'à l'entrée en vigueur du modèle de financement dit dual fixe;
4. l'introduction éventuelle d'une carte d'assuré;
5. les prescriptions relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs.

La commission de notre conseil a décidé d'empoigner en priorité le message 1A, de renvoyer les messages 1B – qui concerne la liberté de contracter – et 1D – qui concerne la participation aux coûts – simultanément avec le deuxième paquet législatif traitant du "managed care", et d'aborder le message 1C qui traite de la réduction des primes, une fois ce premier message 1A terminé. Cette volonté s'explique par la nécessité de privilégier les parties urgentes de la révision, afin d'éviter aussi bien une insécurité juridique préjudiciable à tous les acteurs du système que des conséquences financières qui pourraient avoir des répercussions graves sur ces mêmes acteurs.

Dans le débat d'entrée en matière, il est apparu rapidement au sein de la commission que si chacun pouvait admettre que, dans la situation actuelle, il n'y avait pratiquement pas d'autre solution que de prolonger le système actuel, les avis étaient divergents en revanche quant aux modalités et à la durée de cette prolongation. Concernant les autres aspects de ce message, la discussion a également fait surgir différentes inquiétudes et interrogations: la nouvelle position des cantons en matière de financement hospitalier, le système dual fixe ne semblant plus leur convenir; l'introduction de la carte d'assuré, que certains souhaitent voir devenir une carte de santé, avec tous les problèmes de protection des données, d'accès aux données en cas d'urgence, sans oublier les aspects techniques et technologiques dont l'application suscite inquiétude, voire parfois même méfiance.

La future carte d'assuré est finalement la seule innovation figurant dans ce premier message, le reste relevant de la prolongation, de l'adaptation ou de la reconduction de mesures déjà en vigueur.

Bref, si l'entrée en matière a été décidée sans opposition, c'est en partie parce que, sur plusieurs points, chacun se rend bien compte qu'il y a urgence à prendre certaines décisions. Les points d'achoppement sont par la suite très vite réapparus dans la discussion de détail, et je vous propose de développer, au moment où nous aborderons les articles concernés, les arguments de la commission.

La commission, qui a pris sa décision sans opposition, vous recommande d'entrer en matière.

**Gutzwiller** Felix (RL, ZH), für die Kommission: Ich darf meinem Kollegen Parmelin noch nachfolgen und Sie an Folgendes erinnern: Die KVG-Revision ist ja im Dezember 2003 gescheitert. Man hat vonseiten des Departementes sehr schnell eine neue Vorlage gebracht. Sie erinnern sich: Im Frühjahr 2004 ist dieses erste Paket, das mein Vorredner gerade charakterisiert hat, verabschiedet worden. Eben ist ein zweites Paket mit



substantziellen Themen wie Managed Care und Spitalfinanzierung verabschiedet worden, das uns dann in der Zukunft beschäftigen wird.

Die beiden Räte haben im Frühjahr auch beschlossen, dass die wichtigen Gesetze, die eben eine gewisse Dringlichkeit haben, weil sie zeitlich begrenzt sind, in einem beschleunigten Verfahren parallel behandelt werden. Dieses Vorgehen hat dazu geführt, dass man das erste Paket etwas aufgeschnürt hat, die am dringendsten zu regelnden Bereiche jetzt berät und gewisse komplexere Bereiche etwas zurückgestellt hat. Dabei geht es vor allem um Regelungen, die zeitlich befristet sind, um Themen, die jetzt geregelt werden müssen, damit in Zukunft keine Lücken entstehen. Alles andere wird dann im normalen Verfahren beraten.

Zu den am dringendsten zu regelnden Bereichen aus dem ersten Paket gehören der Risikoausgleich, die Spitalfinanzierung und die Pflegefinanzierung. Dies sind ja auch die drei Vorlagen, die Sie vor sich haben. Dazu kommen neu Themen, die ebenfalls in sich geschlossen sind und weitergebracht werden können, weil sie keine Interdependenzen im ganzen System zeigen: Das sind die Versichertenkarte und die Massnahmen bezüglich Leistungserbringer, die uns beschäftigen werden.

Man darf hier sicher – wie auch die Diskussion der letzten Woche gezeigt hat – Folgendes festhalten: Es ist eine gewisse Enttäuschung darüber, dass nicht mehr Bereiche behandelt werden, dass man nicht weitergekommen ist, vor allem bezüglich der Prämienverbilligung. Es war aber sicher die Meinung der Mehrheit der Kommission, dass bei diesen Dingen eben sehr sorgfältig gearbeitet werden muss. Es sind noch neue Vorschläge dazugekommen, die in den nächsten Wochen nun zügig bearbeitet werden müssen.

Umso mehr ist es ein Anliegen der Kommission, dass die jetzt vorhandenen Vorlagen auch umgesetzt werden können. Ich habe es erwähnt: Sie sind zeitlich begrenzt. Wir müssen entscheiden – es handelt sich um notwendige Schritte. Das Eintreten auf diese Vorlagen war deshalb in der Kommission unbestritten. Alle drei Vorlagen haben dann auch klar die Zustimmung der Kommission gefunden. Wir werden Ihnen dann bei den einzelnen Artikeln die Argumente der Kommission erläutern.

Wie mein Vorredner bitte ich Sie also im Namen der Kommission, einzutreten, den Nichteintretens- und den

AB 2004 N 1493 / BO 2004 N 1493

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

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

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

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

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



est atteinte." Il y a une contradiction évidente entre la prescription de mesures destinées à établir la vérité des coûts et un gel des tarifs, et une telle politique n'est rien d'autre que la politique de l'autruche.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AB 2004 N 1494 / BO 2004 N 1494

dépenses remboursables et rationne les plus pauvres, augmentant ainsi les inégalités déjà existantes devant





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



atteindrons également le deuxième but nécessaire, soit la maîtrise des coûts.

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

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

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

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

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

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

AB 2004 N 1495 / BO 2004 N 1495

beanspruchen, die nicht nötig sind, auch wenn man vorher noch so viele Prämien bezahlt hat. Das bedingt aber auch genügend Eigenverantwortung, dass niemand Leistungen verordnet, die behandlungstechnisch nicht wirklich gerechtfertigt sind, auch wenn man an diesen verdienen könnte.

Diese Bedingungen lassen sich mit Anreizen unterstützen, und dafür setzen wir uns ein. Wir begrüssen die hier geforderten Massnahmen. Sie gehen in die richtige Richtung und werden mit weiteren notwendigen Schritten nach und nach zur weiteren Kostendämpfung führen. Im Gesundheitswesen sollten wir – das beweisen alle Umfragen – nicht mit der Holzhammermethode vorgehen. Wir können die Kosten nicht einfach von einem Jahr zum anderen reduzieren. Wir können dies nur Schritt für Schritt tun. Wir sollten zur Kenntnis nehmen, dass die Kosten stetig steigen werden. Ungefähr eine Million Bürgerinnen und Bürger in diesem Land verdienen direkt oder indirekt an den Leistungen im Gesundheitswesen. Sie werden alles daransetzen, nächstes Jahr mindestens gleich viel, aber noch lieber mehr zu haben.

Wir müssen aber auch anerkennen, wenn Schritte Besserungen bringen. Sie haben gestern gehört, dass die Krankenkassenprämien um 3,7 Prozent ansteigen werden. Sie lesen heute in den Zeitungen: "Kosten immer noch nicht im Griff", "Unabänderliche Steigerung", "Stetige Spirale der Gesundheitskosten". Wir müssen aber auch sehen und anerkennen, dass eine Steigerung in dieser geringen Höhe schon lange nicht mehr erreicht worden ist. Wir sollten hier weitere Schritte beschliessen, um diese Entwicklung der Kostenspirale weiter aufzuhalten. Dafür sind wir bereit.

Ich bitte Sie im Namen der FDP-Fraktion, auf diese Vorlage einzutreten und den Rückweisungs- und den Nichteintretensantrag abzulehnen.

**Humbel Näf** Ruth (C, AG): Der Bundesrat beschreibt in der Botschaft seine Reformstrategie nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision. Er hält dabei fest, dass sich der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung schweremwichtig auf den Bereich der Kostendämpfung konzentriert.

Seitens der CVP teilen wir diese Beurteilung. Die Revision des KVG darf keine weiteren Kostenverlagerungen auf die Krankenversicherer und damit auf die Prämienzahlenden bringen. Sie muss negative, kostentreibende Anreize beseitigen und Transparenz schaffen. Diese Massnahmen braucht es, damit wir unserer Bevölkerung ein qualitativ gutes Gesundheitswesen, eine gute Gesundheitsversorgung erhalten können.



Der Bundesrat unterbreitet uns nun die im letzten Jahr gescheiterte Vorlage in Einzelpaketen; jede Vorlage soll separat dem Referendum unterstellt werden. Dieses Vorgehen ist verständlich und auch gut gemeint. Vonseiten der CVP beurteilen wir es aber als problematisch. Die meisten Teilbereiche sind nämlich eng miteinander verknüpft. Gerade mit der Zielsetzung der Kostendämpfung müssen sie zusammen diskutiert werden können. Wir denken da vor allem an die Teilbereiche Neuregelung der Spitalfinanzierung, Einführung der Vertragsfreiheit, Förderung von Managed Care, von Netzwerken, differenzierte Kostenbeteiligung für die Versicherten bzw. für Patientinnen und Patienten. Letztlich gehören als flankierende Massnahmen auch eine Verbesserung des Risikoausgleichs sowie die Prämienverbilligung dazu.

Die CVP begrüsst daher die Verschiebung der Vorlagen 1B, Vertragsfreiheit, und 1D, Kostenbeteiligung, in das zweite Gesetzgebungspaket. Grundsätzlich unterstützen wir alle Bestrebungen, welche geeignet sind, das Kostenbewusstsein und die Eigeninitiative des Einzelnen zu stärken. Die Höhe der Kostenbeteiligung gehört in diesen Bereich. Die Kostenbeteiligung ist als Kostendämpfungsmassnahme gedacht, richtigerweise muss sie daher auch im Kontext der Kostendämpfungsmassnahmen behandelt werden, das heisst im Zusammenhang mit der Aufhebung des Vertragszwanges und der Förderung von Netzwerken.

Es ist grundsätzlich richtig, in dieser Session ausschliesslich jene Gebiete zu behandeln, wo ein dringlicher Handlungsbedarf vorliegt. Gerade deshalb – weil wir in einigen Gebieten einen dringenden Handlungsbedarf haben – dürfen wir keinen Rückweisungsantrag unterstützen.

Wir beschliessen heute primär Übergangsrecht – dringliches und befristetes Recht. Es ist darum richtig, im Gesetz die Stossrichtung zu signalisieren, das heisst die Richtung, in welche es bei der Revision der zentralen KVG-Bereiche gehen soll. Ich verweise hier auf die Kommissionfassung zum Risikoausgleich und zur Verlängerung des Zulassungsstopps.

Die CVP-Fraktion unterstützt mehrheitlich die Anträge der Kommission. Wir meinen, dass die Versichertenkarte nicht bloss eine Administrativkarte werden darf, sondern dass sie zu einer Gesundheitskarte ausbaubar sein muss. Dazu braucht es die notwendigen gesetzlichen Grundlagen.

Wir unterstützen die Verlängerung des Zulassungsstopps. Leider kommen wir nicht umhin, diesen als vorübergehende Lösung weiterzuführen. Er ist zweifellos keine befriedigende Lösung, weil er vor allem junge Ärztinnen und Ärzte benachteiligt. Das Ziel der CVP ist es daher, ihn so bald wie möglich durch ein freiheitlicheres Vertragssystem abzulösen.

Die Verlängerung des Risikoausgleichs ist an und für sich unbestritten, selbst wenn seine Mängel in der heutigen Form allgemein bekannt und anerkannt sind. Wenn wir die Wettbewerbselemente im KVG stärken wollen, muss der Risikoausgleich wirkungsvoller ausgestaltet werden, um Risikoselektionen unattraktiv zu machen, und zwar sowohl vonseiten der Versicherer als auch vonseiten der Leistungserbringer.

Die CVP-Fraktion unterstützt auch die Verlängerung des Sockelbeitrages für Zusatzversicherte in öffentlichen Spitälern sowie die Übergangsbestimmung für die Pflegefinanzierung.

Zusammenfassend kann ich festhalten, dass die CVP-Fraktion auf die Vorlage eintritt und mehrheitlich den Anträgen der Kommission zustimmt. Ich bitte Sie, dies auch zu tun.

**Rossini Stéphane (S, VS):** Le groupe socialiste entre en matière pour les volets 1 et 2 de ce paquet de révision de la LAMal. Notre non-entrée en matière sur le volet 3 a été explicitée tout à l'heure par Madame Maury Pasquier.

Si le groupe socialiste entre en matière, il formule néanmoins des réserves et des critiques relatives à la démarche. On a évoqué tout à l'heure toute une série d'images symboliques. Pour moi, la LAMal, c'est le Titanic qui coule, mais à la seule différence près que sur le Titanic, il y avait un capitaine, alors que dans la LAMal, il n'y en a pas. Je n'attaque pas ici personnellement Monsieur Couchepin, parce que c'est la composante constitutionnelle qui gère la LAMal qui fait que dans ce pays, il n'y a strictement personne – ou trop de monde – pour piloter, ce qui conduit à une responsabilité non définie dans le pilotage de ce système.

S'agissant du constat général, pour le groupe socialiste, d'une part, aboutir à une révision de la loi qui soit de qualité ne peut se faire en additionnant un certain nombre d'éléments partiels sans vision globale. Certes, on va jouer la stratégie politique. Il faut casser les possibilités de référendum ou, en tout cas, les limiter le plus possible, mais cette stratégie ne correspond pas forcément à une politique de santé publique que l'on pourrait mettre en oeuvre. D'autre part, l'amélioration de l'assurance-maladie, inscrite dans le système suisse de santé, n'est pas possible sans avoir une fois pour toutes le courage d'entreprendre des réformes structurelles, institutionnelles, liées au fédéralisme. Personnellement, cela fait cinq ans que j'ai l'impression de parler dans le vide, mais je reste convaincu que dans ce système, si on ne "casse" pas le fédéralisme, on n'aboutira strictement à rien.

Les éléments du débat dans le cadre de la procédure de consultation et des négociations en cours sont les



suivants: on peut parler du financement hospitalier, avec la question du financement dual, de la réduction des primes, de la clause du besoin. Tous ces éléments, parmi bien d'autres que nous aurons encore à traiter, montrent les limites de la cohabitation Confédération/cantons.

AB 2004 N 1496 / BO 2004 N 1496

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Besorgnis erregend ist andererseits, dass sich auch bei den grossen Reformvorhaben Nulllösungen abzeich-



nen könnten. Bei der Spitalfinanzierung sagen die Kantone zur dual-fixen Leistungsfinanzierung plötzlich oder endlich Nein, weil sich kantonale Subventionen an die Grundversorgung zur schrankenlosen Giesskanne für öffentliche und private Leistungserbringer entwickeln könnten. Bei der Aufhebung oder Lockerung des Vertragszwanges setzt der Bundesrat seltsamerweise auf Konfrontation, auf völlige Vertragsfreiheit, statt den Kompromiss der letzten, gescheiterten Revision wieder aufzunehmen – und riskiert damit natürlich das Referendum der Ärzteorganisationen.

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

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

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

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

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

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

AB 2004 N 1497 / BO 2004 N 1497

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

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

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

Wir treten heute an Ort und Stelle, wir zementieren nur den Status quo. In der vorliegenden Teilrevision debattieren wir nur über die Verlängerung von dringlichen Beschlüssen, obwohl ihre Wirkung zum Teil umstritten ist und wir sie nicht ausdiskutiert haben. Wieso will man uns z. B. mit Vergleichszahlen aus Liechtenstein von einem weiteren Zulassungsstopp für Ärzte überzeugen? Sind die Zahlen, die wir in der Schweiz haben, vielleicht nicht so gut? Wieso soll der Risikoausgleich unverändert weitergeführt werden, obwohl Experten dazu raten, weitere Parameter neben Alter und Geschlecht beim Risikoausgleich mitzuberechnen? So, wie die



Gesundheitsreform von Bundesrat Couchepin aufgegleist ist, laufen wir Gefahr, dass die sozial Schwächeren im Gesundheitssystem immer mehr leiden. Für Familien sind beispielsweise die Krankenkassenprämien unerträglich hoch, doch gegen dieses unerträgliche Leiden legen wir in der vorliegenden Revision gar nichts vor.

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

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

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

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

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

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

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

Zurück zu den anstehenden dringlichen Elementen, die nun hier zur Diskussion vorliegen. Wie gesagt, diese



Schritte sind nicht falsch; allerdings möchte ich diese Vorlagen als eine Art administrative Massnahmen bezeichnen, um etwas Schlimmeres zu verhindern, um die zeitlichen Abläufe zu verlängern. Es ist so eine Art Verwaltungsarbeit, die wir hier für das Gesundheitswesen erledigen, aber mit politischer Zukunftsarbeit hat das nichts zu tun. Wir bedauern, dass es einmal mehr nicht möglich ist, die notwendigen Schritte struktureller Art einer Entscheidung zuzuführen und so unser System wirklich zu einer Besserung zu führen. Wir werden diese Vorlagen grundsätzlich mittragen, wir werden also den Nichteintretens- und den Rückweiserungsantrag ablehnen und für Eintreten stimmen.

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

AB 2004 N 1498 / BO 2004 N 1498

objectifs: on a voulu plus de solidarité; on a voulu maintenir un système de santé de qualité; et on a espéré que l'on parviendrait à maîtriser les coûts.

En ce qui concerne la solidarité, je crois que personne ici ne prétend que le système en vigueur en ait engendré moins. Au contraire, il en a engendré plus, parfois même trop, car si l'on exagère dans ce domaine, il y a tout d'un coup le risque qu'il y ait une rébellion d'un groupe à qui on demande trop par rapport à un autre.

Parmi les discussions qu'on a eues ces derniers temps sur la compensation des risques, j'ai été frappé notamment de l'intervention du président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé qui a, avec ses spécialistes, découvert l'extraordinaire importance qu'avait prise la compensation des risques au cours de ces dernières années. Aujourd'hui, il y a environ 4 milliards de francs qui transitent par le fonds de compensation et une très grande partie est naturellement payée par les classes d'âge les plus jeunes, notamment par les jeunes adultes entre 18 et 25 ans. Cette catégorie d'âge sera ainsi plus lourdement frappée, je dirai, par l'augmentation des primes d'assurance-maladie, plus modérée que prévue mais importante quand même, qui interviendra l'année prochaine et qui a été annoncée hier. La catégorie d'âge précitée paie 1700 francs par an – sur ses primes – pour le fonds de compensation des risques. C'est énorme! Et s'ils subissent des augmentations comme celles qu'ils subiront l'an prochain par rapport aux autres catégories, je crains qu'à un moment, il y ait une véritable rupture de la solidarité, parce qu'on demande un effort trop grand à certaines catégories par rapport à d'autres. Mais ce que je veux dire ici, c'est que personne ne prétend que la loi a amené moins de solidarité; elle en a amené plus et peut-être même presque trop dans certains secteurs; je pense encore une fois à cette catégorie d'assurés.

Second élément, la qualité. On a entendu dire au cours du débat précédent que c'est un des meilleurs systèmes de santé du monde; j'espère que c'est le cas. Ce que je constate, c'est que les Français disent la même chose, les Allemands également; il n'y a que les Anglais qui expriment une certaine modestie, mais une modestie limitée, parce qu'ils pensent que leur système n'est pas mauvais; preuve en est que s'ils veulent introduire un certain nombre de réformes, ils ne veulent pas le changer fondamentalement.

Donc notre système est parmi les bons systèmes de santé. C'est quand même la moindre des choses quand on investit pour ce système le 11 pour cent du produit national brut – un peu moins que les Etats-Unis, mais beaucoup plus que beaucoup d'autres pays qui ont un bon système de santé! J'entends dire aussi que la qualité peut et doit être améliorée.

D'autres pays, notamment les pays nordiques, dépensent moins par rapport au produit national brut pour leur système de santé. Je crois que personne n'imagine que l'on puisse transférer un certain nombre de mesures qui ont été prises dans le Nord et qui correspondent à une culture et à une tradition, mais qui ne sont probablement pas exportables vers un pays comme la Suisse. Un expert m'a dit que par exemple, en Suède, on a centralisé les soins pour les enfants dans deux hôpitaux pour l'ensemble du pays, et que les soins de pédiatrie sont donnés à Stockholm et à Göteborg. Si vous habitez à 500 kilomètres de Stockholm, vous amenez votre enfant à Stockholm et vous le faites soigner là. Personne n'imagine qu'on puisse proposer une solution comme celle-là en Suisse, même si Monsieur Rossini souhaite une centralisation et des compétences plus fortes qui seraient données à la Confédération. La Suède est un beau pays, mais ce n'est pas un modèle; sa culture est bien différente de celle d'ici, quoiqu'on puisse aussi prendre de bons exemples là-bas.

Les coûts: là, on n'a pas réussi – en tout cas pas comme cela était souhaitable. Dans le message de l'époque, on n'a jamais dit qu'on voulait voir une augmentation des coûts de la santé parallèle à celle du coût de la vie. On a dit que ce serait bien si l'on arrivait à avoir environ 1,5 pour cent de plus d'augmentation des coûts de la santé que d'augmentation du coût de la vie. Malheureusement, cet objectif n'a pas été atteint et, donc, reste à atteindre. J'espère que les réductions relatives d'augmentation des coûts de la santé nous conduiront dans cette direction, mais on n'a pas encore réussi pour l'instant à le faire, et c'est un des points qui suscite beaucoup de discussions.



C'est vrai que ces deux dernières années, la hausse a été plus faible que les années précédentes. Il y a trois ans, elle était de plus de 6 pour cent; il y a quatre ans, l'augmentation était aussi beaucoup plus forte; l'an passé, elle était de 4,3 pour cent et cette année, elle est de 3,7 pour cent en moyenne: il y a donc une amélioration. Alors, il est facile d'ironiser sur cette amélioration en disant qu'elle est le produit de "trucs", disqualifiant ainsi des mesures qui sont réelles – car vous ne pouvez pas obtenir des résultats sans prendre des mesures! – et qui ont abouti à des résultats.

Ce matin, lorsque je lisais les commentaires, j'avais l'impression que certains commentateurs éprouvaient une grande mélancolie à l'idée qu'on était en train de diminuer la hausse – ce qui est quand même déjà un progrès – et qu'on était passé de plus de 6 à 3,7 pour cent. Il y avait une certaine nostalgie du temps où la hausse était de 6 ou 7 pour cent.

Qu'aurais-je entendu si on en était resté à 6 ou 7 pour cent? Je pense qu'on aurait dit: "Quelles mesures avez-vous prises? Que faites-vous avec les maigres moyens que vous avez en fonction des dispositions légales d'aujourd'hui pour réduire ces augmentations?"

Eh bien, on a pris un certain nombre de mesures. Il ne faut pas les disqualifier, parce qu'elles ont été efficaces. 4,3 contre 6 ou 7 pour cent une année, c'est de l'ordre de 3 pour cent d'économie pour tous les citoyens sur la prime. Cette année, 3,7 au lieu de 6 pour cent ou plus, c'est de nouveau 3 pour cent d'économie. En deux ans, on a ainsi épargné un supplément de primes de l'ordre de 6 pour cent aux citoyens. Si l'on prend une prime annuelle moyenne de 3000 francs, 6 pour cent de 3000 francs, cela fait 180 francs. En contrepartie, on a augmenté la franchise – cela ne touche naturellement que ceux qui consomment – de 230 à 300 francs, c'est-à-dire 70 francs de plus, et j'ai porté la quote-part – cela ne concerne que ceux qui consomment plus de 6000 et moins de 7000 francs – de 600 à 700 francs, soit une augmentation de 100 francs. Par conséquent, celui ou celle qui a été frappé par ces deux mesures – 70 francs d'augmentation de franchise et 100 francs d'augmentation de la quote-part – paie 170 francs de plus, mais en deux ans il a économisé sur sa prime de base 180 francs, c'est-à-dire 6 pour cent de 3000 francs. Donc, même celui-là a gagné quelque chose dans l'opération. Cette mesure qualifiée de peu sociale est en réalité sociale, car elle bénéficie à tous et même celui qui a eu à payer ces deux suppléments est dans une meilleure situation que si l'on n'avait pas pris cette mesure. C'est une mesure limitée que l'on ne peut pas renouveler chaque année, mais elle porte ses fruits et il faut s'en féliciter. Je m'en félicite.

On a aussi pris d'autres mesures dont on a parlé aujourd'hui, notamment une mesure de solidarité qui consiste à limiter les rabais accordés à ceux qui ont des franchises élevées. Ces rabais étaient en réalité de véritables appels – des "Lockvogelpreise" – qui permettaient de sélectionner les risques. Nous avons modifié le système de telle sorte que cette sélection des risques ne soit pas possible et que ceux qui ont une franchise élevée, à l'avenir, paient réellement le montant qu'ils coûtent. Il n'y pas de cadeau qui leur est fait pour sélectionner les risques, c'est une mesure de solidarité qui a été prise.

Une mesure de transparence a aussi été prise; elle consiste à fixer des régions de primes de telle sorte que les comparaisons puissent se faire dans la même zone géographique pour chaque assurance.

Mais toutes ces mesures ne sont pas suffisantes, il faut aller plus loin et il faut réformer sur le fond le système d'assurance-maladie. Le Parlement s'est employé à réformer ce système sur la base d'un message du Conseil fédéral et il a,

AB 2004 N 1499 / BO 2004 N 1499

lui, décidé l'an passé d'envoyer dans les ténèbres le fruit d'un travail de trois ans – c'était au mois de décembre 2003 –, qui était un projet relativement complexe, mais qui a accumulé les oppositions et qui a fait qu'à la fin, d'une manière assez étroite, il y a eu une majorité qui a décidé de renoncer à l'ensemble du travail des trois ans et qui a refusé le projet de modification de la loi.

La conclusion toute simple est que si l'accumulation des oppositions conduit à une opposition générale, l'alternative est de permettre à chacun de diriger son opposition de manière ciblée sur le point précis qui suscite l'opposition et de repartir avec des paquets séparés, ce que nous avons fait. La vision d'ensemble est connue, elle vous a occupés pendant des années, elle reste la même. Il n'y a que deux alternatives possibles: ou bien on va dans la direction de plus de concurrence, ou bien on va dans la direction de plus d'intervention étatique. J'ai l'habitude de dire que j'ai été quarante ans de ma vie politicien; par conséquent, je me mets dans cette catégorie honorable. J'ai l'habitude de dire que la solution étatique est naturellement plus favorable pour les politiciens – dont j'ai été, dont je suis encore – parce qu'elle permet d'intervenir régulièrement, de six mois en six mois, pour corriger les erreurs précédentes. Et ainsi, on est toujours présent dans l'opinion publique, toujours en train d'améliorer un système qui est toujours en train d'échapper aux mains et à la vision des responsables de la planification étatique. Tout simplement parce qu'il est dans la nature même des choses



qu'un système aussi complexe que celui de la santé ne peut jamais être planifié à partir d'un centre, fût-il aussi compétent et intelligent que celui dont on dispose en Suisse.

Ce n'est pas possible: la planification ne marchera jamais dans un domaine comme celui-là; on le voit bien à travers la compensation des risques. Lorsque vous avez voté en 1996 la compensation des risques, elle était limitée pour dix ans, parce qu'on pensait qu'après dix ans, on n'en aurait plus besoin. Maintenant, on voit qu'il y a nécessité de continuer à la garder en vigueur, mais beaucoup d'entre vous disent qu'il faut aller plus loin encore, parce qu'on n'avait pas vu tous les problèmes qui se posent. Mais dès qu'on commence à entrer dans le détail, on voit qu'il y a de très grandes divergences entre les partisans du changement, les uns voulant une compensation des risques plus fine, fondée sur l'hospitalisation, les autres voulant une compensation des risques en fonction du diagnostic, d'autres encore une compensation des risques affinée en fonction du coût des cas qui sont en cours.

Par conséquent, la planification étatique – c'est ma conviction et celle du Conseil fédéral – peut satisfaire le goût politicien d'intervenir, mais elle ne résout pas les problèmes. Il faut avoir le courage d'aller dans l'autre sens, dans le sens de plus de concurrence. C'est ce à quoi nous visons, et le noyau central de la réforme que nous préconisons est la liberté de contracter. Mais toute une série de mesures d'accompagnement doivent être prises pour que cette mesure joue. Et parmi les mesures d'accompagnement les plus urgentes, il y a un certain nombre de décisions à prendre pour reconduire des institutions qui nous permettent d'éviter des dérapages qui nous empêcheraient de faire la réforme de fond.

Alors aujourd'hui, plusieurs d'entre vous disent: "Les propositions que nous aurons à discuter dans les heures qui viennent n'ont rien d'innovateur." Bien sûr, c'est vrai. Mais lorsqu'on est dans une situation où on veut réformer, il faut d'abord être sûr que la réforme se fait sur un terrain sain, où il n'y a pas tout d'un coup un dérapage qui entrave la réforme et la rend inefficace ou totalement contre-productive. Et ce que nous faisons aujourd'hui n'est rien de génial, c'est simplement consolider le terrain sur lequel nous voulons apporter des réformes, construire quelque chose de neuf.

Nous vous demandons de prolonger la compensation des risques, nous vous demandons de prolonger la décision relative aux tarifs des soins et la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux. Nous ne prétendons pas qu'avec ça nous aurons réformé le système de santé, mais nous aurons au moins assaini le terrain durant la période pendant laquelle nous devons travailler et bâtir du neuf.

Au cours du débat d'entrée en matière, quelques-uns parmi vous ont apporté des éléments de réflexion complémentaires. Monsieur Rossini a rappelé que dans ce pays, en fonction de l'ordre constitutionnel existant, il n'y a pas un capitaine à la tête du Titanic. Je dois dire que l'exemple est un peu attristant parce que, capitaine ou pas, le Titanic a coulé, parce que des obstacles objectifs étaient là. Même avec un beau capitaine qui est mort en écoutant "Ce n'est qu'un au revoir, mes frères!" ou je ne sais plus quel morceau émouvant, ça n'a pas marché; le bateau a coulé. Alors je vous en supplie, Monsieur Rossini, à l'avenir ne souhaitez pas un capitaine à la tête du Titanic, ça ne sert à rien. Maintenant bien sûr, ce serait apparemment plus facile d'avoir un seul responsable de l'ensemble du système de santé, c'est-à-dire un responsable au niveau fédéral exécutif et législatif.

Je crois qu'on est tous conscients que le transfert total ou quasi total à la Confédération des compétences en matière sanitaire n'a aucune chance d'aboutir. Les cantons ne le souhaitent pas, ne le veulent pas. On a fait quelques expériences au cours de ces derniers mois qui montrent que lorsque le lion cantonal sort ses griffes, il vaut mieux se mettre à l'abri. Heureusement, il ne le fait que rarement, mais je crois qu'on aurait là un casus belli qui serait absolument mortel pour ceux qui le souhaitaient.

Monsieur Bortoluzzi a fait un petit bout de campagne pour l'initiative de son parti, sans l'évoquer. Nous discuterons de cette initiative en temps opportun. Sur un certain nombre de points, elle nous paraît aller dans le sens de plus de concurrence; sur d'autres points, elle nous paraît être étatiste, mais on aura une discussion à ce moment-là. Je crois que pour l'instant, il a conclu avec raison que le bon sens commande d'assainir le terrain sur lequel on doit travailler et d'accepter l'entrée en matière sur les différents projets qui sont présentés aujourd'hui et qui ne sont pas révolutionnaires, mais simplement nécessaires si on veut aller plus loin.

Monsieur Gross Jost et Madame Maury Pasquier ont déclaré qu'ils étaient d'accord sur l'entrée en matière, par contre le gel des tarifs n'a pas leur agrément. J'y reviendrai, je crois que cela vaut la peine d'en dire deux mots dans un instant.

Monsieur Gross Jost a aussi évoqué les difficultés pour les commissions parlementaires à se mettre d'accord concernant un arrêté sur la réduction des primes. Il a souhaité que le Conseil fédéral prenne une part plus active à l'élaboration d'une nouvelle solution. Je ne suis pas sûr que lorsqu'il s'agit de distribuer de l'argent, il y ait besoin d'un cuisinier supplémentaire pour distribuer la soupe! J'ai l'impression que lorsqu'il s'agit de distribuer, les cuisiniers sont assez nombreux, mais peut-être à un moment faut-il essayer de coordonner



l'action des différents partenaires. Le Conseil fédéral est naturellement d'accord de jouer ce rôle-là, mais à partir du moment où on sent qu'il y a un consensus possible. Je dois dire que je suis quand même un peu étonné de voir qu'on nous fait le reproche de ne pas avoir été plus innovant dans le domaine de la répartition des subsides fédéraux.

Finalement j'ai cru faire plaisir, pour être simple, à la gauche qui avait proposé le but social, et qui avait fait du but social une condition sine qua non de son acceptation de la loi précédente, ou d'une partie de la loi précédente. Et je pensais que vous auriez vu là un geste positif à l'égard d'un partenaire qui est important et sans lequel la réforme du système de santé n'est pas possible.

Je dois dire que mon expérience m'apprend qu'il ne faut jamais croire que ce qui est arrivé dans le passé peut se renouveler. Aujourd'hui la gauche, qui souhaitait le but social dans la loi, n'en veut plus et veut quelque chose de beaucoup plus concret. Soit, j'en prends acte et à l'avenir je n'essaierai pas, à l'avance, de vous faire des concessions pour vous permettre d'accepter le projet, puisque vous n'en êtes pas satisfaits. La politique est ainsi faite, j'en prends acte. Vous n'êtes plus pour le but social, vous êtes pour un autre projet, on en discutera en temps opportun.

Personnellement je suis plutôt assez ouvert à l'idée qu'on favorise la famille et les enfants, avec quand même une

**AB 2004 N 1500 / BO 2004 N 1500**

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

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

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

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

Votons l'entrée en matière.

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

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



de l'âge de la retraite. Eh bien, je crois que c'est à peu près la même logique que vous préconisez ici. Vous n'arriverez pas à maintenir un système social de qualité sans augmenter les coûts, comme vous n'arriverez pas à sauver l'AVS sans réfléchir aussi à une augmentation de l'âge de la retraite.

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

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

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

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

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

**Huguenin** Marianne (-, VD): L'iceberg est à droite, bien entendu, c'est pourquoi: "A gauche toute!"

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

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

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

AB 2004 N 1501 / BO 2004 N 1501

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



Oublions cette comparaison qui me paraît malheureuse. Je suis pour une école gratuite efficace, qui donne à chacun la possibilité de consommer davantage de culture. C'est la vieille tradition radicale comme vous l'avez dit, et je suis content qu'on rende de temps en temps hommage à ce parti qu'on a plutôt l'habitude de décrier! Mais aujourd'hui, on en est à l'assurance-maladie. Je crois bien sûr qu'une grande partie des gens qui ont recours à l'assurance-maladie n'ont pas une attitude consumériste. Il y a des gens réellement malades et chacun d'entre nous sait qu'on finit tous par mourir, et que la mort est généralement précédée par une période de très forte consommation. Au cours de sa vie, presque chacun d'entre nous a eu un pépin une fois ou l'autre ou a vu des gens qui ont des pépins de santé plus ou moins lourds. Je crois qu'il ne faut pas jouer là-dessus. L'immense majorité des gens consomme parce que c'est nécessaire.

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

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

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

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

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

1. Es wurde hier im Saal sehr bedauert, dass wir mit den Arbeiten zum Sozialziel und zur Prämienverbilligung nicht weiter fortgeschritten sind. Ich möchte Ihnen hier nur mitteilen, dass sich die Kommission sehr intensiv mit diesem Thema beschäftigt hat. Sie hat nicht, wie das berühmte Salonorchester auf der "Titanic", hier einfach bis zum Untergang gespielt; sie hat dieses Thema sehr intensiv angegangen. Ich muss Sie aber daran erinnern, dass neue Vorschläge erst im Sommer auf den Tisch des Hauses gekommen sind, dass die Kantone ganz neue Modelle präsentiert haben und dass es nicht korrekt gewesen wäre, hier schon Ergebnisse zu präsentieren. Die Kommission hat denn auch mit 18 zu 2 Stimmen bei 3 Enthaltungen, also sehr klar, von links bis rechts, den Entschluss gefasst, heute noch keine Erkenntnisse zum Sozialziel vorzulegen, sondern das in der nächsten Runde aufzubereiten.

Dies habe ich gesagt, damit hier gewisse Töne vielleicht richtig interpretiert werden.

2. Damit es noch einmal klar ist: Der Antrag der Minderheit I (Maury Pasquier) auf Nichteintreten wird von der Kommissionsmehrheit klar abgelehnt. Ich darf daran erinnern: Es geht hier nur um Übergangsrecht, es geht nur um die Frage der Verlängerung bis 2006. Selbstverständlich sind die Konzepte für die Pflegefinanzierung schon weit gediehen. Es geht um eine übergangsrechtliche Situation; ohne dieses Übergangsrecht hätten wir sicher einen weiteren Kostenschub in diesem unregulierten Bereich.

Deshalb empfiehlt Ihnen die Kommission hier klarmehrheitlich Eintreten.

*Entwürfe 1, 2 – Projets 1, 2*

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen*

*L'entrée en matière est décidée sans opposition*





*Entwurf 3 – Projet 3*

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

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 04.031/1353)

Für Eintreten .... 98 Stimmen

Dagegen .... 61 Stimmen

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

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag Huguenin .... 16 Stimmen

Dagegen .... 132 Stimmen

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Art. 42 Titel**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Titre et préambule, ch. I introduction, art. 42 titre**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

AB 2004 N 1502 / BO 2004 N 1502

**Art. 42a**

*Antrag der Mehrheit*

*Titel*

Versicherten- und Gesundheitskarte

*Abs. 1*

.... eine Versicherten- und Gesundheitskarte erhält. Diese enthält den Namen ....

*Abs. 2*

Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird anfangs für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet. Sie kann unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzes auch Zugang zu einer elektronischen Krankenakte bieten.

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 4*

Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person die folgenden persönlichen Daten, welche von dazu befugten Personen abrufbar sind:

....

*Abs. 5*

Die Schnittstelle Gesundheit kann im Einverständnis mit der versicherten Person angelegt werden. Die Kantone und die Versicherer einigen sich über die Einführung der Karte.

*Abs. 6*

Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise den Zugriff auf die in den Artikeln 4 und 5 genannten Daten und deren Bearbeitung.





*Antrag der Minderheit I*

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Gutzwiller, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl)

*Titel, Abs. 1–3*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 4*

Die Karte kann im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten enthalten, die von dazu befugten Personen abrufbar sind. Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Kreise den Umfang der Daten festlegen, die auf der Karte gespeichert werden dürfen.

*Antrag der Minderheit II*

(Teuscher)

Den ganzen Artikel streichen

**Art. 42a**

*Proposition de la majorité*

*Titre*

Carte d'assuré et de santé

*Al. 1*

Le Conseil fédéral peut décider qu'une carte d'assuré et de santé soit remise ....

*Al. 2*

Cette carte comporte une interface utilisateur; elle est initialement utilisée pour la facturation des prestations selon la présente loi. Elle peut également servir de clé d'accès à un dossier médical informatisé sous réserve des dispositions relatives à la protection des données.

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 4*

Moyennant le consentement de l'assuré, la carte contient les données personnelles suivantes, qui sont accessibles aux personnes autorisées:

....

*Al. 5*

L'interface santé peut être introduite moyennant le consentement de l'assuré. Elle donne accès au dossier médical aux seuls prestataires de soins autorisés. Les cantons et les assureurs s'entendent sur les modalités d'introduction.

*Al. 6*

Le Conseil fédéral règle, après consultation des milieux intéressés, l'accès aux données mentionnées aux articles 4 et 5 et leur gestion.

*Proposition de la minorité I*

(Hassler, Borer, Bortoluzzi, Dunant, Gutzwiller, Parmelin, Scherer Marcel, Stahl)

*Titre, al. 1–3*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 4*

Moyennant le consentement de l'assuré, la carte peut contenir des données personnelles auxquelles peuvent avoir accès les personnes qui y sont autorisées. Le Conseil fédéral peut définir, après avoir entendu les milieux concernés, l'étendue des données pouvant être enregistrées sur la carte.

*Proposition de la minorité II*

(Teuscher)

Biffer tout l'article

**Hassler** Hansjörg (V, GR): In Artikel 42a geht es um die Einführung einer Versicherten- bzw. Gesundheitskarte. Grundsätzlich befürwortet die Minderheit I die Einführung einer Versichertenkarte. Wenn wir auf Bundesebene in dieser Richtung nichts unternehmen, droht ein Wildwuchs von Erfassungssystemen. Einzelne Kantone haben bereits eigene Projekte in die Wege geleitet, um solche Systeme einzuführen. Es braucht daher eine Kooperation und Koordination auf Bundesebene, damit verhindert werden kann, dass verschiedene Lösungen parallel eingeführt werden.



Die Einführung einer Versichertenkarte bringt klare Vorteile und Synergien. Heute ist es zum Beispiel nicht möglich, das Phänomen der parallelen Zweit- oder Drittkonsultation bei Leistungserbringern zu erfassen, geschweige denn zu kontrollieren. Idealerweise wird die Versichertenkarte mit der Zeit auch zur Gesundheitskarte. Aber die Zeit ist noch nicht reif dazu; wir wissen noch viel zu wenig über die Kosten der Einführung einer Patientenkarte. Auf jeden Fall beträgt der finanzielle Aufwand für die Einführung einer Patientenkarte ein Vielfaches desjenigen für die Einführung einer Versichertenkarte. Es braucht nähere Abklärungen, wer bereit und auch in der Lage ist, die Kosten der Einführung einer Patientenkarte zu übernehmen. Wir wissen auch noch viel zu wenig über die technischen Möglichkeiten und die Ausgestaltung einer Patientenkarte. Weiter gilt es festzulegen, welche Daten auf einer Patientenkarte erfasst werden können. Im Gesundheitsbereich handelt es sich bekanntlich um sehr sensible Daten.

Aus unserer Sicht muss es das oberste Ziel sein, mit der Einführung einer Versicherten- bzw. Patientenkarte eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu bewirken. Um dieses Ziel zu erreichen, sind aber in Bezug auf die Einführung einer Patientenkarte noch weitere, umfangreiche Abklärungen erforderlich. All diese offenen Fragen müssen noch sorgfältig abgeklärt werden. Es ist daher richtig, Schritt für Schritt voranzugehen, damit wir von Fehlinvestitionen verschont bleiben.

Darum plädiert die Minderheit I für ein etappenweises Vorgehen. Vorerst soll eine Versichertenkarte eingeführt werden, die nach weiteren Abklärungen zu einer Gesundheitskarte ausgebaut werden kann. Das ist auch die Meinung des Bundesrates. Die Mehrheit möchte die Versicherten- und Gesundheitskarte in einem einzigen Schritt einführen. Das erachten wir in Bezug auf die Kostenfolgen und die technische Machbarkeit als zu risikoreich.

Wir bitten Sie daher, die Minderheit I zu unterstützen und damit in den Absätzen 1 bis 3 dem Bundesrat zu folgen und den neuen Absatz 4 zu unterstützen. Die Minderheit I unterlag der Mehrheit in der Kommission lediglich mit 11 zu 12 Stimmen.

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

**AB 2004 N 1503 / BO 2004 N 1503**

Dagegen kann ja wohl niemand etwas einwenden. Auf den Versichertenkarten sollen auch nur Daten gespeichert werden, die datenschützerisch keine Probleme stellen: Name, Vorname, Adresse und Identifikationsnummer.

Sie werden sich also fragen, warum ich gleichwohl den Antrag stelle, den ganzen Artikel zu streichen. Es gibt für mich verschiedene Gründe, warum ich im Moment – ich betone: im Moment – dem Konzept "Versicherten- und Gesundheitskarte" nicht zustimmen kann.

Zum einen begründet der Bundesrat die Notwendigkeit der Versichertenkarte mit der Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte auf den 1. Juni 2004. Nur, dafür brauchen wir keine Gesetzesänderung – dies hat der Bundesrat auch in seinem Bericht so festgehalten –, eine Versichertenkarte ist bei gewissen Kassen bereits eine Realität. Weil die Versichertenkarten der verschiedenen Kassen alle die üblichen Angaben – wie Name, Vorname, Adresse – enthalten, besteht hier nicht zwingend ein Bedarf zur Synchronisierung der verschiedenen Daten. Im Bereich Versichertenkarten, so, wie er im Moment vom Bundesrat konzipiert ist, besteht daher aus meiner Sicht kein Handlungsbedarf.

Aus dem Bericht, den uns der Bundesrat für die Kommissionsdebatte zur Verfügung gestellt hat, geht aber zum anderen klar hervor, dass hinter der Einführung der einheitlichen Versichertenkarte die Absicht steht, in einem zweiten Schritt eine Gesundheitskarte einzuführen. Das unterstützt auch die Mehrheit der Kommission, wie Sie der Fahne entnehmen können.

Um eine Gesundheitskarte einzuführen, brauchen wir neue gesetzliche Grundlagen, da brauchen wir Artikel 42a. Mit einer Gesundheitskarte bewegen wir uns aber in einem äusserst heiklen Bereich. Mit einer Gesundheitskarte werden nämlich medizinische Daten erfasst. Eine Gesundheitskarte kann auch aus meiner Sicht durchaus Sinn machen. Man kann nämlich damit verhindern, dass ein Patient von zwei verschiedenen Ärzten wegen des gleichen Leidens zweimal hintereinander geröntgt wird. Man kann z. B. auf einer Gesundheitskarte erfassen, welche Medikamente ein Patient bereits einnimmt. Ich persönlich habe nichts gegen eine Gesundheitskarte einzuwenden. Aber ich finde, wir müssen zuerst politisch eine Diskussion darüber führen, was wir mit einer solchen Gesundheitskarte wollen. Denn ich finde es äusserst heikel, wenn wir medizinische Daten auf einer Karte elektronisch speichern.



Von der Seite des Bundesrates und der Kommissionsmehrheit her wird immer wieder gesagt, es sei ja alles freiwillig. Aber wir haben in der Kommission auch zu hören bekommen, was man sich allenfalls zu tun vorstellt, wenn die Leute die Daten nicht freiwillig zur Verfügung stellen. Es wurde gesagt, man könnte von diesen Leuten auch höhere Prämien verlangen. Ich denke, wir müssen zuerst darüber diskutieren, was gespeichert wird, wie gespeichert wird und wer Zugriff zu diesen Daten hat. In der laufenden KVG-Revision haben wir in der Kommission diese Diskussion nicht geführt. Ich möchte in diesem Bereich keinen Schnellschuss.

Ich komme zum dritten Aspekt, der von Herrn Hassler vorhin auch ausgeführt wurde. Im Bereich der Kosten kann im Moment niemand beziffern, was die Einführung einer Versicherten- und einer Gesundheitskarte überhaupt ausmachen würde. Man sprach von einigen Millionen Franken, um die Karte zu entwickeln. Was die Einführung dann kosten würde, dazu wurden keine genauen Millionenbeträge erwähnt. Ich möchte auch bei den Finanzen Transparenz. Ich möchte wissen, was man allenfalls einsparen kann, was man allenfalls zur Verfügung stellen muss, um diese Karten einzuführen. Ich möchte mir lieber Zeit nehmen für diese Debatte, damit wir dann eine gute Lösung für die Versichertenkarte und die Gesundheitskarte haben. In diesem Bereich besteht für mich kein dringlicher Handlungsbedarf.

**Egerszegi-Obrist** Christine (RL, AG): Ich bitte Sie im Namen der FDP-Fraktion, hier dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Wir begrüßen die Einführung einer Versicherten- und Gesundheitskarte und erhoffen uns davon auf der einen Seite eine unbürokratische Information und Zugänglichkeit von klar umschriebenen Patientendaten und auf der anderen Seite auch einen Beitrag zur Verminderung unnötiger Untersuchungen und Abklärungen. Wir denken, dass das zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten beiträgt, und damit bringt es unweigerlich auch eine Kostendämpfung. Wir erhoffen uns auch den raschen Zugriff auf Hilfeleistung im Notfall und denken, dass damit eine erleichterte administrative Erfassung von Daten für die Rechnungsstellung sichergestellt ist. Es ist auch für uns selbstverständlich, dass der Umgang mit diesen Daten mit Sorgfalt und Umsicht geregelt werden muss. Hier müssen wir aber nicht zunächst eine Diskussion über den Datenschutz führen, sondern wir setzen hier die gesetzliche Grundlage, damit man nachher gewisse Daten abrufen kann.

Wir sind uns bewusst, dass der Ständerat in Bezug auf die Formulierung der Mehrheit noch Verbesserungen anbringen kann und anbringen soll, aber mit dieser Formulierung ist zunächst einmal gewährleistet, dass es nicht nur eine Versichertenkarte, sondern eine Versicherten- und Gesundheitskarte ist. Es ist richtig, dass nicht nur Formalitäten auf der Karte enthalten sind, sonst wäre nämlich der Aufwand für die Einführung einer solchen nicht gerechtfertigt. Es ist auch richtig, dass die Daten mit anderen Sozialversicherungsdaten übereinstimmen müssen und dass das System EU-kompatibel ausgestaltet wird.

Der Unterschied zur Minderheit I besteht auf der einen Seite darin, dass es von Anfang an eine Versicherten- und Gesundheitskarte ist, und auf der anderen Seite besteht er darin, dass es eine Grundlage gibt, um später auch einmal den Zugang zu einer elektronischen Krankenakte zu bieten. Wir sind uns dessen bewusst, dass es um heikle Daten geht, aber wir stellen primär fest, dass der Eigentümer dieser Karte befähigt ist, diese Daten weiterzugeben, und dass der Bundesrat bei allen weiteren Möglichkeiten aufgefordert ist, Regelungen zu treffen.

Ich bitte Sie, hier der Mehrheit zuzustimmen und die Einführung dieser Karte gutzuheissen – auch im Rahmen einer weiteren Massnahme zur Kostendämpfung.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Je ne vais pas reprendre tous les propos de Madame Egerszegi-Obrist, parce que le groupe socialiste partage en grande partie son argumentation pour soutenir cette carte d'assuré et de santé telle qu'elle est proposée dans la version de la majorité de la commission.

Il y a peut-être un élément qu'on a tendance à oublier dans ce débat, c'est que, lorsqu'on parle des coûts du système de santé, il faut d'abord savoir, avoir conscience – et en tirer les conséquences – que ces coûts ne sont rien d'autre que la conséquence des soins qui sont dispensés. C'est pourquoi, si on veut maîtriser les coûts du système de santé, plus particulièrement lorsqu'on ne veut pas toucher à des réformes structurelles, il faut avoir le courage d'essayer de maîtriser le processus du traitement, à savoir avoir la maîtrise des soins qui sont dispensés.

Par conséquent, le groupe socialiste est très favorable à l'introduction, non seulement d'une carte d'assuré initialement utilisée pour la facturation, comme en a décidé la majorité de votre commission, mais également d'un élargissement à une carte qui devienne véritablement un instrument de coordination des soins par la visibilité des traitements qu'elle va introduire. Cela permettra ensuite d'entrer dans une logique d'efficacité, d'efficience et plus particulièrement – comme il a été relevé tout à l'heure – de lutte contre les traitements inappropriés, contre les doublons, qui sont fort coûteux et que connaissent tous les praticiens.



Il y a donc ici un enjeu fondamental d'élargissement, en disposant d'une carte qui ouvre l'accès au dossier médical. Dans la proposition de la majorité de la commission, nous reprenons les éléments proposés par le Conseil des Etats, qui introduisent un certain nombre de données accessibles

AB 2004 N 1504 / BO 2004 N 1504

en cas d'urgence. Ces données ont déjà un contenu médical, elles sont particulièrement importantes. Nous relevons tout particulièrement la question de l'enregistrement en vue du don d'organes, qui est un élément cohérent par rapport aux décisions que nous avons prises il y a peu dans ce Parlement.

Nous nous opposons par contre à la minorité I (Hassler), tout simplement parce que nous pensons que dans la formulation de la commission, qui reprend notamment à l'alinéa 4 la citation des données personnelles accessibles en cas d'urgence, il y a une volonté, une ligne directrice. Nous pensons que ce signal est important. Il est évident que, fondamentalement, le Conseil fédéral pourrait introduire ou reprendre ces éléments dans le cadre d'une ordonnance, mais nous pensons que le signal qui serait donné serait beaucoup plus fort et qu'il mérite d'être soutenu.

Par contre, nous nous opposons à la proposition de la minorité II (Teuscher) de biffer tout l'article. Bien évidemment, les questions qui ont été posées par Madame Teuscher, soit en commission, soit ici, sont légitimes, notamment en ce qui concerne la protection des données, les éléments du cadre juridique, les éléments financiers, bien que ceux-ci aient peut-être pour nous un peu moins d'importance, parce que si on veut développer un outil, il faut se donner les moyens de le mettre en place de manière tout à fait adéquate, et sans moyens financiers, on ne pourra pas le faire. Donc, tout en reconnaissant la légitimité d'un certain nombre de ces questions, nous ne sommes pas convaincus de la proportionnalité entre le fait de vouloir biffer cet article et la nécessité de se doter d'instruments véritablement de maîtrise et de coordination des soins. Je crois que c'est un enjeu majeur. Si, à l'avenir, on veut maîtriser les coûts de la santé, il faut des outils. La carte de santé et d'assuré est un outil et, surtout, le médecin doit être revalorisé au centre de cette démarche, parce que c'est lui, finalement, qui prescrit, c'est lui qui organise le traitement et c'est par lui que nous pourrions parvenir à une maîtrise efficace des coûts.

**Scherer Marcel (V, ZG):** Die SVP-Fraktion unterstützt den Antrag der starken Minderheit I (Hassler), der im Wesentlichen der Fassung des Bundesrates entspricht.

Lassen Sie mich den Geist, der in der Kommission herrschte, kurz aufzeigen. In der Diskussion um die Versichertenkarte spürte man die Skepsis und die Angst vor einer zu weit gehenden Transparenz einerseits und andererseits die Bedenken wegen der zu hohen Kosten. Nicht der Name dieses Ausweises – ich sage bewusst Ausweis – ist entscheidend, sondern der Sinn und Zweck eines solchen Projektes.

Hier unterscheiden sich die Auffassungen grundlegend. Ein Teil der Ratslinken möchte mit der Minderheit II (Teuscher) am liebsten die Augen verschliessen vor einer möglichen Transparenz, die sie in anderen Bereichen doch so oft als wichtig bezeichnet. Die Minderheit II will eine Diskussion über eine Versichertenkarte gar nicht erst aufkommen lassen – und dies in einer Zeit, wo ein solches neues Registrierungssystem so schnell wie möglich eingeführt werden sollte. Wir werden den Verdacht nicht los, dass vielleicht ein Teil ihrer Klientel geschützt werden will.

Die sehr knappe Kommissionsmehrheit – 12 zu 11 Stimmen bei 2 Enthaltungen – will in den Grundzügen der Fassung des Ständerates folgen. Sie hat jedoch noch einige Ergänzungen vorgenommen. Zu bedenken ist, dass die Risiken der Kosten zu wenig abschätzbar sind.

Die Minderheit I (Hassler) übernimmt im Wesentlichen die Fassung des Bundesrates. Sie gibt sozusagen diesem Artikel eine gewisse Griffbarkeit und vor allem die Möglichkeit einer zukünftigen Anpassung. Die einzige grundlegende Abweichung von der Fassung des Bundesrates besteht in Absatz 4: Die Daten dieser Karte sind nicht "im Notfall" abrufbar, sondern von "befugten Personen" stets abrufbar. Setzen Sie hiermit den Grundstein für eine Versichertenkarte, die ihren Namen verdient, die alle notwendigen Informationen enthält, die hinlänglich bekannte Missbräuche im Gesundheitswesen unterbinden kann und die im Notfall auch Leben retten kann. Lehnen Sie den Antrag der Kommissionsmehrheit ab, weil sie zu viele Einschränkungen und Aufzählungen bereits im Gesetz verankert haben will und die Kosten noch sehr ungewiss sind. Lehnen Sie den Antrag der Minderheit II (Teuscher) ab, da sie der Zielsetzung der Transparenz- und Effizienzsteigerung einen Riegel vorschieben will.

Die SVP-Fraktion bittet Sie, den Antrag der Minderheit I (Hassler) – also im Wesentlichen die Fassung des Bundesrates – zu unterstützen, weil er Schritt für Schritt die Weichen für eine effiziente Gesundheitspolitik richtig stellen wird.



**Meyer** Thérèse (C, FR): Le groupe PDC soutient la majorité de la commission à l'article 42a. Il souhaite ainsi donner une base légale à l'introduction d'une carte d'assuré et de santé, le développement pouvant se faire de manière échelonnée, bien sûr.

Le groupe PDC est ainsi fidèle à une motion que j'avais déposée en 2002 qui demandait l'introduction d'une carte de santé, motion qui avait été acceptée par deux tiers des membres du Conseil national et sans opposition au Conseil des Etats.

A l'examen de la solution du Conseil des Etats, il est apparu que le modèle était très exhaustif et ne permettait pas le développement souhaité, c'est-à-dire une vraie carte de santé.

Nous sommes conscients que la protection des données doit être garantie et nous la voulons, cela est clair. Mais nous voulons aussi, dans un avenir proche, un instrument qui permette la qualité des soins – par l'accès rapide aux données et aux informations –, mais qui considère aussi l'aspect économique, raison de notre proposition un peu plus audacieuse que celle du Conseil des Etats. Les analyses ou radiographies effectuées à double coûtent cher et n'apportent absolument rien au traitement. Ce système encouragera aussi l'abandon d'un certain tourisme médical qui augmente inutilement les coûts. Cela pourrait être aussi un support pour le "managed care" qui fait l'objet d'un paquet ultérieur de cette révision de la LAMal.

Il est, à notre sens, nécessaire d'aller de l'avant dans ce domaine, car des projets de carte de santé se développent dans le pays sous l'impulsion des cantons, des fournisseurs de santé notamment. L'investissement est grand et il risque d'être perdu s'il n'y a pas une coordination dans ce domaine.

Lors de la conférence nationale du 21 août 2001 sur ce thème, à laquelle j'ai participé, il a été établi lors d'une journée de travail – Madame Teuscher demandait une discussion large à ce sujet – que le rôle de la Confédération était indispensable pour pouvoir espérer une réalisation qui s'avère maintenant tout à fait nécessaire. Nous devons donc avoir un peu de courage pour dire oui à un projet plus ambitieux, et qui pourra se réaliser par étapes, je le répète.

Au sujet des coûts. C'est vrai qu'on n'a pas eu une projection des coûts, mais j'ai eu l'occasion de voir des démonstrations de systèmes très intéressants avec des coûts tout à fait supportables. Il y a des références à disposition pour étudier ce genre de systèmes.

Nous savons qu'il faut quelquefois aussi des années pour faire bouger une virgule de cette – je dirai presque: sacrée – LAMal. Donc je donne, par cet article, une ouverture à un développement quand ce sera le moment de le faire.

Alors donnons une chance au futur et disons oui à la majorité!

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

**AB 2004 N 1505 / BO 2004 N 1505**

Wir sind zur Überzeugung gelangt, dass es richtig ist, diese Karte einzuführen. Sie hat viele Vorteile, einerseits für die betroffenen Menschen, aber andererseits erwarten wir dadurch auch, dass bezüglich Administration und Kosten eine Verbesserung eintritt, die auch ihre Wirkung zeitigen wird.

Dass auch unterschieden wird zwischen dem, was verpflichtend ist, und dem, was man fakultativ bekannt geben kann, scheint uns ebenso richtig zu sein. Die verschiedenen Varianten sind ja nicht so grundlegend anders, und von daher gesehen sind wir der Auffassung, dass diese Varianten auch den Datenschutz, soweit er hier nach wie vor wichtig ist, gewährleisten. Ausnahmen sollen nur dort zulässig sein, wo sie gezielt durch das Gesetz vorgesehen werden.

Wir können deshalb dem Antrag der Kommissionsmehrheit durchaus zustimmen.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Je crois qu'avec la version du Conseil fédéral, on fait un pas en avant par rapport à la situation actuelle. Il est nécessaire de légiférer pour éviter qu'une multitude d'initiatives – notamment cantonales – se fassent jour et que, dans un délai relativement proche, il y ait un chaos et une anarchie – si on peut utiliser ce terme dans ce cas-là – en matière de cartes d'assuré qui, ultérieurement, devraient devenir une fois des cartes de santé.

La nécessité de légiférer étant là, il faut voir si on doit, dans un premier temps, introduire la carte d'assuré ou si, comme le souhaite Madame Meyer Thérèse et Madame Egerszegi-Obrist, il faut introduire une carte d'assuré et une carte de santé. Je crois que la solution qu'a choisie le Conseil fédéral, et qui est celle de la



minorité I (Hassler), est de dire: "L'objectif, nous le partageons. Nous partageons l'idée qu'il est souhaitable de développer un jour une carte de santé avec un certain nombre d'informations nécessaires et importantes." Mais carte d'assuré et carte de santé, ce n'est pas la même lignée dans l'évolution; il y a vraiment un saut qualitatif qui fait que l'on ne peut pas dire qu'une carte d'assuré se développe naturellement en une carte de santé. La carte d'assuré a une ambition plus limitée. C'est déjà un net progrès par rapport à aujourd'hui. La carte de santé va beaucoup plus loin; c'est quelque chose que nous souhaitons atteindre un jour, mais sur quoi il ne faut pas se précipiter sans avoir établi un certain nombre de règles.

Madame Teuscher va trop loin lorsqu'elle dit qu'il ne faut rien vouloir dans ce domaine. Je crois qu'il faut avancer, mais avec prudence. Il y a toute une série de questions qui sont liées à la protection des données. On ne peut pas dire simplement: "C'est quelque chose qu'on résoudra en cours de route." Il y a l'accès aux données: qui introduit les données dans la carte, qui a accès aux données, qui est responsable des erreurs éventuelles qui ont été commises lors de la saisie des données ou de la manipulation de la carte? Aller trop vite, c'est risquer de faire échouer le projet en déconsidérant les investissements faits et en suscitant des espoirs qu'on n'arriverait pas à combler ou en prenant des risques importants.

Carte de santé n'est pas égal à carte d'assuré. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral ne peut se rallier à la majorité de la commission qui a voté un texte qui commence par: "Le Conseil fédéral peut décider qu'une carte d'assuré et de santé soit remise ....", comme si "carte d'assuré et de santé" était une étape différente d'un même système. Ce n'est pas le cas, la carte de santé est beaucoup plus complète.

Ensuite, il faut quand même prendre en compte les conséquences financières. Il est probable que des économies puissent être réalisées par le biais d'une carte de santé bien faite, mais pour y arriver, il faut des investissements considérables et une étude sérieuse sur le coût et l'efficacité avant de décider de sa réalisation.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral soutient la proposition de la minorité I (Hassler), ce qui ne signifie pas, je le répète une fois encore, que nous ne sommes pas d'accord avec le but final, qui est d'avoir une carte de santé, mais nous pensons qu'il faut avancer avec une certaine prudence et une certaine retenue. Je signale que, en ce qui concerne la proposition de la minorité I, à l'alinéa 4, il est précisé que la carte d'assuré peut contenir des données personnelles auxquelles peuvent avoir accès les personnes qui y sont autorisées. Le Conseil fédéral avait dit: "... la carte peut contenir des données personnelles auxquelles elle donne accès en cas d'urgence." Sur le fond, nous sommes d'accord. Parmi les personnes autorisées, il y a naturellement celles qui doivent intervenir en cas d'urgence. La minorité I a voulu utiliser une autre expression parce que, précisément, le cercle des personnes autorisées, si on veut tenir compte des cas d'urgence, ne peut pas toujours être défini avec précision dans une ordonnance et il faut peut-être, à l'occasion, que quelqu'un qui n'a formellement pas le titre lui donnant accès à la carte puisse en cas d'urgence passer sur la règle de droit pour accéder à des informations qui ne sont probablement pas médicales, mais qui précisent, par exemple, qui doit être averti en cas d'accident ou quelles sont les dispositions supplémentaires que la personne blessée souhaite voir concrétisées en cas de grave difficulté.

En conclusion, le Conseil fédéral souhaite avancer dans ce domaine, mais pense que la majorité va trop loin. Par conséquent, il vous recommande de soutenir la proposition de la minorité I (Hassler).

Cela créera une divergence avec le Conseil des Etats et probablement qu'on arrivera finalement à trouver une solution de compromis. Le Conseil des Etats, lui, est très prudent et veut même aller, à mon sens, moins loin que le Conseil fédéral, encore que ce soit une interprétation qui sera peut-être contestée par le Conseil des Etats. Mais c'est l'impression que les débats au Conseil des Etats m'ont donnée.

**Parmelin** Guy (V, VD), pour la commission: Nombreux sont les intervenants qui ont évoqué une partie des débats de la commission. Je vais donc, à l'article 42a, me concentrer sur l'essentiel et faire tout d'abord un rappel. Il y a effectivement deux concepts qui se sont opposés.

Le premier, c'est celui du Conseil fédéral, amélioré par le Conseil des Etats, auquel s'est d'ailleurs rallié le Conseil fédéral. Il s'agit bien d'une carte d'assuré qui contiendrait essentiellement des données administratives. Elle correspondrait entre autres à ce qui est en train de se mettre en place sur le plan européen avec le fameux formulaire E 111. Schématiquement et caricaturalement dit, ce serait en quelque sorte le standard minimum commun, mais qui laisserait cependant ouverte la possibilité d'évoluer vers une véritable carte de patient ou de santé qui, elle, poserait d'autres problèmes – on l'a vu –, en particulier en matière de protection et d'accès en cas d'urgence à des données médicales.

Le deuxième – c'est la version retenue par la majorité de la commission – ouvre la voie à une véritable carte de patient ou de santé, ainsi que le stipule très clairement l'alinéa 2, tel qu'il a été adopté par la majorité de la commission. Cette dernière a très longuement discuté des différents aspects de cette problématique. Elle s'est



inquiétée en particulier du fait que certains cantons investissent déjà dans leurs propres projets et elle estime qu'il conviendrait de chercher au plus vite une harmonisation "par le haut", en concertation avec les cantons afin d'éviter de multiplier les standards en la matière. La commission est également consciente des problèmes informatiques, des réticences – pour ne pas dire des résistances – au sein de certains milieux, ainsi que du fait que les coûts d'une carte de santé sont autrement plus élevés que pour une carte d'assuré simple. Si la position du Conseil fédéral et du Conseil des Etats qui consiste à vouloir d'abord une simple carte d'assuré avec quelques données de base permettant de faire des expériences et de progresser pas à pas vers une carte de santé est défendable, la commission, à une faible majorité – par 12 voix contre 11 et 2 abstentions –, est d'avis que son concept a l'avantage de faire d'une pierre deux coups en permettant une évolution contrôlée vers une véritable carte de santé.

**AB 2004 N 1506 / BO 2004 N 1506**

La minorité I (Hassler) défend la version du Conseil fédéral dans ses trois premiers alinéas et à l'alinéa 4 par contre, elle élargit le champ d'accès aux personnes qui sont autorisées, en plus des cas d'urgence, ainsi que Monsieur le conseiller fédéral Couchepin vient de le rappeler. Cependant, pour la majorité de la commission, le cadre fixé reste trop strict et minimaliste.

C'est pourquoi la majorité de la commission vous invite à soutenir sa proposition et à rejeter la proposition de la minorité I.

Quant à la proposition de la minorité II (Teuscher), la majorité de la commission la rejette très clairement, étant convaincue que l'introduction d'une carte d'assuré et de santé peut être entreprise malgré certains problèmes qu'il convient de régler consciencieusement, tout particulièrement au niveau de la protection des données.

**Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission:** Die Kommissionsmehrheit empfiehlt Ihnen ganz klar, eine Karte zu schaffen – bleibt zu sehen, welche –, also dem Antrag der Minderheit II (Teuscher), dieses ganze Projekt zu streichen, nicht zu folgen.

Bleibt also die Frage, welche Karte. Die Kommission hat sich mit 12 zu 11 Stimmen entschieden, hier eine Karte zu beschliessen, die etwas weiter geht, die drei Teile hat, während die Minderheit I (Hassler) ebenfalls eine Karte vorsieht, die aber etwas weniger weit geht, das Ziel gleichwohl im Auge behält, aber das Ganze etappiert.

Die Karte gemäss Mehrheit würde erstens eine Schnittstelle für die Rechnungsstellung für Leistungen nach KVG, zweitens persönliche Daten und drittens eine Schnittstelle zu einer späteren möglichen Krankengeschichte beinhalten; ich will jetzt nicht auf die technischen Einzelheiten eintreten. Der Unterschied zur Minderheit I liegt darin, dass der Antrag der Minderheit I auch die Schnittstelle für die Rechnungsstellung, auch die persönlichen Daten – allerdings nicht aufgelistet im Gesetz –, nicht aber schon eine Schnittstelle zu einer Krankengeschichte beinhaltet. Darin liegt der Unterschied. Ich kann Ihnen die Details ersparen, Sie haben es gesehen. Sie haben zu entscheiden: Wollen Sie eine Karte, die so eine Schnittstelle zu einer möglichen elektronischen Krankengeschichte beinhaltet, oder wollen Sie eine Karte, die nur persönliche Daten und eine Benutzerschnittstelle zur Rechnungsstellung beinhaltet? Das sind die Unterschiede zwischen Mehrheit und Minderheit I.

Die Kommissionsmehrheit empfiehlt Ihnen, das etwas weiter gehende Projekt zu favorisieren. Sie empfiehlt Ihnen aber sicher, dem Antrag auf Streichung nicht zuzustimmen.

*Erste Abstimmung – Premier vote*

Für den Antrag der Minderheit I .... 99 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 61 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

Für den Antrag der Minderheit I .... 140 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II .... 18 Stimmen

**Art. 55a***Antrag der Mehrheit**Abs. 1*

.... fest. Er kann diese Massnahme bis zur Einführung der Vertragsfreiheit verlängern.

*Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates





*Antrag der Minderheit I*

(Ruey, Guisan, Meyer Thérèse)

*Abs. 1, 4*

Streichen

*Antrag der Minderheit II*

(Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Gross Jost, Guisan, Maury Pasquier, Rossini, Teuscher)

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 55a**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

.... correspondants. Il peut prolonger cette mesure jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter.

*Al. 4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité I*

(Ruey, Guisan, Meyer Thérèse)

*Al. 1, 4*

Biffer

*Proposition de la minorité II*

(Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Gross Jost, Guisan, Maury Pasquier, Rossini, Teuscher)

*Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Ruey** Claude (RL, VD): Nous traitons ici, avec cet article 55a, la question des médecins et du blocage du nombre de médecins.

Je vous rappelle que cette disposition avait été adoptée dans le cadre des Bilatérales, lorsqu'il s'agissait de prendre des mesures d'accompagnement – "flankierende Massnahmen" – et que celles-ci ont été mises en vigueur, en effet, il y a deux ans, avec un résultat qui ne s'est pas avéré particulièrement heureux, ni surtout particulièrement effectif.

Aujourd'hui, on nous propose de reconduire cette mesure, et il nous paraît que, si elle était déjà peu utile il y a quelque temps, elle l'est encore moins aujourd'hui. C'est une mesure de type étatique, de politique de planification, dont Monsieur le conseiller fédéral nous a dit tout à l'heure tout le mal qu'il fallait en penser; c'est une mesure antilibérale, et c'est une mesure qui est évidemment en retard d'une guerre, comme toujours quand il s'agit de prendre des mesures étatiques de ce type. Il s'agit en fait de "staatliche sozialistische Massnahmen". Cette mesure a pour effet d'empêcher les jeunes médecins bien formés, qui connaissent les meilleures méthodes, qui connaissent la meilleure gestion économique des dossiers – parce qu'aujourd'hui, on apprend aussi mieux à le faire –, de venir sur le marché, et de les laisser dans les hôpitaux. Par conséquent, on transfère dans une certaine mesure sur l'hospitalier ce qui se fait autrement dans l'ambulatoire, et l'on sait que la plupart des coûts, chez nous, viennent de l'hospitalier, et non pas de l'ambulatoire. On empêche le développement de la qualité. On n'a, les analyses faites par la Confédération elle-même l'ont montré, eu aucun effet sur la réduction du nombre de médecins. Finalement, de façon paradoxale, dans certains cantons, on a vu pratiquement une explosion du nombre de médecins à la suite de la mise en vigueur de cette mesure, parce que, précisément, tous ceux qui hésitaient à se mettre sur le marché l'ont vite fait avant que cette mesure entre en vigueur. Vouloir la prolonger aujourd'hui, c'est une solution qu'on nous présente dans l'attente de l'avenir, mais cette solution, ayant été mauvaise autrefois, reste mauvaise aujourd'hui, et précisément je ne vois vraiment pas pourquoi nous aurions la nécessité de la reproduire.

Le canton de Vaud, qui a maintenant un délégué aux affaires fédérales, vient d'envoyer à ses parlementaires une note venant du Département de la santé et de l'action sociale. Le canton de Vaud nous a lui-même indiqué que cette mesure n'avait aucun effet, qu'elle était négative pour les jeunes, qu'elle n'avait aucun effet sur les réductions des coûts de la santé, qu'à la limite elle pouvait même accroître les coûts par l'effet de transfert sur l'hospitalisation; ce qui fait que je vous recommande de ne pas céder à ce que le secrétaire général du Parti radical-démocratique, dans une dernière livraison, indiquait lui-même: "Il est scandaleux que la mesure



prise par Madame Dreifuss de limiter l'arrivée de jeunes médecins sur le marché soit maintenue. C'est quelque chose de totalement contraire à l'économie de santé."

AB 2004 N 1507 / BO 2004 N 1507

**Cavalli Franco** (S, TI): Wir wollen eben die Ständeratslösung. Warum finden wir, dass die Ständeratslösung im jetzigen Moment die bessere – oder die weniger schlechte – Lösung ist?

Auf der einen Seite lässt die Ständeratslösung dem Bundesrat jede Möglichkeit, diese Massnahme der Entwicklung der Situation anzupassen. Es ist unbestreitbar, dass wir momentan eine Übergangssituation haben, vor allem mit der Einführung der neuen Arbeitszeiten in den Spitälern. Es gibt momentan einen grossen Mangel an Assistenzärzten. Schon jetzt stammen in grossen Spitälern in der Schweiz die neuen Ärzte zu fast 50 Prozent aus dem Ausland. Die Ständeratslösung kann also kurzfristig eben auch dieser Entwicklung Rechnung tragen und wird eben den jungen Assistenzärzten vielleicht die Möglichkeit geben, eine noch bessere Ausbildung zu bekommen, was auch nicht schlecht ist.

In den letzten Jahren haben wir eine nicht sehr gesunde Entwicklung in Richtung einer zu schnellen Praxiseröffnung gesehen. Aber wie gesagt, die Lage kann sich relativ schnell ändern. In diesem Sinne ist die Ständeratslösung die bessere Lösung, denn sie lässt dem Bundesrat die Möglichkeit offen, auf diese Massnahme zu verzichten, sobald z. B. die Notstandssituation behoben ist. Wir sind aber auf jeden Fall gegen die Lösung der Mehrheit. Wir werden dieser Lösung, selbst wenn wir mit dem Antrag der Minderheit II unterliegen, nicht zustimmen können, weil es uns haarsträubend scheint, dass man eine solche Massnahme mit einem noch nicht existierenden Gesetz verbindet. Die Mehrheit sagt, das gelte bis zur Einführung der Vertragsfreiheit. Ob es aber je zu einer Einführung der Vertragsfreiheit kommen wird, ist sehr zweifelhaft. Auch die letzten Umfragezahlen zeigen, dass die grosse Mehrheit des Schweizervolkes das nicht will. Es könnte also gut sein, dass diese Vorlage selbst dann, wenn wir das hier irgendwann nächstes Jahr beschliessen, durch das Referendum bachab geschickt werden wird. Technisch gesehen scheint es uns absolut nicht zulässig zu sein, eine so wichtige Massnahme für die jungen Ärzte mit einem Gesetz zu verbinden, das vielleicht, aber höchstwahrscheinlich nie kommen wird.

In diesem Sinne sind wir für die Lösung des Ständerates, die alle Möglichkeiten offen lässt und nicht etwas zementiert, was nicht zementierbar ist.

**Egerszegi-Obrist** Christine (RL, AG): Wir sehen das weniger restriktiv als Herr Cavalli. Ich bitte Sie, hier dem Antrag der Mehrheit, allenfalls auch dem Beschluss des Ständerates zuzustimmen. Unsere Haltung ist ganz klar: Egal welche Version Sie bevorzugen, wir wollen die Vertragsfreiheit einführen. Wir würden uns freuen, wenn die Ärzte diesen Ball aufgreifen würden und mit uns Politikerinnen und Politikern die Kriterien aktiv mitgestalten würden, um vorwärts zu kommen.

Zugegeben, der Zulassungsstopp ist eine unliberale Massnahme, aber wir haben sie nun mal eingeführt, wir können sie nicht nächstes Jahr, wenn die Frist abläuft, von einem Tag auf den anderen wieder abschaffen, sonst hätten wir "un chaos total". Das gilt es zu verhindern. Deshalb bitten wir Sie, hier der Verlängerung des Zulassungsstopps noch einmal zuzustimmen. Wir werden uns bemühen, die Einführung der Vertragsfreiheit möglichst rasch nachfolgen zu lassen, sodass der Zusatz, dass man den Zulassungsstopp gelten lässt, bis die Vertragsfreiheit eingeführt ist, überflüssig ist. Wir sind aber davon überzeugt, dass wir diese einführen müssen, zusammen mit der neuen Spitalfinanzierung. Wir wollen nicht noch Jahre vergehen lassen. Die Mehrheit und die Minderheit II wären also in diesem Sinne für uns gleich. Auf jeden Fall soll man hier den Antrag der Minderheit I (Ruey) ablehnen.

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à adopter la proposition de la minorité II (Cavalli), acceptant ainsi de prolonger d'une nouvelle période maximale de trois ans le gel d'admission de fournisseurs de prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Notre groupe soutient cette proposition, dans la mesure où la première période de trois ans arrive à son terme l'été prochain et que l'évaluation de ses effets, apparemment nuls, a de fait été faussée parce que nombre de nouveaux médecins se sont empressés de demander leur admission avant l'entrée en vigueur annoncée du gel, comme l'a d'ailleurs rappelé Monsieur Claude Ruey. Il est dès lors impossible d'évaluer vraiment les conséquences de la décision que nous avons prise à ce moment-là. Pour avoir une chance d'approcher la vérité quant à savoir si, effectivement, c'est le nombre de médecins installés qui entraîne une augmentation de la consommation et donc des coûts de la santé, il faut, à tout le moins, prolonger cette mesure d'une nouvelle période de trois ans. Nous sommes bien sûr conscients qu'une telle mesure n'est pas franchement sympathique, notamment pour



les jeunes médecins, ni très enthousiasmante, mais il nous semble nécessaire de bénéficier de ce nouveau délai pour mener notre réflexion à terme. Nous souhaitons toutefois que cette mesure soit mise en oeuvre sans pénaliser les médecins qui sont prêts, par exemple, à reprendre à plusieurs le cabinet d'un médecin partant à la retraite – donc avec une certaine souplesse.

Lors des débats en commission, le conseiller fédéral Couchepin nous a assuré que tel serait bien le cas et je pense qu'il nous le confirmera tout à l'heure. Ce laps de temps devrait également nous permettre de mettre en place des mesures plus efficaces de maîtrise des coûts, notamment la promotion de réseaux de soins, mais il n'est en revanche pas question, pour le groupe socialiste, de lier cette prolongation de trois ans à l'introduction de la liberté de contracter. Le débat sur l'introduction de la liberté de contracter doit être mené indépendamment de celui sur le gel d'admission de nouveaux fournisseurs de prestations.

Si l'on veut trouver une solution qui puisse rallier une majorité, non seulement devant le Parlement, mais aussi, le cas échéant, devant le peuple, il ne sert à rien de se fixer absolument, comme le fait la majorité de la commission, sur une levée future de l'obligation de contracter. Il est bien plus sage de ne pas mentionner cet élément dans la loi que nous discutons aujourd'hui et de mener, dans le paquet suivant qui nous est déjà annoncé, la discussion sur de nouveaux critères liés à l'obligation de contracter.

Si vous décidez, en revanche, de suivre la majorité de la commission, j'attire votre attention sur le fait que vous donnez là un argument merveilleux aux tenants d'un éventuel référendum.

Sachez encore que, dans ce cas, le groupe socialiste rejoindrait la minorité I (Ruey), et préférerait biffer tout l'article plutôt que de voir déjà inscrite dans la loi la levée de l'obligation de contracter.

Non, décidément, en l'état, la solution la plus raisonnable est d'accepter cette prolongation souple du gel des admissions, sans la lier à une future levée de l'obligation de contracter, donc de suivre la minorité II (Cavalli).

**Stahl Jürg (V, ZH):** Die SVP-Fraktion unterstützt in Artikel 55a die Mehrheit der Kommission. Wir alle wissen, dass der Ärztestopp ausläuft und dass bis zur definitiven Lösung in einer Art Übergangsfrist das Instrument des Ärztestopps um drei Jahre verlängert werden soll. Sie können nachvollziehen, dass mich das sehr interventionistische Instrument des Ärztestopps nicht zu begeistern vermag. Trotzdem sind wir gezwungen, die Gründe, die zur Einführung dieses unrühmlichen Instruments geführt haben, in Erinnerung zu rufen. Herr Ruey hat die Gründe bereits erwähnt, und ich muss sie an dieser Stelle nicht wiederholen.

Die richtige Antwort auf den Zulassungsstopp ist die Lockerung des Vertragszwangs. Aus diesem Grund hat die Mehrheit der SGK entschieden, die Themen Zulassungsstopp und Vertragsfreiheit aneinander zu koppeln. Diese Koppelung hat bei genauerem Hinsehen wesentliche Vorteile, nicht nur die vom Ständerat vorgeschlagene Verlängerung des Ärztestopps. Sie ermöglicht eben eine Diskussion – eine

AB 2004 N 1508 / BO 2004 N 1508

breite Diskussion – und die Ausgestaltung einer geeigneten, praxisorientierten und in Partnerschaft mit allen Beteiligten erarbeiteten Lösung der Vertragsfreiheit. Sie erlaubt aber auch, dass nicht eine einseitig selektive Aufhebung des Vertragszwangs, welche nur die Ärzte im ambulanten Bereich treffen würde, unter Zeitdruck eingeführt wird, sondern dass nach der Neuordnung der Spitalfinanzierung eine breitere, gesamtheitliche Vertragsfreiheit greifen kann.

Diese Diskussionen müssen wir führen, und die Leistungserbringer können sich dabei mit einer fundamental ablehnenden Haltung nicht aus ihrer Verantwortung stehlen. Hier sind alle Partner gefordert: die Leistungserbringer, die Versicherer, aber auch wir aus der Politik.

Zum Schluss habe ich noch eine Frage an den Bundesrat: Kann ich davon ausgehen, dass der Bundesrat und die Verwaltung die Auslegung und Umsetzung des Ärztestopps in der Verlängerung auch auf alle kostentreibenden Mengenausweitungen bei bestehenden Angeboten anwenden werden?

Die SVP-Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit der Kommission. Ich bitte Sie, dies auch zu tun.

**Fasel Hugo (G, FR):** Der Zulassungsstopp wurde seinerzeit eingeführt, als wir die Freizügigkeit gegenüber den EU-Ländern eingeführt hatten, und er sollte dazu beitragen, den Zustrom von Ärzten und Ärztinnen aus dem EU-Raum zu ordnen und zu beschränken. Mit den Unterlagen, die die Kommission zur Verfügung hatte, haben wir auch eine Studie erhalten, die über die Wirkungen des Zulassungsstopps wenig Positives sagt. Demgegenüber haben die Kantone diesen Ärztezulassungsstopp im Konkreten eher situativ und pragmatisch, manchmal sogar konstruktiv umgesetzt – also zwei eher verschiedene Bilder.

Die grüne Fraktion stimmt deshalb der Minderheit II (Cavalli) zu, auch wenn man diese Massnahme in die Kategorie der unschönen Notwendigkeiten einordnen muss. Die grüne Fraktion lehnt umgekehrt die Mehrheit, die den Zulassungsstopp mit der Vertragsfreiheit verknüpfen möchte, klar und deutlich ab. Hier geht es um nichts



anderes als um einen etwas faulen Trick: Man versucht, über das Gesetz den Druck auf die Ärztesgesellschaften zu erhöhen – man könnte auch sagen, sie weich zu klopfen –, damit der Ärztstopp so lange andauert, bis sie, eben weich geklopft, der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zustimmen. Den Kontrahierungszwang aber aufzuheben und dann die Sache neu zu ordnen ist eine wesentlich anspruchsvollere Angelegenheit, als eine Ärztesgesellschaft weich zu klopfen. Man sollte diese Verbindung, die hier von der vorberatenden Kommission des Nationalrates geschaffen wurde, klar und deutlich ablehnen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs verlangt mehr Aufmerksamkeit, als hier in einem Nebensatz Druck zu erzeugen und sie dann durchzusetzen. Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit II (Cavalli) zuzustimmen.

**Huguenin** Marianne (-, VD): Au nom du groupe "A gauche toute!", je soutiens l'amendement de la minorité I (Ruey) à l'article 55a, amendement visant à biffer l'alinéa 1 contenant la clause du besoin et la possibilité de renouveler cette mesure une fois. Nous nous opposerons également à l'amendement visant à pouvoir prolonger cette mesure jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter.

Les associations professionnelles médicales sont unies contre ces deux mesures, mais il serait faux de voir ici une défense corporatiste d'une profession libérale. Dans le débat d'entrée en matière, en développant ma proposition de renvoi, j'ai pour ma part, et contrairement à Monsieur Ruey, parlé de "mesures malthusiennes et néolibérales" à propos des tentatives de limiter les coûts de la santé en voulant diminuer l'offre.

Il faut ne jamais avoir été sur le terrain, dans les hôpitaux ou dans les cabinets médicaux, pour oser sérieusement affirmer, comme le fait aujourd'hui dans le "Blick" Monsieur Manfred Manser, directeur d'Helsana, que la Suisse a 4500 médecins de trop. Il faut ne pas avoir entendu ce que disent les patients sur le manque de temps et de disponibilité des médecins. Il faut surtout n'avoir aucune idée et aucune culture de ce qu'est la pratique médicale actuellement, de son évolution. Le développement énorme des savoirs et des spécialités nécessiterait, par exemple, une coordination bien plus importante entre confrères pour soigner mieux et plus économiquement. Ce développement ainsi que l'évolution du statut du patient nécessitent également plus de temps pour informer, expliquer, convaincre. Les besoins sont encore énormes en Suisse dans certains domaines comme la médecine du travail. La seule clause du besoin applicable à notre avis dans le domaine de la santé concerne les assureurs et les consultants: il y en a sûrement de superflus!

Avec la clause du besoin, vous prétendez freiner un camion lancé à toute vitesse, alors que celui-ci est déjà enlisé. La pénurie de médecins s'annonce déjà, particulièrement en médecine générale, domaine que chacun prétend central à la politique de la santé. Dans le canton de Vaud, il devient pour le moins difficile de trouver simplement des remplaçants lorsque des généralistes quittent leur pratique. Des dérogations ont dû être faites à la clause du besoin, les patients ne trouvant simplement pas de médecin disposé à les prendre en charge. Dans plusieurs cas, ce sont des médecins français qui ont dû venir à la rescousse. Le risque est de former encore plus de spécialistes qui, du secteur hospitalier, passeront à l'ambulatoire dès qu'ils le pourront, mais cela freinera la formation et l'installation de généralistes. Il faut redonner envie, avenir et perspective aux jeunes médecins et à ceux qui aimeraient se former dans ce domaine.

Nous vous invitons donc à renoncer à la clause du besoin.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est d'avis qu'il est nécessaire de se donner la possibilité de reconduire la limitation du nombre des fournisseurs de soins à la pratique indépendante. Nous sommes d'avis qu'il faut le faire parce que la situation l'exige. Comme l'a dit Monsieur Fasel, cette disposition a été introduite pour répondre au risque d'afflux de médecins venant de l'extérieur. Certes, l'expérience montre que, dans notre pays, l'émigration et l'immigration de médecins ne sont pas choses très courantes. Néanmoins, lorsque les différences sont beaucoup plus importantes en matière de gains espérés, il y a certainement une dynamique de migration qui risque de s'installer.

Dans quelques mois, nous allons, je l'espère, approuver l'extension des accords bilatéraux aux pays de l'Est nouvellement devenus membres de l'Union européenne, et il y a certainement un potentiel de migration de médecins venant de ces régions qu'il faut pouvoir limiter dans la mesure du possible et du nécessaire. Le seul instrument dont nous disposons, c'est celui qui a été utilisé durant ces dernières années: la limitation d'accès que nous vous proposons de reconduire pour trois ans.

Le Conseil des Etats a décidé que cette mesure devait être limitée, en ce sens qu'elle ne pouvait être renouvelée qu'une fois; c'est-à-dire que, comme elle a déjà été prise pour trois ans, elle ne pouvait être renouvelée qu'une fois encore pour trois ans. Il a décidé aussi quelles devraient être les conditions de cette mise en pratique. Le Conseil national veut aller plus loin et propose d'étendre la validité de l'arrêté jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter.

En soi, avec un petit sourire, je serais tenté de dire que c'est une excellente idée, mais je crois que, objec-



tivement, ça ne va pas et qu'on ne peut pas, comme l'a dit Monsieur Cavalli – sur ce point, je partage sa conviction –, faire dépendre une loi d'une autre loi dont on ne connaît pas encore les contours à ce jour et qui ne viendra peut-être jamais. Il s'agit là d'une mesure exceptionnelle, qui n'est pas tout à fait compatible avec l'ordre constitutionnel. C'est une mesure qui est nécessaire provisoirement. Je ne pense pas qu'on puisse la prolonger pour une durée indéterminée, en fonction d'un changement qui interviendra peut-être et dont on ne connaît pas la configuration future.

C'est la raison pour laquelle nous vous recommandons de suivre la minorité II (Cavalli).

**AB 2004 N 1509 / BO 2004 N 1509**

J'espère que cette invitation ne détournera pas certains d'entre vous de le faire; le Conseil fédéral soutient la minorité II.

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

Nous vous invitons à soutenir la minorité II (Cavalli). Faites-vous ce petit plaisir!

**Parmelin** Guy (V, VD), pour la commission: Je crois que, toutes tendances confondues – on l'a bien vu –, chacun trouve l'article 55a critiquable. Il s'est d'ailleurs vu attribuer tous les défauts possibles et imaginables: vexatoire; aujourd'hui encore: antilibéral; dissuasif de s'engager dans une carrière médicale pour les uns, disproportionné et ayant des effets pervers pour d'autres, allant même jusqu'à diminuer la qualité de la médecine.

Une large majorité de la commission s'est cependant ralliée à la version du Conseil des Etats, faute de meilleure solution dans l'immédiat, et, après une discussion animée, elle vous invite donc à rejeter la proposition de la minorité I (Ruey) qui demande la suppression des alinéas 1 et 4. En effet, c'est en quelque sorte une solution d'urgence – ainsi que Monsieur Cavalli l'a dit: "la moins pire" – qui est choisie à cet article. Les dispositions sur l'obligation de contracter ne sont de toute façon pas aptes à remplacer l'actuel système dans les délais.

Nombreux sont celles et ceux qui ont abordé – pour rappeler la genèse de cette mesure – le contexte des Bilatérales I – je n'y reviens pas. Je précise que la majorité des cantons souhaitent le maintien de cet article dont ils usent comme instrument de planification dans le secteur ambulatoire.

La commission, à une faible majorité, par 12 voix contre 11, vous invite donc, à l'alinéa 1, à compléter la version du Conseil des Etats de façon à prolonger la mesure jusqu'à l'introduction de la liberté de contracter et à rejeter la proposition de la minorité II (Cavalli).

**Gutzwiller** Felix (RL, ZH), für die Kommission: Darf ich zuerst noch klären: Obwohl man hier im Saal viel von einem Ärztestopp gesprochen hat, geht es ganz klar um den Bedürfnisnachweis für die Zulassung aller Leistungserbringer und -erbringerinnen, also nicht nur der Ärzte. Das nur, damit das klar ist; das ist ja auch eine Frage, die etwa Herr Stahl gestellt hat.

Nun, Sie haben es gehört: In der Kommission waren die Meinungen geteilt darüber, was dieser Zulassungsstopp bisher wirklich gebracht hat, ob er sinnvoll ist, welche Auswirkungen er hatte; die Auswirkungen auf Junge wurden bedauert. Aber mit 15 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung war es ein klarer Mehrheitsentscheid der Kommission, dass der Stopp verlängert werden sollte. Er läuft am 3. Juli 2005 aus. Sie haben es gehört: Eines der wichtigsten Argumente ist das Personenfreizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU, das seit dem 1. Februar 2004 in eine neue Phase getreten ist, indem der Inländervorrang nicht mehr gilt, d. h., ein EU-Arzt kann auch in der Schweiz eine Zweitpraxis eröffnen; Deutschland, Italien und Frankreich haben Tausende von arbeitslosen Ärzten. Das ist wohl das Hauptargument für die Verlängerung.

Die Kommission hat deshalb mit 15 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung dem Prinzip der Verlängerung zugestimmt. Damit ist auch klar, dass die Kommission Sie mit sehr klarer Mehrheit bittet, entweder der Mehrheit oder der Minderheit II – gemäss Ständerat – zu folgen, sicher aber nicht der Minderheit I, die in der Kommission nur 3 Stimmen hatte.



Bleibt die Frage, ob diese Verlängerung des Stopps sozusagen ergänzt oder "garniert" werden soll mit dem Junktim der Vertragsfreiheit. Auch das ist kein Geheimnis: Sie sehen es dem Ergebnis von 12 zu 11 Stimmen zugunsten der Mehrheit an, dass diese Frage sehr umstritten war. Sie können die Frage für sich selber beantworten, ob es sinnvoll ist, zwei sehr unterschiedliche Konzepte in einen Artikel zu packen oder nicht. Die Kommissionsmehrheit empfiehlt Ihnen allerdings, dies zu tun, und beantragt Ihnen, ihrem Antrag zuzustimmen. Ich darf schliesslich zuhanden des Amtlichen Bulletins erklären, dass wir die wichtige Frage diskutiert haben, ab wann diese vorgesehene Erneuerung – der Bundesrat kann die Massnahme ein Mal erneuern – gilt. Es ist ganz klar: Die jetzt beginnende Verlängerung wäre die letzte, weil dann schon drei Jahre ins Land gegangen sind. Das scheint mir für die zukünftigen Leistungserbringer sehr wichtig. Es geht also um eine einmalige Verlängerung, die, sollten Sie ihr zustimmen, jetzt dann beginnen würde. Insgesamt fiel also der Entscheid zugunsten der Mehrheit mit 12 zu 11 Stimmen. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif; 04.031/1358)

Für den Antrag der Minderheit II .... 100 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 60 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif; 04.031/1359)

Für den Antrag der Minderheit II .... 131 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I .... 31 Stimmen

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 59**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(Guisan, Cavalli, Fehr Jacqueline, Robbiani)

*Titel*

Nichteinhaltung des Zulassungsvertrages

*Abs. 1*

.... gegen die im Gesetz (Art. 56 und 58) oder im Zulassungsvertrag (Art. 35a) vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen ....

*Abs. 1bis*

Gegen Versicherer, welche die Bestimmungen des Zulassungsvertrages oder der Tarifverträge nicht einhalten und ungerechtfertigte einseitige Massnahmen ergreifen, wie insbesondere Zahlungsverzögerung oder Nichtzahlung der Honorare oder administrative Behinderungen, kann von den Leistungserbringern Klage erhoben werden.

*Abs. 2*

.... auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer, eines Leistungserbringers oder eines Verbandes der Leistungserbringer.

*Antrag Huguenin*

(Ergänzung zum Antrag der Minderheit Guisan)

*Abs. 2*

.... eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer, eines Leistungserbringers oder eines Verbandes der Leistungserbringer, der Versicherten oder eines Verbandes der Versicherten, der Patienten oder eines Verbandes der Patienten.

*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Guisan, Cavalli, Fehr Jacqueline, Robbiani)

*Titre*

Non-respect du contrat d'admission

*Al. 1*

.... ou dans le contrat d'admission (art. 35a) font l'objet ....

*Al. 1bis*

Les assureurs qui ne respecteraient pas les dispositions du contrat d'admission ou des conventions tarifaires, et prendraient des mesures unilatérales injustifiées, notamment des retards ou des non-paiements d'honoraires, ainsi que des harcèlements administratifs, peuvent faire l'objet d'une plainte des fournisseurs de prestations.

*Al. 2*

.... d'assureurs, d'un fournisseur de prestations ou d'une association de fournisseurs de prestations.

*Proposition Huguenin*

(ajout à la proposition de la minorité Guisan)

*Al. 2*

.... d'assureurs, d'un fournisseur de prestations ou d'une association de fournisseurs de prestations, d'assurés ou d'une association d'assurés, de patients ou d'une association de patients.

**Guisan** Yves (RL, VD): Ce projet de loi, et non seulement l'arrêté fédéral qui nous occupe aujourd'hui, est profondément déséquilibré au profit des assureurs. Un tel déséquilibre – pire: une véritable loi répressive et antimédicale –, au mépris de tout partenariat, ne sert pas les objectifs poursuivis et au contraire, est générateur d'un climat conflictuel majeur à leurs dépens.

Les assureurs ne sont pas plus des anges sur la scène de la santé que les autres partenaires. L'absence de structure démocratique des caisses-maladie fait qu'elles représentent, dans la règle, bien davantage les intérêts de leur direction que ceux des assurés. Qui plus est, elles n'ont pas de compétences particulières leur permettant de garantir la qualité des prestations. Pour elles, la meilleure qualité est surtout la moins chère possible, indépendamment du contexte médicosocial et de ses exigences. Enfin, cet article, tel que rédigé, n'ajoute strictement rien aux dispositions de la loi actuelle, et même les aggrave.

La transgression des articles 56 et 58 peut déjà être combattue, mais de manière équilibrée, par tous les partenaires, par le biais de l'article 89 qui permet une plainte au tribunal arbitral cantonal. L'article 59, tel que présenté, n'est qu'une synthèse des dispositions existantes avec quelques détails supplémentaires. Celles-ci ont démontré clairement leurs limites. Il y a toujours de bonnes raisons pour avoir procédé de manière différente aux usages, et les experts appelés à soutenir le point de vue de l'une et l'autre partie ne parviennent jamais à s'entendre. Le juge ne peut alors que constater qu'il ne peut trancher dans ce domaine médical qui n'est pas le sien. En dehors de dérapages absolument majeurs et gros comme des maisons, il est, dans la règle, contraint de les renvoyer dos à dos.

Ce que propose l'article 59 aboutit probablement au même résultat. Mais en plus, il a un défaut majeur, celui de n'accorder le droit de porter plainte qu'aux seuls assureurs, renforçant ainsi des comportements corporatistes aux dépens du partenariat et de l'intérêt général.

C'est pourquoi je vous propose de modifier cette rédaction pour la rendre plus pertinente, plus percutante, mais plus juste aussi. En faisant référence dans le titre au contrat d'admission et aux composantes de qualité et d'économie du traitement figurant dans le futur article 35a, et auquel personne ne s'oppose quant au principe, il est fait allusion à des dispositions que les deux partenaires – les payeurs et les fournisseurs de prestations – auront négociées et acceptées de part et d'autre.

De toute évidence, ces dispositions doivent faire référence non seulement aux articles 56 et 58, mais aussi à l'article 32, postulant que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Cela va obliger les deux parties à concrétiser l'article 32 par des conditions précises, indispensables à l'application des articles 56 et 58, qui parlent de leur non-respect. Dans ces conditions, la liste des contraventions mentionnée à l'article 59 prend une toute autre signification. Mais pour aboutir à une négociation équilibrée des dispositions de ce futur contrat, les deux parties doivent se trouver sur un plan d'égalité. Si l'une d'entre elles se trouve d'entrée de cause désavantagée par la loi, il est impossible de s'attendre à une négociation sereine visant à préserver non



seulement les intérêts des deux parties en présence, mais aussi ceux de la santé publique et de l'assurance sociale. Il n'y a donc aucune raison de priver les fournisseurs de prestations de droits de plainte. Une fois encore, les assureurs ne sont pas des anges, pas plus que les autres. Il doit donc être possible de porter plainte contre eux aussi, c'est une question d'équité et d'application de la loi.

Pour toutes ces raisons, je vous prie de soutenir ma proposition de la minorité à l'article 59.

**Huguenin** Marianne (-, VD): J'aimerais défendre ici une proposition qui est en fait une proposition subsidiaire, puisque c'est un complément à la proposition de la minorité Guisan. Je propose en effet qu'à l'article 59 alinéa 2, on ajoute aux deux parties en cause, c'est-à-dire aux assureurs et aux fournisseurs de prestations, le troisième partenaire que sont les assurés et les patients, en ajoutant que "des assurés ou une association d'assurés, des patients ou une associations de patients" peuvent également porter plainte.

Par sa proposition de minorité, notre collègue Guisan cherche en effet à rétablir un équilibre ô combien menacé. L'article de loi présenté donne uniquement aux assureurs la possibilité de dénoncer ceux qui manqueraient aux exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations.

En ne ciblant ces manquements possibles que sur les fournisseurs de prestations, le législateur admet au fond très symboliquement et implicitement que seul le critère économique l'intéresse. Il jette ainsi à la poubelle la garantie de la qualité des prestations. La proposition de la minorité Guisan rétablit donc un équilibre, en incluant la possibilité que les assureurs puissent aussi ne pas respecter la qualité des prestations, ou ne pas respecter le contrat d'admission. Elle donne aux fournisseurs de prestations ou à leur association la possibilité de devenir partie plaignante.

Permettez-moi de citer ici quelques extraits du rapport du Groupement latin des assurances sociales, rapport effectué à la demande de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales. Ce rapport fait état de nombreux manquements des assureurs à leur mission, manquements tout à fait volontaires, visant à éliminer certaines catégories de patients. Il se base sur des dénonciations précises dont ont été informées les autorités cantonales. Sont mentionnées: absences de réponses aux demandes d'affiliation malgré plusieurs rappels, absences d'affiliation en raison du retour tardif des compléments d'information ou d'une prétendue perte du dossier, retards de la confirmation de l'affiliation par le nouvel assureur auprès de l'ancien assureur, avis de mutation non remis à l'autorité cantonale, questionnaires de santé inclus dans la proposition d'assurance avec obligation d'y répondre – même pour l'assurance de base –, retards dans le versement des prestations, prestations refusées injustement, compensations illégales entre primes et prestations.

Comme on le voit, les motifs de plaintes envers les assureurs sont multiples et le groupe "A gauche toute!" soutient donc la proposition de la minorité Guisan.

Mais nous désirons clairement rajouter à la liste des personnes ou associations ayant qualité pour porter plainte les assurés et leurs associations, ainsi que les patients et leurs associations. La liste établie ci-dessus démontre en effet

AB 2004 N 1511 / BO 2004 N 1511

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

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

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

**Gross** Jost (S, TG): Die SP-Fraktion ist in Bezug auf den Minderheitsantrag Guisan gespalten. Ich sage Ihnen warum: An sich hat man Verständnis dafür, dass eine gewisse Opfersymmetrie, gewissermassen ein pönales Gegenrecht zu Sanktionen, auch gegen Versicherer, im Gesetz sein soll, wenn dieses Sanktionssystem schon gegenüber den Leistungserbringern gilt.

Wenn Sie nun aber das Gesetz konsultieren, dann sehen Sie, dass Sie dieses Sanktionssystem in Bezug auf die Versicherer durchaus schon im Gesetz haben – das entspricht meiner persönlichen Auffassung. Sie



haben Artikel 21 KVG, insbesondere Absatz 5. Hier kann das Bundesamt sehr weit gehende Sanktionen gegen pflichtvergessene Versicherer ergreifen: Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustands, Verwarnung, Ordnungsbussen bis hin zum Entzug der Bewilligung. Die Versicherer sind ja im Rahmen des staatlichen Konzessionssystems mit der Durchführung der Grundversicherung beauftragt. Deshalb gibt es dieses Sanktionssystem und diese strenge Aufsicht seitens des Bundesamtes schon im bestehenden Gesetz. Deshalb findet ein Teil der SP-Fraktion – ich persönlich auch –, dass diese Ergänzung bei Artikel 59 nicht nötig ist. Dazu kommt als zweiter Grund, dass das Schiedsverfahren nach Artikel 89 KVG für Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern natürlich auch den Leistungserbringern zusteht, wenn diese mit den Versicherern im Streit liegen. Das ist so ausgestaltet. Dort können natürlich auch entsprechende Klagen gegen die Versicherer angebracht werden.

Die eine Seite möchte hier die Opfersymmetrie auch in diesem Artikel noch ausgedrückt haben, die andere Seite verweist auf die bereits bestehende Regelung betreffend Aufsicht und Sanktionen. Wenn man der Auffassung von Frau Huguenin folgt – in Kombination mit der Minderheit Guisan –, dann ist es sicher sinnvoll, hier die Patientenorganisationen auch zu erwähnen. Das würden wir eventualiter sicher unterstützen, wenn die Minderheit Guisan durchkäme.

**Couchepin** Pascal, conseiller fédéral: La proposition de la minorité Guisan, comme on vient de le dire, n'est pas à sa place ici. Tout le système a une autre logique et la proposition de minorité méconnaît la volonté du législateur de confier le contrôle d'un certain nombre de prestations à la Confédération, plus spécialement à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et non pas à des organismes privés. Il ne s'agit pas ici d'établir une égalité contractuelle ou une égalité entre deux parties à un contrat, il s'agit de définir les responsabilités de chacun et de définir qui doit contrôler le système: c'est l'OFSP, et non les fournisseurs de soins, qui peut contrôler l'efficacité de l'exécution de la mission des assureurs. Le problème ici est celui du contrôle des prestataires de soins.

Je suis d'ailleurs surpris de voir les représentants du monde médical s'exprimer pour combattre cette disposition. Souvent, lorsque j'ai eu des rencontres avec le monde médical, ou plutôt avec les représentants professionnels du monde médical, ils disaient non à la liberté de contracter, mais oui à une clause qui renforcerait le contrôle de ce qu'on appelait les "moutons noirs". Et tout d'un coup, lorsqu'on introduit cette clause, il y a une opposition fondamentale et on essaie, à travers la proposition de la minorité Guisan, d'introduire quelque chose qui est un corps étranger dans la systématique de la loi, qui n'est pas du tout sur le même niveau et qui est quelque chose de différent.

Je dois dire de manière très claire que le Conseil fédéral ne peut comprendre ce point de vue et vous demande de soutenir la majorité.

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

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

*Erste Abstimmung – Premier vote*

Für den Antrag der Mehrheit .... 118 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 16 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

Für den Antrag Huguenin .... 54 Stimmen

Dagegen .... 88 Stimmen

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



## AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Herbstsession 2004 • Neunte Sitzung • 29.09.04 • 15h00 • 04.031  
Conseil national • Session d'automne 2004 • Neuvième séance • 29.09.04 • 15h00 • 04.031



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

AB 2004 N 1512 / BO 2004 N 1512