



11.429

**Parlamentarische Initiative
SGK-NR.
Tarmed. Subsidiäre Kompetenz
des Bundesrates****Initiative parlementaire
CSSS-CN.
Tarmed. Compétence subsidiaire
du Conseil fédéral***Erstrat – Premier Conseil*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 27.09.11 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.12.11 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.12.11 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.12.11 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 23.12.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Nous traitons l'initiative parlementaire 11.429, "Tarmed. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral", dont le contenu est, en résumé, la proposition d'accorder une compétence subsidiaire au Conseil fédéral pour procéder à l'adaptation de la structure tarifaire dans des situations spécifiques de non-entente entre les partenaires, non-entente qui se manifeste notamment en raison de la règle de l'unanimité.

La genèse de ce projet, qui a été traité en mars 2011 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, est liée au rapport du Contrôle fédéral des finances intitulé "Tarmed – le tarif des prestations médicales ambulatoires. Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération". Ce rapport a été publié en novembre 2010 et il met en évidence un certain nombre de faiblesses, notamment la problématique du blocage des négociations concernant la mise à jour des tarifs. Ce rapport propose un certain nombre de recommandations.

La LAMal de 1994 prévoit que les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans le cas prévu par la loi, par l'autorité compétente. Les partenaires à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations ou fédérations de fournisseurs de prestations d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs d'autre part.

Le Conseil fédéral est chargé de l'approbation des conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse. Il est compétent pour fixer une structure tarifaire uniforme pour les tarifs à la prestation si les partenaires tarifaires n'ont pas pu s'entendre. Et c'est là l'objet central qui préoccupe la commission.

En mai 2009, le Conseil fédéral a proposé un paquet de mesures visant à endiguer l'évolution des coûts. Lors des débats au Parlement, une proposition complémentaire a été discutée; elle disait ceci: "En dérogation aux alinéas 4 et 5 de l'article 43 LAMal, le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations dans la structure tarifaire si les parties concernées ne parviennent pas à s'entendre sur une révision et s'il apparaît que ladite structure n'est plus adaptée aux circonstances."

Le constat avait alors été fait que certains tarifs et certaines structures tarifaires, objets de négociations entre les partenaires tarifaires, ne répondaient plus véritablement aux exigences de la LAMal que sont l'équité et le respect du principe d'économie. Par conséquent, notre objectif est ici, très simplement, de donner au Conseil fédéral un moyen de pression sur les partenaires tarifaires afin de les inciter à s'accorder rapidement sur une structure tarifaire ou, lorsque c'est nécessaire, sur sa révision. Voilà l'objet assez simple qui concerne la première partie des discussions que nous avons menées dans notre commission.





Le 16 septembre 2011, le Conseil fédéral a donné son avis sur cette initiative parlementaire. Dans le cadre de cet avis, le Conseil fédéral a formulé une proposition qui concerne la problématique des données et la question d'une base légale relative à la transmission des données aux assureurs. Le Conseil fédéral a formulé dans cet avis une proposition de modification à l'article 42 alinéa 3bis où il dit que "les fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture ... les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité".

Par conséquent, c'est donc dans un deuxième temps que nous avons la semaine dernière, dans une séance matinale, adopté par 11 voix contre 10 la proposition d'ajout à la question de la structure tarifaire. Donc dans cette initiative parlementaire nous avons maintenant deux objets: la question de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour intervenir dans la modification de la tarification et un élément qui concerne la diffusion des données. On a deux objets qui ne sont pas directement liés – cela ne forme pas directement une unité de matière –, mais qui ont été considérés par la majorité de la commission comme importants. C'est la raison pour laquelle nous avons formulé cette double proposition dans cette initiative parlementaire.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Artikel 42 Absatz 3bis und Artikel 43 Absatz 5bis, über welche wir heute befinden, waren Bestandteil des Kostendämpfungspaketes und wurden daher bereits einmal beraten. Weil das Kostendämpfungspaket aber im letzten Herbst, genau vor einem

AB 2011 N 1672 / BO 2011 N 1672

Jahr, in der Schlussabstimmung abgelehnt wurde, stehen die beiden Artikel heute wieder zur Diskussion. Mit Artikel 43 Absatz 5bis erhält der Bundesrat die Kompetenz, Anpassungen an der Tarifstruktur vorzunehmen, wenn sich die Struktur als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf einen Umbau einigen können. Eigentliche Ursache dafür, dass dieser Gesetzesartikel heute wieder zur Diskussion steht, ist der Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle "Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes" vom November 2010. Dieser Bericht zeigt zahlreiche Schwachstellen auf. So werde die Vergütung bestimmter Leistungen nicht unter Berücksichtigung des technischen Fortschritts neu beurteilt und gewisse neue Behandlungsmethoden würden nicht in den Tarif aufgenommen. Die Eidgenössische Finanzkontrolle weist insbesondere darauf hin, dass die Verhandlungen der Tarifpartner über eine Anpassung des Tarmed an die Entwicklungen blockiert sind, und sie formuliert verschiedene Empfehlungen.

Der Bericht wurde der SGK an der Sitzung vom 24. März 2011 vorgestellt. Aus den Beratungen der Kommission resultierte eine Kommissionsinitiative mit dem vorliegenden Artikel 43 Absatz 5bis, welcher mit 20 zu 1 Stimmen beschlossen wurde. Wie erwähnt, deckt er sich inhaltlich mit einer Bestimmung, welche beide Räte im Rahmen der Vorlage "KVG. Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung" bereits beschlossen hatten, die mit dem Scheitern der ganzen Vorlage in der Herbstsession 2010 jedoch ebenfalls obsolet wurde. Am 31. März 2011 stimmte die SGK des Ständerates der Initiative mit 7 zu 4 Stimmen zu.

Das KVG sieht vor, dass Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherer und Leistungserbringer vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von den zuständigen Behörden festgesetzt werden. Parteien eines Vertrages sind gemäss Artikel 46 Absatz 1 KVG "einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits". Der Bundesrat hat den Auftrag, in der ganzen Schweiz geltende Tarifverträge zu genehmigen, und ist für die Festlegung einer einheitlichen Tarifstruktur für Einzelleistungstarife zuständig, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. In diesen Bestimmungen kommt klar die Tarifautonomie der Vertragspartner zum Ausdruck, welche in der obligatorischen Krankenversicherung gilt. Der Bundesrat hat jedoch keine Kompetenz, bei einem bestehenden, ungekündigten Vertrag in eine Tarifstruktur einzugreifen. Der neue Artikel 43 Absatz 5bis räumt dem Bundesrat daher die subsidiäre Kompetenz ein, Tarifstrukturen anzupassen, die nicht mehr sachgerecht sind und auf deren Revision sich die Tarifpartner nicht einigen können. Die subsidiäre Kompetenz, welche dem Bundesrat mit dieser Bestimmung gegeben wird, gilt nicht nur für die Tarifstruktur Tarmed, sondern für alle gesamtschweizerischen Tarifstrukturen.

Der Bundesrat stimmt dem neuen Artikel 43 Absatz 5bis zu und beantragt zudem, eine zweite Änderung vorzunehmen, nämlich in Artikel 42 einen Absatz 3bis ins Gesetz aufzunehmen, der wie folgt lautet: "Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Absatz 3 die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in der jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassung codiert aufzuführen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten un-



ter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips." Auch diese Bestimmung war Gegenstand des Kostendämpfungspakets. Die Angaben über Prozeduren und Diagnosen sind für die Beurteilung einer verrechenbaren Leistung entscheidend. Eine wirksame Qualitäts- und Kostenkontrolle müsste eigentlich immer vorgenommen werden können, ist aber bei einem Systemwechsel, der Transparenz und Vergleichbarkeit zum Ziel hat, entscheidend. Bedenken, dass damit der Schutz der Patientendaten nicht gewährleistet werden kann, können mit entsprechenden Bestimmungen – der Bundesrat erlässt nähere Bestimmungen dazu – ausgeräumt werden. Die SGK hat dieser neuen Bestimmung mit 11 zu 10 Stimmen zugestimmt, und ich bitte Sie, dieser knappen Kommissionsmehrheit zu folgen.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): L'initiative parlementaire de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil a pour but de donner une compétence subsidiaire à l'Etat, notamment au Conseil fédéral, pour régler le système tarifaire du Tarmed et adapter des structures tarifaires qui ne seraient plus appropriées et sur la révision desquelles les partenaires tarifaires ne se seraient pas accordés après des négociations. Cette discussion est très importante car, chaque année, l'application du Tarmed, qui recense 4300 prestations différentes, conduit à facturer quelque 7 milliards de francs.

Le Contrôle fédéral des finances a publié un rapport sur le Tarmed évaluant la réalisation des objectifs et le rôle de la Confédération. Il a fait une analyse statistique pour comprendre ce qui expliquait les différences de la valeur du point entre les cantons et a constaté qu'il y avait des écarts importants. D'abord, une conclusion est que l'offre médicale permet d'expliquer les différences de la valeur du point entre les cantons. Ensuite, le Contrôle fédéral des finances a constaté qu'aujourd'hui le Tarmed ne garantit pas l'égalité de traitement entre les spécialistes; en effet, avec le système de tarification actuel, les médecins de famille sont pénalisés. Enfin, l'adaptation du Tarmed ne tient pas compte de l'évolution des techniques médicales.

Voici pourquoi il est nécessaire de réviser le Tarmed: certains tarifs ne répondent plus véritablement aux exigences de la loi sur l'assurance-maladie pour ce qui concerne l'équité et le respect du principe d'économicité. Sur ce point, nous attendons des contre-propositions de la part du Conseil fédéral.

Mais le but de l'initiative parlementaire de la commission est de répondre à un point très important: selon le Contrôle fédéral des finances, l'objectif de mise à jour du Tarmed n'est pas atteint, car la situation est bloquée. Le système du Tarmed veut qu'il y ait un consensus entre les partenaires. S'ils n'arrivent pas à se mettre d'accord, tout est bloqué. Même si aujourd'hui la situation requiert une adaptation, on se trouve dans une situation de blocage. Concrètement, cela signifie que dans cette situation de blocage entre les partenaires tarifaires, certains nouveaux traitements ou diagnostics ne sont pas enregistrés dans le Tarmed, qui ne connaît pas de réévaluation des positions tarifaires pour lesquelles la pratique a évolué, grâce aux progrès techniques. Mit der Einführung von Tarmed wollte man eine Aufwertung der ärztlich-intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen erreichen. Dieses Ziel ist heute nicht erfüllt. Schon im Paket betreffend Kostendämpfung hat man eine Bestimmung vorgeschlagen, welche dem Bundesrat subsidiär eine Kompetenz zur Korrektur bei den Tarifproblemen und -positionen gibt, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen können. Sie sollte heute wieder eingefügt werden, das ist das Ziel dieser parlamentarischen Initiative der Kommission. Der Bundesrat muss subsidiär die Kompetenz zu Eingriffen haben, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen können. Schliesslich geht es auch um eine Aufwertung der ärztlichen Leistungen und eine Stärkung der Hausarztmedizin. Wenn kein Weiterkommen mehr möglich ist, muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, um Fortschritte zu erzielen.

Je vous invite donc, au nom du groupe socialiste, à entrer en matière sur le projet de la commission.

En ce qui concerne la proposition du Conseil fédéral en matière de transmission des données, Madame Schenker se prononcera dans la suite du débat.

Gilli Yvonne (G, SG): Die grüne Fraktion beantragt Ihnen ein Ja zum Eintreten auf diese Tarmed-Gesetzesrevision und unterstützt die Erweiterung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates, wenn die Tarifverhandlungen blockiert sind und sich Leistungserbringer und Versicherer nicht einigen

AB 2011 N 1673 / BO 2011 N 1673

können. Tarmed wurde wegen Interessenkonflikten immer wieder blockiert und hat deswegen auch nicht die erhofften Resultate gebracht – mindestens teilweise.

Wenn wir jetzt dem Bundesrat eine gewisse Unparteilichkeit attestieren und seine Kompetenzen subsidiär erweitern, wünschen wir uns, dass er diese mit grösster Sorgfalt und Sachbezogenheit ausübt. Gerade da hat er sich mit seinem kurzfristig angesagten Änderungsantrag zu Artikel 42 Absatz 3bis, der die Übermittlung der Diagnosen mit der Rechnungstellung betrifft, leider keine Vorschusslorbeeren geholt. Wir werden uns



dazu in der Detailberatung vernehmen lassen, können aber jetzt schon sagen, dass wir diese Änderung nicht unterstützen. Die Zustimmung zu dieser Tarmed-Gesetzesrevision hängt deshalb bei den Grünen davon ab, wie Sie sich zum Änderungsantrag des Bundesrates bei Artikel 42 Absatz 3bis ausdrücken werden. Wir unterstützen das Eintreten auf diese Revision.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: En fait, ce dossier est apparemment technique, mais il est, au fond, très politique. Le Conseil fédéral est d'avis que le projet issu de cette initiative parlementaire est très actuel et aussi très juste. Il estime que votre commission a fait du bon travail, mais qu'elle devrait aller jusqu'au bout de sa logique.

Je m'explique: la commission a repris en fait un article de la loi sur l'assurance-maladie qui avait déjà été adopté par les deux chambres lors des débats sur les mesures urgentes – comme on les a appelées, il y a maintenant deux ans – visant à endiguer l'évolution des coûts (09.053). Puis, il y a une année, quasiment jour pour jour, le paquet avait été adopté, mais il avait été rejeté au vote final. L'article de loi lui-même avait été adopté dans les deux chambres, donc vous ressuscitez quelque part un article de loi que vous aviez adopté mais qui avait été rejeté par la suite au vote final, et ce retour est une bonne chose.

Si vous me permettez de faire une analyse un peu plus large, ce qui nous amènera ensuite à notre proposition à l'article 42 alinéas 3bis et 4, je dirai que la commission a quelque part aussi fixé une ligne claire en matière d'évolution du système de santé, une ligne claire assez générale et qui nous plaît bien, et nous aimerions la marquer encore.

En résumé, quelle est cette ligne marquée par la commission? Avec son projet de modification à l'article 43 alinéa 5bis, la commission a dit oui à l'autonomie tarifaire, oui donc à la primauté des négociations entre les partenaires de la santé. Mais la commission dit en même temps que si cette autonomie tarifaire aboutit ou équivaut à un blocage – ce qui malheureusement est souvent le cas –, alors même que l'évolution est souhaitable, le Conseil fédéral doit pouvoir intervenir. L'intervention est donc subsidiaire, mais si le Conseil fédéral intervient, il faut qu'il ait des bases légales complètes et claires, et non pas des bases légales qui lui donnent un peu la possibilité d'intervenir, mais souvent pas assez ou de manière pas suffisamment claire. Et cela est très actuel.

Le Conseil fédéral est exactement du même avis que votre commission. Concrètement, cela l'amène à faire deux remarques et donc à prendre position sur deux points, et non pas sur un seul.

En ce qui concerne le premier point, le Conseil fédéral est d'accord avec l'introduction de l'article 43 alinéa 5bis qui ouvre précisément la voie à une intervention subsidiaire pour adapter une structure tarifaire. C'est en particulier nécessaire pour le Tarmed. L'initiative parlementaire a pour titre "Tarmed", mais en fait elle va au-delà. Pourquoi est-ce nécessaire pour le Tarmed en particulier? Parce que l'adaptation du Tarmed est en effet bloquée depuis des années, en raison essentiellement de la règle de l'unanimité des partenaires qui veut que, pour chaque adaptation, on doive obtenir l'unanimité et non pas seulement la majorité parmi les partenaires. Donc, il suffit qu'un partenaire tarifaire s'y oppose pour que l'évolution ne puisse pas entrer en vigueur.

Depuis ce printemps, des discussions communes ont à nouveau eu lieu avec l'ensemble des partenaires, en notre présence. Nous avons demandé de fixer des grands principes pour une révision, par exemple, pour une revalorisation des prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques, ce qui serait favorable en particulier à la médecine de premier recours. Nous avons donc demandé cela, nous avons également demandé de viser une certaine neutralité des coûts avec ces révisions. De manière générale, ces principes ont été acceptés par les différents partenaires qui se sont également mis d'accord sur un calendrier pour une première phase qui prévoit qu'un concept de modification du Tarmed nous soit présenté tout bientôt – pour fin septembre – et qu'après, dans ce concept, on fixe définitivement l'agenda pour la modification de la révision globale du Tarmed. L'agenda envisagé – il doit encore être confirmé – prévoit que cette révision puisse se faire jusqu'à fin 2012.

Le Conseil fédéral voit ce nouvel article 43 alinéa 5bis comme une aide en la matière, comme un encouragement aux partenaires à avancer. Si vous voulez, on passe de l'autonomie tarifaire relativement passive à un concept d'autonomie tarifaire beaucoup plus active. Et nous avons là une base claire pour intervenir le moment venu, si nécessaire.

Le Conseil fédéral estime, et c'est le deuxième point, que le Parlement devrait utiliser le même élan – qu'il a maintenant retrouvé pour "ressusciter" un article qu'il avait adopté puis "enterré" lors du vote final sur l'objet 09.053, "LAMal. Mesures pour endiguer l'évolution des coûts" – pour préciser les bases d'intervention pour le financement des traitements à l'hôpital également.

Ceci l'amène à vous proposer de compléter la modification de la loi par des précisions à l'article 42, plus précisément aux alinéas 3bis et 4. Je rappelle que l'article 42 est relatif aux principes de la facturation selon



les diagnostics. Je ne vais pas entrer dans le détail maintenant, je vous expliquerai lors de la discussion par article la réflexion du Conseil fédéral qui – Madame Gilli, je peux vous l'assurer – est précisément une réflexion qui vise à prévoir dans la loi, pour nous donner la meilleure force d'action possible, une autorité qui est au-dessus des parties et qui peut régler les éléments d'intérêt général avec la meilleure précision possible. Je reviendrai donc sur ces éléments dans la discussion par article, mais pour l'entrée en matière, j'aimerais vous dire qu'il y a véritablement une unité de matière puisque les deux chambres avaient également accepté cette proposition que nous vous refaisons aujourd'hui à l'article 42, sans opposition, une fois que les deux chambres ont eu trouvé une version commune. C'était pratiquement le même texte à un mot près que ce que nous vous proposons maintenant. Nous sommes donc, sur cette question-là, exactement dans la même situation que pour l'article 43 alinéa 5bis et nous vous proposons de faire la même chose, d'agir en parallèle, de repêcher cet article 42 alinéa 3bis et alinéa 4 et de l'intégrer à la modification en cours. Je reviendrai dans le détail sur les éléments concrets, sur ce que cela signifie dans la pratique, de manière à ce que tout soit aussi clair que possible pour votre décision.

Nous vous demandons de faire preuve de cohérence et de logique et de tenir le même discours aussi bien à l'article 43 qu'à l'article 42.

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

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

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission: BBI

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

AB 2011 N 1674 / BO 2011 N 1674

Art. 42 Abs. 3bis, 4

Antrag des Bundesrates: BBI

Neuer Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates

Neuer Antrag der Minderheit

(Schenker Silvia, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Frösch, Gilli, Heim, Prelicz-Huber, Rielle, Rossini)

Abs. 3bis

Streichen

Abs. 4

Unverändert

Art. 42 al. 3bis, 4

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Nouvelle proposition de la minorité

(Schenker Silvia, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Frösch, Gilli, Heim, Prelicz-Huber, Rielle, Rossini)

Al. 3bis





Biffer

Al. 4

Inchangé

Schenker Silvia (S, BS): Personenbezogene Gesundheitsdaten bedeuten für die Versicherten Wissen und damit Macht und vor allem Geld. Dieser Satz stammt nicht von mir, sondern er ist in einem Artikel über den Schutz von Gesundheitsdaten zu finden. Gesundheitsdaten sind hochsensible Daten. Es ist unsere Pflicht als Volksvertreterinnen und Volksvertreter, im Sinne der Bevölkerung zu entscheiden, wenn es um diese höchst persönlichen und hochsensiblen Daten geht.

Ich beantrage Ihnen namens der Minderheit, die Absätze 3bis und 4 nicht gemäss dem Entwurf des Bundesrates in Artikel 42 aufzunehmen, sondern bei der ursprünglichen Fassung der Kommission zu bleiben, dies aus zwei Gründen:

1. Es geht um die Art und Weise des Vorgehens. Wir haben letzte Woche in einer Morgensitzung während 45 Minuten über diesen Antrag des Bundesrates gesprochen. Wir hatten demzufolge weder die Zeit noch die Möglichkeit, uns fundiert mit dem Thema auseinanderzusetzen. Insbesondere hatten wir keine Gelegenheit, mit den Konfliktparteien in dieser Angelegenheit – das sind auf der einen Seite die Krankenkassen und auf der anderen Seite die Leistungserbringer bzw. H plus – zu sprechen. Die Parteien konnten sich nicht auf ein Vorgehen bezüglich Datenübermittlung einigen. Gemäss einem Schreiben von H plus, das Ihnen ebenfalls vorliegt, ist noch ein Prozess im Gange, in dem sich die bereits erwähnten Partner auf ein Vorgehen einigen sollen. Es ist befremdlich, dass der Bundesrat während dieses Prozesses in einer Hauruck-Übung eine Gesetzesbestimmung in eine Vorlage aufnimmt, die einem anderen Thema, nämlich der Frage des Tarmed, gewidmet ist.

2. Wie bereits eingangs erwähnt, handelt es sich bei Gesundheitsdaten um sehr heikle Daten. Dass der Datenschutz im Gesundheitswesen vor allem bei den Krankenkassen nicht so hochgehalten wird, wie es eigentlich der Fall sein sollte, ist wiederholt thematisiert worden. Die Bevölkerung hat die aus meiner Sicht berechtigte Angst, dass es zum gläsernen Patienten kommt. Die neue Spitalfinanzierung, die Einführung von Fallpauschalen, E-Health usw. führen zu einem vermehrten Austausch von Gesundheitsdaten – so schnell sind diese Daten, die höchstens in die Hände von Vertrauensärzten gehören, weitergegeben und dann archiviert!

Es ist unsere Pflicht als Gesetzgeber, das Recht der Bevölkerung auf Schutz der Privatsphäre zu wahren. Es gibt grosse Bedenken, ob das Prinzip der Verhältnismässigkeit, das in der Stellungnahme des Bundesrates erwähnt wird, dem Schutz der Daten wirklich genügend Rechnung trägt. Weil wir das in diesem Fall nicht wissen und weil wir uns im Zweifelsfall klar hinter die berechtigten Anliegen der Patientinnen und Patienten stellen, lehnen wir von der Minderheit diese Bestimmung ab. Ich möchte festhalten, dass wir uns nicht grundsätzlich gegen eine Regelung durch den Bund aussprechen, wir wollen sie aber nicht so und nicht jetzt.

Ich bitte Sie, der Minderheit zu folgen.

Gilli Yvonne (G, SG): Krankheits- und Behandlungsdaten sind höchst persönliche Daten, deren Bedeutung so hoch ist, dass ihre Weitergabe an aussenstehende Instanzen und Drittpersonen strafrechtlich geregelt ist. Nun sieht das Arztgeheimnis auch vor, dass unter gewissen, gesetzlich zu definierenden Bedingungen die Daten weitergegeben werden dürfen, soweit die Fragestellung dies nötig macht. In den letzten Jahren, insbesondere mit der Einführung von Tarmed, wurde dieses Arztgeheimnis zunehmend verwässert. Der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte hat sich dazu mehrmals mit grosser Sorge geäussert.

Es liegt auf der Hand, dass die Versicherten die Rechnungen der Leistungserbringer, seien es die Ärzte oder die Spitäler, plausibilisieren und auf ihre Wirtschaftlichkeit hin prüfen müssen. Um diese Frage geht es deshalb heute nicht. Der Bundesrat beantragt, dass der Leistungserbringer auf der Rechnung die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen codiert aufführt. Wir müssen heute entscheiden, ob diese Forderung aus Sicht des Daten- und Patientenschutzes gerechtfertigt ist und welche Konsequenzen sich allenfalls daraus ergeben. Wir müssen uns aber auch die Frage stellen, ob das Vorgehen von Herrn Bundesrat Burkhalter für diese Arbeit opportun ist.

Was bedeutet die Umsetzung dieser Bestimmungen konkret? Auf der Arztrechnung steht in Zukunft eine detaillierte Diagnose. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Ich codiere zurzeit die Rechnungen in meiner Praxis nach dem Tessiner Code für ambulante Behandlungen, der wegen seiner allgemeinen Codierung das Arztgeheimnis einigermassen zu wahren verspricht. Was erfährt die Sachbearbeiterin der Krankenkasse maximal mit diesem Tessiner Code? Der Diagnosecode A2 z. B. heisst Erkrankungen der Herzkranzgefässe, inklusive Herzinfarkt; der Diagnosecode I1.07 heisst Tumor der männlichen Geschlechtsorgane. Die Spitäler codieren nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Da hätten wir



z. B. F41.2, Angst und depressive Störungen gemischt, oder D09.0, Krebs der Harnblase, oder N45, Abszess der Hoden oder der Nebenhoden. Werden Sie operiert, kommt zusätzlich noch der Code für die Schweizerische Operationsklassifikation dazu – auch dafür ein Beispiel: 00.62.10 umfasst die Katheteruntersuchung an einem Hirngefäss. Auf dieser Rechnung finden sich aber nicht nur die detaillierten Angaben zu Ihrer Krankheit, sondern auch Ihr Name, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum, und zusätzlich haben sowohl das Spital als auch der Arzt und die Krankenkasse Ihre AHV-Nummer; diese steht nämlich auf dem Versicherungsausweis.

Diese Rechnung geht nun nicht an eine neutrale Prüfungsstelle und auch nicht an einen Vertrauensarzt, sondern an die Administration des Versicherers, wo sie durch die Hände mehrerer Sachbearbeiter der Rechnungsbearbeitung und -prüfung geht, notabene nachdem sie nicht nur von der unmittelbaren Vertrauensperson vorbereitet worden ist, sondern auch bereits die Spital- respektive die Praxisadministration durchlaufen hat. Falls die Leute nicht zahlungsfähig sind, muss die Rechnung auch noch an die sie unterstützenden Behörden weitergeleitet werden. Es liegt an Ihnen zu entscheiden, ob für Sie so das Arztgeheimnis gewahrt bleibt und ob es nötig ist, dass detaillierteste Krankheitsangaben unanonymisiert durch so viele Augen eingesehen werden. Nun zum Verfahren des bundesrätlichen Antrages: Wie gesagt, kam er äusserst kurzfristig und konnte nicht einmal im Rahmen einer ordentlichen Kommissionssitzung behandelt werden. Es gibt zudem eine Motion, die konkrete Anregungen enthält, wie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und jene des Datenschutzes gleichberechtigt berücksichtigt werden

AB 2011 N 1675 / BO 2011 N 1675

können. Alle von uns haben zusätzliche Stellungnahmen erhalten. Sie wissen, wir befinden uns in einem laufenden Prozess. Es rechtfertigt sich unseres Erachtens kein bundesrätlicher Schnellschuss, wenn es um den Schutz des Patientengeheimnisses geht.

Ich hoffe, Sie teilen unsere Haltung, dass die Prüfung der Wirtschaftlichkeit keine unanonymisierten Rechnungen mit hochsensiblen und sehr detaillierten Daten zu Behandlungen und Diagnosen benötigt, die durch verschiedenste Augen eingesehen werden können.

Wir bitten Sie deshalb, der Minderheit Schenker Silvia zu folgen.

Le président (Germanier Jean-René, président): Le groupe libéral-radical et le groupe PDC/PEV/PVL soutiennent la proposition de la majorité.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Es ist an sich klar: Ohne gewisse Angaben zu einer Leistung lässt sich diese nicht beurteilen. Das ist so, und wenn wir eine Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen einführen oder durchführen wollen, dann kann das nur mit Eckdaten erfolgen, die eine Beurteilung zulassen. Ich bin Laie, ich kann nicht sagen, was für Eckdaten dazu nötig sind. Das muss die Branche tun.

Man behauptet in unserem Land ja immer wieder, wir hätten eine qualitativ hervorragende Gesundheitsversorgung, obwohl darüber nirgends auch nur der geringste Nachweis vorhanden ist. Man verwechselt einen guten Zugang – den haben wir – mit Leistungsqualität, und das ist an sich völlig falsch. Es ist ausserordentlich bemüht, muss ich Ihnen sagen, dass wir hier als Gesetzgeber wieder – einmal mehr! – eingreifen müssen, weil die Branche, vor allem die Ärzteschaft, nicht in der Lage ist, eine einvernehmliche Lösung zu treffen: Weder bei der Weiterentwicklung von Tarmed – diese haben wir bei Artikel 43 Absatz 5bis ja genehmigt – noch bei der Qualitätskontrolle im stationären Bereich bietet sie Hand. Manchmal habe ich den Eindruck, dass die Leistungserbringer ökonomisch im vorletzten Jahrhundert stehengeblieben sind, nur beim eigenen Lohn nicht. Es ist klar, es geht um sensible Daten, und es muss dafür gesorgt werden, dass diese Angaben mit der nötigen Zurückhaltung bearbeitet werden, nicht missbraucht werden. Das ist an sich richtig, aber wir haben beispielsweise im Vormundchaftswesen ein Amtsgeheimnis, das die Träger von Kenntnissen verpflichtet, diese nicht weiterzugeben; wir haben im Unfallversicherungsbereich eine gewisse Transparenz: Man muss doch im Gesundheitsbereich nicht das Ganze völlig neu erfinden!

Ich bitte Sie, dieser Korrektur die Zustimmung zu geben. Im Interesse einer Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens ist es richtig, hier der Mehrheit zu folgen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Certains d'entre vous ont l'impression que l'on va un peu vite avec une disposition que vous avez déjà adoptée l'année passée. Peut-être bien qu'on va un peu vite, mais si on allait pour une fois un peu vite en matière de réforme de santé, ce ne serait pas dramatique. Ce que j'aimerais surtout, c'est vous expliquer ce que l'on veut faire, puis essayer d'enlever les peurs et les méfiances qui sont injustifiées dans ce dossier – comme dans d'autres d'ailleurs.

Avec l'article 43 alinéa 5bis, vous avez tout à l'heure fait en quelque sorte la première mi-temps. Nous avons, avec vous, avec cette nouvelle disposition, dynamisé potentiellement la procédure d'autonomie tarifaire dans



le cadre des tarifs à la prestation. Maintenant, il s'agit de passer à la seconde mi-temps, tout simplement, et c'est vraiment le même match. Sans en faire un drame grec, vous avez l'unité de temps, l'unité de lieu et l'unité d'action qui sont assurées. On peut donc vraiment discuter de cela aussi et même si cela se fait un peu vite, comme c'est quelque chose qui a déjà été débattu au Parlement il y a une année, il ne nous paraît pas impossible de mener ce débat. Nous vous demandons donc encore une fois d'utiliser le même élan que vous avez pris tout à l'heure sans problème pour les tarifs à la prestation, de manière à avoir également une compétence plus clarifiée du Conseil fédéral dans le cadre du financement hospitalier.

De quoi s'agit-il? Concrètement, les partenaires tarifaires ont fait la preuve par l'acte – ou devrais-je plutôt dire par le non-acte – qu'ils n'arrivaient pas à se mettre d'accord en ce qui concerne le financement hospitalier. Dans plusieurs domaines, il n'existe pas de solution. La transmission des données, la rémunération des investissements, le monitoring des coûts sont les trois principaux. Alors le Conseil fédéral va agir au niveau de l'ordonnance pour régler l'ensemble des problèmes, et cela à la demande des partenaires, et en particulier aussi à la demande des cantons qui souhaitent clairement et officiellement une réglementation nationale pour le financement hospitalier, et en particulier dans ces trois domaines.

Concernant la transmission des données, l'article 42 alinéa 3 LAMal actuel prévoit: "Le Conseil fédéral règle les détails." C'est tout. Afin de préciser ce règlement dans la loi, le Parlement avait aussi accepté un ajout à cet article lors des mêmes débats de 2010 – dont on a parlé – sur les fameuses mesures d'urgence. Au vote final, vous vous en souvenez, et cela a été répété trois ou quatre fois dans ce débat, le projet a été rejeté et il est devenu caduc.

Si l'on a "ressuscité" l'article 43 alinéa 5bis, pourquoi alors ne pas "ressusciter" également l'article 42 alinéas 3bis et 4? C'est ce que nous vous demandons de faire, parce qu'il s'agit exactement du même mécanisme. Je comprends, Madame Gilli, que vous estimiez que cela va un peu vite, mais je vous le dis clairement: nous n'avons eu que quelques jours pour prendre position, et c'est de ma faute, je n'ai pas pensé avant à ce progrès, à notre sens, et à cette modification-là. Entre-temps nous y avons pensé, nous vous la proposons, on en débat; c'est cela, la politique. Et il est tout à fait possible de parvenir au but dans le cas présent.

Avec cette disposition que nous vous proposons – et, je le répète, que les Chambres fédérales avaient acceptées il y a une année –, la situation en matière de transmission et de protection des données serait précisée déjà au niveau de la loi. Bien sûr, la loi étant ce qu'elle est, cela reste relativement vague, c'est-à-dire que c'est un cadre. Mais ce cadre est au moins plus précis qu'actuellement. Concrètement, en effet, les diagnostics et les procédures seraient transmises sous forme codée dans le cadre d'une structure tarifaire du type DRG et la protection des données serait garantie pleinement en vertu des dispositions édictées par le Conseil fédéral.

C'est vrai, Madame Gilli, vous devez faire confiance, et c'est bien un peu le drame, mais c'est comme cela dans la vie: de temps à autre, il faut faire confiance. Alors je vous explique clairement notre attitude: nous voulons régler aussi bien le problème de la transmission nécessaire des données que celui, très important et qui nous tient absolument à cœur – vous pouvez lire les journaux, mais la réalité, c'est moi qui vous la décris ici –, de l'absolue protection des données. Il n'y a pas de réforme de la santé qui peut se faire sans que la confiance existe non seulement ici, mais aussi dans la population sur la question de la protection des données. Nous en sommes convaincus depuis très longtemps, et ces dispositions nous donnent précisément la possibilité de disposer d'une base légale plus solide.

Pour votre information, j'aimerais encore ajouter que les dispositions sont envisagées de toute manière au niveau de l'ordonnance, parallèlement. Le fait qu'elles étaient envoyées en consultation dans l'ordonnance avant que l'on prenne position sur cette question est formellement un peu spécial, je suis d'accord. Mais à la fin, tous les chemins mènent à Rome, si je puis dire, et il n'y a donc pas d'incohérence. Les dispositions déjà envisagées par l'ordonnance dans le cas actuel et concret du nouveau financement hospitalier font l'objet d'une audition auprès des partenaires jusqu'à ces prochains jours. Les modalités que nous avons proposées par le biais du Département fédéral de l'intérieur garantissent une totale protection des données. On permettra la transmission des données qui sont évidemment nécessaires au contrôle, conformément aux décisions des tribunaux. En même temps, nous proposons le cryptage et la

AB 2011 N 1676 / BO 2011 N 1676

pseudonymisation des données tout au long du processus, avec le décryptage au niveau du médecin de confiance des assureurs.

Nous vous demandons donc tout simplement de faire d'une pierre deux coups et, pour cette question de l'intervention subsidiaire du Conseil fédéral, de clarifier la loi, non seulement en ce qui concerne le Tarmed, mais également en ce qui concerne les structures tarifaires basées sur les diagnostics. Le Conseil fédéral, je le répète, est convaincu que tout est vraiment clair. On ne peut pas tout inscrire dans la loi, mais si l'on y



met que le Conseil fédéral édictera les dispositions sur toute la chaîne de l'opération de transmission dans le respect de la proportionnalité, cela dit clairement qu'il garantira l'absolue protection des données.

C'est dans ce sens que nous vous demandons d'accepter la base légale clarifiée qui, à notre avis, est une très bonne chose.

Madame Gilli, je réponds volontiers à la question que vous n'allez pas manquer de me poser.

Gilli Yvonne (G, SG): Ich möchte Sie gerne fragen, warum anonymisierte Daten mit ausführlicher Diagnose für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht ausreichen. Der Diagnosecode kann ja im Internet für jede Frau und jeden Mann entcodiert werden, das heisst, er ist öffentlich zugänglich. Und was passiert im weiteren Ablauf ganz konkret, wenn wir heute der Minderheit Schenker Silvia nicht zustimmen?

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je le répète, je peux vous dire de manière très claire ce qui va se passer, mais je viens de vous le dire. Avec la modification que vous prévoyez, vous ne réglez pas les détails, vous donnez une plus grande marge de manoeuvre au Conseil fédéral pour les régler. Il ne s'agit donc pas de régler dans la loi des éléments de détail très importants, car le diable se cache dans les détails pour ce qui concerne la protection des données en particulier. Avec cet article de loi, vous précisez la base légale. Actuellement, comme pour l'article 43 alinéa 5bis et le cas du Tarmed, vous êtes dans une situation un peu schizophrénique – ce n'est pas aussi simple, mais j'essaie de schématiser.

En fait, si l'on n'a pas de base légale plus claire qui donne vraiment une compétence d'action au Conseil fédéral, la situation reste souvent bloquée: les partenaires tarifaires ne se mettent pas d'accord, le Conseil fédéral peut un peu intervenir mais, en général, pour dire aux partenaires qu'ils devraient se mettre d'accord, et c'est reparti pour un tour et on n'avance pas comme cela.

Nous voulons avancer dans la politique de santé. Là nous vous demandons tout simplement de faire confiance au Conseil fédéral pour la question de la protection des données. Que se passera-t-il? Eh bien, avec cette base légale, nous allons encore plus garantir une solution rapide – de toute manière c'est notre intention pour le financement hospitalier qui entre en vigueur dans quelques semaines. En tout cas pour les premières années, nous voulons cette solution qui consiste à dire nettement que la transmission des données se fait de manière très claire, mais qu'elle se fait de manière cryptée et pseudonymisée tout au long de la chaîne. Il n'y a qu'au moment du passage au médecin-conseil qu'il y a un décryptage possible.

Cette situation permet en quelque sorte d'obtenir toutes les informations nécessaires au contrôle sans jamais, contrairement à la solution qui avait été moyennement trouvée entre les partenaires – puisque finalement ils l'ont refusée –, avoir des points de conflit en matière de protection des données. Mais cette intervention du Conseil fédéral est assez forte, et, par conséquent, si le Parlement voulait bien le soutenir, il serait un peu plus facile, ou en tout cas moins difficile de faire ce genre d'intervention.

C'est pourquoi je ne comprends pas votre méfiance. D'accord, tout peut se passer, demain on peut avoir un autre avis, mais enfin quand même! c'est le Conseil fédéral; on vous le dit, tout est protocolé partout. Tout ce que je dis est toujours enregistré partout, et je ne vais pas changer d'avis! Le Conseil fédéral veut aller dans ce sens-là; il pourra mieux le faire avec votre appui.

C'est ce que nous vous demandons, et je ne vois vraiment pas pourquoi vous vous y opposez, même si c'est allé un peu vite, et même si vous avez dû discuter un peu tôt le matin. Cela aussi, c'est la vie politique!

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Ich erinnere an das Ziel der KVG-Revision Spitalfinanzierung, welches darin bestand, Transparenz und Vergleichbarkeit bei den Spitalleistungen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit zu schaffen. Dazu braucht es eine wirksame Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrolle, und dafür wiederum müssen wir das Instrumentarium zur Verfügung stellen. Um eine wirksame Kontrolle vornehmen zu können, braucht es daher gewisse Informationen auf den Rechnungen. Wir haben ja verschiedene Diagnostellungen gehört. Ich möchte Ihnen dazu auch ein Beispiel machen: Es gibt für Blinddarmbehandlungen vier bis sechs verschiedene Fallpauschalen zwischen 6000 und 18 000 Franken. Wenn Sie nun weder die Prozedur noch die Diagnose auf der Rechnung haben, dann ist das Spital geneigt, mehr zu verrechnen, was dem Spital nicht einmal verargt werden kann. Es kommt also darauf an, welches die Diagnose ist, welche Nebendiagnosen da sind und ob Komplikationen da sind.

Frau Gilli hat vom Arztgeheimnis gesprochen: Ich denke, es geht da nicht um das Geheimnis des Arztes, darum, den Arzt zu schützen, sondern um das Patientengeheimnis. Es ist richtig, dass die Patienten einen Anspruch darauf haben, dass sehr sorgsam mit ihren medizinischen Daten umgegangen wird. Dafür wird gesorgt. Schliesslich unterstehen die Krankenversicherer den gleichen strafrechtlichen Bestimmungen wie alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen beim Umgang mit diesen Daten. Ich möchte Sie nur daran erinnern, dass wir damit für die Krankenversicherung die gleiche Forderung stellen, wie sie in der Unfallversicherung



längst gilt. Den Unfallversicherern – das ist ja nicht nur die Suva – werden diese Daten also anstandslos gegeben, und dort besteht auch ein Vertrauensverhältnis und zudem noch das Patienteninteresse, dass schützenswerte Daten nicht an Arbeitgeber weitergegeben werden. Wir haben mit der Gesetzgebung dafür zu sorgen, dass Patientenrechte geschützt werden. Wir haben aber auch dafür zu sorgen und gegenüber der Bevölkerung zu gewährleisten, dass mit Prämiegeldern sorgsam und haushälterisch umgegangen wird und Prämiegelder nicht verschwendet werden.

Es wurde das Vorgehen in der Kommission beanstandet: Der Bundesrat habe diese Bestimmungen zu kurzfristig eingebracht und wir hätten sie am letzten Donnerstag frühmorgens verabschiedet. Dazu möchte ich nochmals sagen, dass wir diese Bestimmungen im Zusammenhang mit dem Kostensenkungspaket vor einem Jahr eingehend diskutiert haben. Es wurde diesen Bestimmungen auch attestiert, dass wir für einen verbesserten Risikoausgleich auch verbesserte Diagnosedaten brauchen, und dies fand sogar die Zustimmung der Linken. Eine verbesserte Datenlage bezüglich medizinischer Informationen insbesondere im Spitalbereich ist daher auch als Grundlage für den Risikoausgleich notwendig.

Zusammenfassend: Die Diskussion über diese Bestimmungen ist vor über einem Jahr eingehend geführt worden. Wir können diesen Bestimmungen heute also gut zustimmen, wie wir es bereits vor einem Jahr getan haben.

Die Kommission hat, wie erwähnt, knapp, mit 11 zu 10 Stimmen, beschlossen, dem Bundesrat zu folgen, und ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 11.429/6340)

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 103 Stimmen

Für den neuen Antrag der Minderheit ... 64 Stimmen

Art. 43 Abs. 5bis, Ziff. II

Antrag der Kommission: BBI

AB 2011 N 1677 / BO 2011 N 1677

Art. 43 al. 5bis, ch. II

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 11.429/6341)

Für Annahme des Entwurfes ... 159 Stimmen

Dagegen ... 5 Stimmen