



98.058

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

## CHRONOLOGIE

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

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

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Es ist schon lange her, seit wir das letzte Mal hier über die Differenzbereinigung in der KVG-Vorlage gesprochen haben, denn die Kommission nahm die Differenzbereinigung nicht auf die leichte Schulter. Sie befasste sich an zwei Sitzungen mit der politisch am meisten Zündstoff bietenden Differenz, die aufgrund der Annahme des Antrages Raggenbass zu Artikel 46 Absatz 2bis entstanden war.

Der Ständerat lehnte zwei Vorschläge betreffend eine Begrenzung der Zulassung der Leistungserbringer und die einseitige Aufhebung des Vertragszwangs ab. Damit hielt er eine Differenz aufrecht, verbunden mit dem Auftrag an den Nationalrat, nach einer Lösung zu suchen.

Die rasche Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist nach Ansicht der Kommission notwendig. Sie ist der einzig richtige Weg, um den vom Gesetz gewollten Wettbewerb bei den Leistungsanbietern und Krankenkassen zu verstärken – dies auch an die Adresse derjenigen, welche noch mit Anträgen geliebäugelt haben. Die Kommission will die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erreichen. Dass diese radikale Umstellung jedoch nicht ohne intensive Abklärungen der Rahmenbedingungen – wie beispielsweise objektive Kriterien, allfällige Rechtswege bei Nichtzulassung oder Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der Krankenkassen in der Grundversicherung – erfolgen kann, davon ist die Kommission ebenfalls überzeugt. Gerade weil uns die rasche Aufhebung des Kontrahierungszwangs unerlässlich erscheint, wollten wir dies nicht durch einen ungenügend abgeklärten Entscheid im Rahmen der Differenzbereinigung gefährden.

Vernunft und die Notwendigkeit der Zielerreichung brachten uns daher zum einstimmigen Entscheid für die Kommissionsmotion (00.3003). Unbestritten bleibt die Tatsache, dass den Kostenträgern rasch wirksame Mittel in die Hand gegeben werden müssen, um Anbieter zu kontrollieren und allenfalls Leistungen nicht übernehmen zu müssen oder auch Leistungserbringer auszuschliessen. Andererseits haben beide Räte im Rahmen dieser Gesetzesrevision einen Bedürfnisnachweis für Zulassungsbeschränkungen abgelehnt.

Die aufgrund der Freizügigkeit auf uns zukommende Zunahme der Leistungsanbieter aus dem Ausland wird aber unweigerlich zu Kostensteigerungen führen. Heute sind rund 2000 ausländische Ärzte in Schweizer Spitälern tätig. Sie alle hätten die Möglichkeit, eine eigene Praxis zu eröffnen und zulasten der Krankenkassen tätig zu werden, genauso wie andere ausländische Ärzte und Leistungsanbieter, welche in der Schweiz dann ihre Dienstleistungen anbieten könnten.

Die Erfahrungen im Fürstentum Liechtenstein, welches aufgrund der Freizügigkeit durch eine Gesetzesrevision sofort das Hausarztmodell einführen musste, brachten die Kommissionsmehrheit zum Entscheid, einen





neuen Artikel 55a zu beantragen, den wir an dieser Stelle noch erläutern werden. Ob diese Ergänzung durch Artikel 55a im Rahmen einer Differenzbereinigung zulässig ist oder nicht, muss wohl dann der Ständerat als juristisches Gewissen nochmals genauer überprüfen.

**Cavalli Franco** (S, TI), pour la commission: Au cours de la procédure d'élimination des divergences, votre commission a longuement discuté, surtout du problème de la suppression de l'obligation de contracter, aspect très important de l'assurance-maladie et sur lequel on a beaucoup discuté dernièrement. Nous avons été confrontés à ce problème pendant deux séances, en écoutant à nouveau des experts et surtout en discutant longtemps avec les représentants de l'administration.

La commission est absolument convaincue que, aussi en vue de l'application des accords bilatéraux, mais en général pour pouvoir endiguer l'augmentation des coûts dans le secteur de la santé, il est nécessaire d'arriver bientôt à la suppression de l'obligation de contracter. Il est bien évident que c'est dans l'obligation de contracter que réside une des raisons principales qui pousse à l'augmentation des coûts dans le secteur de la santé. D'autre part, nous avons été convaincus, surtout par l'argumentation du Conseil fédéral et de l'administration, que la solution n'est pas tout à fait simple.

Beaucoup d'entre vous se rappellent sûrement que, pendant la dernière législature, nous avons décidé très rapidement de trouver une solution qui donnait au Conseil fédéral le devoir de fixer les règles sur la base desquelles on aurait pu éliminer rapidement l'obligation de contracter. Le Conseil des Etats n'a pas voulu de la solution adoptée par notre Conseil, par 150 voix contre 3. La clause du besoin n'avait pas obtenu une majorité au Conseil des Etats, c'est-à-dire que le Conseil des Etats en était resté à la situation actuelle.

Votre commission est convaincue que la situation actuelle n'est pas satisfaisante et qu'il faut la modifier. C'est pourquoi nous vous proposons, à l'unanimité, de transmettre une motion de la commission qui demande au Conseil fédéral de résoudre le problème dans les plus brefs délais, c'est-à-dire dans le projet qu'il va devoir nous soumettre concernant le financement des hôpitaux. Ce projet est prévu pour cette année encore.

En attendant, la commission a décidé qu'il n'était pas nécessaire de demander au Conseil fédéral d'arriver très tôt avec une solution définitive, mais qu'il fallait, vu le problème des accords bilatéraux, trouver une solution provisoire qui puisse nous aider à résoudre le problème jusqu'au moment où nous trouverons une solution définitive.

C'est pour ça que la commission propose de donner au Conseil fédéral la possibilité d'introduire, pendant une période précise, une clause du besoin limitée qui puisse nous aider à disposer du temps nécessaire pour arriver à une

AB 2000 N 63 / BO 2000 N 63

solution définitive. C'est une construction juridique un peu particulière et il faudra que le Conseil des Etats vérifie si tout cela entre bien dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie, du point de vue juridique. Des points de vue politique et de l'efficacité, par contre, c'est sûrement la meilleure chose qu'on puisse faire à courte échéance.

**Art. 42 Abs. 1, 2, 4***Antrag der Kommission**Mehrheit*

Unverändert

*Minderheit I*

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Festhalten

*Minderheit II*

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 42 al. 1, 2, 4***Proposition de la commission**Majorité*

Inchangé

*Minorité I*

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Maintenir

*Minorité II*



(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 43 Abs. 5**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

.... fest. Er kann dabei entscheiden, dass der Versicherer der Schuldner der Vergütung ist (System des Tiers payant); in diesem Fall kommt Artikel 42 Absatz 2 nicht zur Anwendung.

*Minderheit I*

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Streichen

*Minderheit II*

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)

Streichen

**Art. 43 al. 5**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

.... la fixe. Il peut, ce faisant, décider que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant); dans ce cas, l'article 42 alinéa 2 n'est pas applicable.

*Minorité I*

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Biffer

*Minorité II*

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)

Biffer

**Art. 46 Abs. 2bis, 4bis**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

*Abs. 2bis*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 4bis*

Ist der Bundesrat Genehmigungsbehörde, kann er entscheiden, dass der Versicherer der Schuldner der Vergütung ist (System des Tiers payant); in diesem Fall kommt Artikel 42 Absatz 2 nicht zur Anwendung.

*Minderheit I*

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Streichen

*Minderheit II*

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)

Streichen

**Art. 46 al. 2bis, 4bis**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

*Al. 2bis*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 4bis*

Lorsque le Conseil fédéral est l'autorité d'approbation, il peut décider que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant); dans ce cas, l'article 42 alinéa 2 n'est pas applicable.

*Minorité I*

(Goll, Baumann Stephanie, Dormann, Fasel, Gross Jost, Hafner Ursula, Maury Pasquier)

Biffer



*Minorité II*

(Meyer Thérèse, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Egerszegi, Guisan, Heberlein, Philipona, Rychen, Schenk)  
Biffer

**Goll** Christine (S, ZH): Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass die Artikel 42, 43 und 46 bei der Beratung zusammengehören. Sie erinnern sich daran, dass Sie sich in der ersten Phase zu einem Systemwechsel vom sogenannten Tiers garant zum Tiers payant durchgerungen haben. Ich möchte Ihnen mit meinem Minderheitsantrag beantragen, an Ihrem ursprünglichen Entscheid festzuhalten.

Der heute existierende Tiers garant ist ein eigentliches Dreiecksverhältnis, indem der Patient oder die Patientin die Rechnung der Krankenkasse schickt, das Geld erhält und dann die Arztrechnung bezahlen soll. Dieses System des Tiers garant birgt jedoch auch sozialpolitischen Zündstoff. Immer wieder entpuppt sich dieses System als eigentliche Armutsfalle für Privathaushalte, die in finanziellen Schwierigkeiten stecken, weil sie zwar die Gelder ihrer Krankenkasse zurückerstattet erhalten, aber die Rechnungen dann nicht unbedingt bezahlen. Konkret wissen wir mittlerweile auch von den grössten Krankenversicherern, dass sie aufgrund der steigenden Krankenkassenprämien auch zunehmend Inkassoprobleme haben.

Das System des Tiers garant war ursprünglich als eine Massnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen gedacht; der Patient, die Patientin sollte die Möglichkeit der Kontrolle erhalten. Eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch das System des Tiers garant jedoch entpuppte sich als eine Illusion. Die Patientin, der Patient hat kein Interesse an einem Konflikt mit Arzt oder Ärztin. Aus eigener Erfahrung wissen Sie vielleicht, dass viele medizinische Laien bei einer solchen Kontrollfunktion auch überfordert sind. Beim Systemwechsel vom Tiers garant zum Tiers payant ist es so, dass die Kontrolle durch die Patientin, den Patienten weiterhin möglich wäre; dies ist auch heute bereits der Fall. Wir kennen ja die Möglichkeit der Einführung des Tiers payant auf dem Vertragsweg. Dies gibt es beispielsweise im Bereich der Medikamentenkosten: Die Apotheken schicken den Krankenkassen ihre Rechnungen direkt, diese ihrerseits informieren die Patientinnen bzw. Patienten, damit auch jene – die wissen, welche und wie viele Medikamente sie in Tat und Wahrheit bezogen haben – eine Kontrollfunktion ausüben können. Dies heisst konkret, dass ein eigentliches Dreiecksverhältnis zwischen Leistungserbringer, Krankenkasse und Patient, Patientin auch beim System des Tiers payant weiterhin bestehen bleibt.

**AB 2000 N 64 / BO 2000 N 64**

Wenn ich Ihnen beantrage, an diesem Systemwechsel, den Sie in der ersten Phase beschlossen haben, festzuhalten, dann hat dies auch damit zu tun, dass er hier der einzige wirkungsvolle Beitrag ist, der bei der zunehmenden Überschuldungssituation vieler Privathaushalte einen Ausweg öffnet.

Die Mehrheit – dies sehen Sie auf der Fahne – will dem Bundesrat eine Kompetenz einräumen. Dies bedeutet, dass nach dem Antrag der Mehrheit der Bundesrat als neue Instanz bei der Vereinbarung von Tarifstrukturen und bei Genehmigung des Tarifvertrags beispielsweise eingreifen und bestimmen könnte, dass ein Wechsel vom Tiers garant zum Tiers payant vorzunehmen sei. Dies heisst aber ganz klar, dass diese Kompetenznorm für den Bundesrat nur in Einzelfällen spielen würde.

Auch angesichts der Tatsache, dass die Lösung der Mehrheit eher mutlos ist, möchte ich Sie deshalb bitten, an Ihrem ursprünglichen Entscheid festzuhalten. Der Systemwechsel vom Tiers garant zum Tiers payant ist einerseits sinnvoll, weil sich Kontrollmöglichkeiten für die Krankenkassen neu ergeben; weiterhin aber gibt es solche für Patientinnen und Patienten. Damit leistet man einen viel effektiveren Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Diesen Systemwechsel beantrage ich Ihnen zur Hauptsache vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des neuen Tarmed, der gesamtschweizerisch einheitlichen Arzttarifstruktur. Diese kann nur im System des Tiers payant funktionieren.

**Meyer** Thérèse (C, FR): Je vais traiter ensemble les articles 42 alinéas 1er, 2 et 3 et 43 alinéa 5 et 46 alinéa 4bis parce qu'ils sont liés. Avec une grande minorité de la commission, 10 voix contre 11, je vous demande de vous rallier à la décision du Conseil des Etats, c'est-à-dire de maintenir le système du tiers garant en vigueur actuellement, avec un tiers payant possible, négociable par convention. Tout ceci est en conformité avec le projet du Conseil fédéral.

En avril 1999, notre Conseil a décidé, à une courte majorité, de passer au système du tiers payant obligatoire. Je suis partisane du tiers garant pour les raisons suivantes. L'assuré est débiteur, il reçoit la facture, il est le premier à la contrôler, il paie le fournisseur de soins, puis se fait rembourser par la caisse-maladie sous



déduction de la franchise et de la quote-part de 10 pour cent. L'assuré a la contrainte du paiement, et le fournisseur de soins assume le risque du contentieux; les deux partenaires sont responsabilisés.

Dans le système du tiers payant, la caisse-maladie est débitrice de la facture et supporte le contentieux, l'assuré et le fournisseur de soins sont déresponsabilisés. Les frais supplémentaires attribués au tiers payant ont été évalués à raison de 400 millions de francs par la Conférence des assureurs-maladie et accidents qui regroupe vingt-et-une caisses d'assurance de notre pays, selon un document écrit d'août 1999. Toutes les factures, même celles qui ne donnent lieu à aucun remboursement, à cause de la franchise par exemple, devraient être traitées obligatoirement.

Le traitement du contentieux et, surtout, les impayés seraient à la charge des caisses-maladie, ce qui augmenterait les primes.

Le tiers garant fonctionne avec les 90 à 95 pour cent des patients, sans problèmes. Pour les 5 à 10 pour cent restants, les assureurs, les fournisseurs de prestations, aidés quelquefois par les services sociaux, peuvent convenir de solutions de paiement appropriées. Il est disproportionné de changer tout un système pour un petit nombre de cas problématiques que l'on peut aider d'une autre manière.

Il faut bien entendu laisser la possibilité de négocier un tiers payant, ce qui permet à deux partenaires, les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations, de fixer des conditions et de s'y tenir. La possibilité est utilisée par les hôpitaux et les pharmaciens, par exemple, à satisfaction. Les conventions sont parfois difficiles à signer et on s'y tient, mais quand un accouchement est difficile, on fait plus attention à son enfant.

La minorité II vous demande donc de rejeter la proposition de la majorité de la commission à l'article 43 alinéa 5 et à l'article 46 alinéa 4bis, qui donne au Conseil fédéral le pouvoir d'introduire le tiers payant obligatoire pour les prestations remboursées selon le Tarmed. Ceci équivaldrait presque à un tiers payant obligatoire généralisé, puisque les prestations ambulatoires sont soumises dans leur immense majorité au Tarmed. Les inconvénients de coûts supplémentaires évoqués plus haut, de l'ordre de 400 millions de francs, seraient effectifs.

L'échange électronique de données et l'établissement rapide de statistiques sont aussi possibles avec le tiers garant, avec un code-barres sur les factures, par exemple. Des concepts sont prêts.

La minorité II vous demande donc de biffer les adjonctions à l'article 43 alinéa 5 et à l'article 46 alinéa 4bis.

**Widrig** Hans Werner (C, SG): Bei Artikel 42 besteht kein Sachzwang, die heutige Lösung aufzugeben, wonach der Patient die Rechnung als erster erhält. Zum einen schon wegen der Problematik des Datenschutzes – das ist nicht erwähnt worden. Dann hat ein Wechsel zum Tiers payant bei den Kassen zur Folge, dass bei Versicherungswechseln sicher mehr Papierkrieg entsteht. Die heutige Lösung funktioniert zu 95 Prozent gut, und für die 5 Prozent, bei denen Schwierigkeiten entstehen, kann man sicher sachgerechte Lösungen vereinbaren. Noch ein Grund: Der Patient soll wissen, was eine Behandlung kostet, wenn wir schon von Kostenbewusstsein sprechen.

Im Namen der CVP-Fraktion bitte ich Sie deshalb, dem Minderheitsantrag II (Meyer Thérèse) zu den Artikeln 42, 43 und 46 zu folgen – diese bilden ja eine Einheit – und damit auch die Differenz zum Ständerat auszuräumen. Wir sind schliesslich in einem Differenzbereinungsverfahren.

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir la proposition de minorité I (Goll) et à introduire dans la loi sur l'assurance-maladie le système du tiers payant, et ceci dans l'intérêt du patient.

Pour bien comprendre les raisons de notre attachement au système du tiers payant, il convient de se pencher sur les caractéristiques du tiers garant, qui est donc le système le plus répandu à l'heure actuelle, et sur ses conséquences dans la vie et l'attitude du patient.

Le système du tiers garant est censé, aux yeux de ses partisans, favoriser la prise de conscience et la responsabilisation du patient face à sa consommation médicale. Ces affirmations ne sont toutefois pas confirmées par des évaluations portant sur des faits, et l'on ne peut que constater que le système du tiers garant n'a en tout cas pas empêché la croissance des coûts de la santé à laquelle nous avons assisté ces dernières années. Peut-être est-ce parce que le patient n'est pas vraiment autonome, ni responsable des prescriptions de son médecin, ni capable de contrôler l'exactitude de sa facture. Peut-être est-ce parce que la mauvaise conscience qu'il est amené à ressentir face à une facture médicale élevée ne le rend pas moins malade. En effet, de deux choses l'une: ou bien le patient est réellement malade et nécessite des soins de divers prestataires, auquel cas il ne sert à rien de lui donner mauvaise conscience; ou bien le patient n'a pas vraiment besoin, objectivement parlant, de consulter, et alors s'il le fait, c'est qu'il en éprouve le besoin subjectif, tiers payant ou tiers garant, et qu'il le fera tant qu'il n'aura pas trouvé de réponse à ce besoin. Peut-être est-ce aussi, et ce serait le plus



grave, parce que le patient renonce à se rendre chez le médecin aux premiers symptômes, responsabilisé qu'il est face aux coûts de la santé ou encore parce qu'il ne peut se permettre d'avancer le versement du montant de la facture. Aussi, quand, sa maladie s'aggravant, il finit par consulter, il est alors fort tard et un traitement vraiment coûteux doit être entrepris.

Bref, sans donner dans l'alarmisme, tous les cas de figure sont envisageables.

**AB 2000 N 65 / BO 2000 N 65**

Ce qui est certain, c'est que nous ne voulons pas que la santé soit une question d'argent, que les personnes aisées puissent se rendre chez le médecin sans réfléchir et que celles qui sont défavorisées doivent y regarder à deux fois pour des questions financières. Nous ne voulons pas que les patients soient pris en tenaille en cas de désaccord entre prestataires de soins et assurances-maladie et deviennent ainsi les otages des uns ou des autres, comme cela s'est récemment produit à Genève et dans le canton de Vaud, quand pharmacies et assurances-maladie faisaient dépendre de leur accord tarifaire le maintien du système du tiers payant, créant une grande insécurité parmi toute la population.

Pour éviter ce genre de choses, c'est bien le tiers payant qui doit être la norme, et ce d'autant plus qu'avec la prochaine introduction de Tarmed, il est tout à fait probable que toute la médecine ambulatoire sera soumise à ce système et qu'il n'existera plus que quelques prestataires de soins à pouvoir jouer avec cet instrument.

En tant que sage-femme indépendante, je pratique depuis plusieurs années le système du tiers payant, qui a été conclu, il est vrai, par convention avec les assurances, et je peux vous dire que ce système ne déresponsabilise pas mes clientes ou patientes et qu'il leur a permis, au moment de difficiles négociations avec les assurances, de ne pas subir les conséquences des désaccords entre prestataires de soins et assurances.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à maintenir votre prise de position initiale et à soutenir la proposition de minorité I (Goll).

**Guisan Yves** (R, VD): Contrairement à ce que la préopinante et la minorité I prétendent, le passage de principe au système généralisé du tiers payant ne permettra ni un meilleur contrôle des factures, ni une économie des coûts de la santé.

La loi exige, à l'alinéa 3 de ce même article 42, que le fournisseur de prestations rédige sa note d'honoraires de manière compréhensible et fournisse toute explication complémentaire nécessaire à l'assuré pour qu'il puisse en vérifier le caractère économique. Or, qui est mieux à même de juger du traitement qu'il a reçu que le malade lui-même?

Comment une caisse-maladie peut-elle estimer qu'un supplément de temps porté en compte est justifié ou non? Son appréciation ne peut se baser que sur des données statistiques globales démontrant qu'un praticien ou un groupe de praticiens ou de spécialistes s'écarte de la moyenne, comme cela se pratique en partie déjà, et comme l'envisage de manière beaucoup plus pointue la commission paritaire de contrôle mise en place par le nouveau tarif Tarmed, pour autant que celui-ci puisse être mis rapidement en vigueur.

De toute manière, les caisses-maladie sont amenées à vérifier aussi les honoraires facturés selon le système du tiers garant. A la place d'une seule vérification, il y en a donc en fait deux, celle de l'assuré-patient et celle de la caisse. Comment mieux responsabiliser les assurés, a fortiori lorsque leur intervention auprès de leur médecin ou autre professionnel de la santé met directement en cause une relation de confiance qui doit prévaloir et est si essentielle en médecine? Ceci ne sera jamais le cas si la caisse seule intervient. Au contraire, cela permettra au médecin et au malade de se liquer contre la méchante caisse qui ne veut pas prendre en charge une prestation considérée par l'un et par l'autre comme légitime, a fortiori lorsque la crédibilité cette fois-ci en cause est déjà passablement ébranlée par une publicité parfois tapageuse, des désengagements imprévisibles dans certains cantons, ou des modifications de contrats d'assurances complémentaires qui donnaient une prime à la fidélité.

Tarmed n'exige en aucun cas le tiers payant pour permettre la facturation électronique. Tout cela n'est que fabulation. Il y a des moyens techniques simples pour résoudre ce problème qui ne constitue en aucun cas un argument sérieux, les assureurs le savent bien.

Non seulement la vérification des factures ne sera de facto pas meilleure avec le tiers payant, mais certainement moins bonne, puisque seul l'aspect statistique de la note d'honoraires sera pris en compte, sans prendre en considération le vécu de l'assuré; mais encore, il va en résulter des coûts supplémentaires non négligeables.

Actuellement, le contentieux est pris en charge par le fournisseur de prestations. Il est beaucoup plus important qu'on l'imagine, et de très nombreux confrères seraient enchantés de passer systématiquement au



tiers payant, qui n'est actuellement réservé qu'aux hôpitaux pour des raisons évidentes, et à des cas sociaux particuliers.

Entre ce contentieux et les factures qui ne sont jamais transmises aux caisses-maladie, que ce soit de manière délibérée ou par négligence, le renchérissement peut être estimé à quelque 12 pour cent et va se répercuter sur l'ensemble des primes de base.

Enfin, le tiers payant change complètement la philosophie du système. L'assuré-patient n'est plus du tout encouragé à assumer ses responsabilités, puisque de toute façon "l'assurance paie". Il va en résulter un encouragement manifeste à la consommation, que par ailleurs on déplore et que l'on tente de combattre. A cela s'ajoute encore la récente communication du Conseil fédéral en matière de franchise que l'écrasante majorité de la population n'a pas comprise. Le bilan des courses, c'est que les grandes franchises ne sont plus intéressantes, alors prenons-en de petites et consommons: l'assurance n'a qu'à! La répartition financière solidaire est un fait, mais la responsabilité solidaire, elle, est très limitée. Supprimer le tiers payant de principe serait s'attaquer à l'un de ses derniers remparts.

Pour toutes ces raisons – contrôle des coûts probablement moins efficaces, contentieux à la charge des caisses, déresponsabilisation et désolidarisation accrues – il y a lieu absolument de maintenir le tiers garant comme relation financière de principe entre les assurés et les fournisseurs de prestations.

Je vous demande donc de soutenir la proposition de minorité II (Meyer Thérèse), ce qui aura de plus le mérite d'éliminer la divergence.

**Seiler** Hanspeter (V, BE): Die grüne Fraktion teilt mit, dass sie die Minderheit I unterstützt.

**Borer** Roland (V, SO): Die SVP-Fraktion wird in den Artikeln 42 bis 46 einstimmig die Minderheit II (Meyer Thérèse) unterstützen. Ich möchte Ihnen das begründen:

Ich war in der Kommission am Anfang eigentlich auch der Meinung, dass das System des Tiers payant gewisse Vorteile hätte. Es ist nicht wegzudiskutieren – da gebe ich der Minderheit I (Goll) Recht –, dass es Fälle gibt, wo Gelder, die eigentlich dazu da sind, den Leistungserbringer zu bezahlen, für andere Zwecke verwendet werden, sei es aus einer Notlage heraus, sei es sonst aus einer persönlichen Befindlichkeit heraus. Wenn man sich jedoch vertieft mit der Problematik befasst, kommt man zum Schluss – das kann anhand von klaren Zahlen bewiesen werden –, dass diese Fälle Einzelfälle sind. Es ist unserer Ansicht nach nicht richtig, dass man jetzt aufgrund von einzelnen Vorkommnissen – obwohl diese wirklich auch passieren – die gesetzlichen Grundlagen und somit auch ein Entschädigungssystem, das sich im Grossen und Ganzen bewährt hat, ändert. Dies ist der Grund, weshalb wir am bisherigen System des Tiers garant festhalten möchten.

Von den Vorrednern wurden schon viele andere Gründe erwähnt; gestatten Sie mir, noch einen zusätzlichen Grund anzuführen: Wenn beide Partner – Versicherer und Leistungserbringer – dies wollen, können wir ja das System des Tiers payant in verschiedensten Bereichen anwenden. Das ist nicht verboten, auch mit der gesetzlichen Grundlage nicht, wie sie jetzt wahrscheinlich eine Mehrheit finden wird. Genau diese Möglichkeit, freiwillig in Absprache mit den zwei Partnern das System des Tiers payant anwenden zu können, ist auch ein Wettbewerbsfaktor, der zu verbesserten Preis-Leistungs-Verhältnissen führen kann.

Aus all diesen vorgenannten Gründen bitten wir Sie, den Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse) zu unterstützen.

AB 2000 N 66 / BO 2000 N 66

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: In Artikel 43 beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit – mit 11 zu 10 Stimmen; das ist nicht gerade eine überzeugende Mehrheit –, einem neuen bundesrätlichen Antrag zuzustimmen. Dieser überträgt dem Bundesrat die Kompetenz, in Fällen, in denen eine gesamtschweizerisch vereinbarte Tarifstruktur vorhanden ist, auch bei den Anwendungsfällen von Artikel 42 Absatz 2 – also dort, wo Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben und grundsätzlich das System des Tiers garant gelten sollte –, das System des Tiers payant zu beschliessen. Nur im vertragslosen Zustand soll nach dem Antrag des Bundesrates und der Kommissionsmehrheit noch das Prinzip des Tiers garant gelten, weil hier die Modalitäten der Zahlung als Verhandlungsspielraum eine wichtige Rolle spielen.

Die hauptsächliche Begründung des neuen bundesrätlichen Antrages liegt in der Einführung des Grat-Tarifes (Gesamtrevision Arzttarif), der Transparenz und schnelle Kontrollen verlangt. Diese sind nach Meinung des Departementes mit dem Prinzip des Tiers payant eher gewährleistet. Dass beide Systeme Vor- und Nachteile haben, haben Sie in der ersten Diskussion und auch heute wieder gehört. Beide Seiten berufen sich auf dieselben Vor- und Nachteile.



Der Ständerat hielt an der heutigen gesetzlichen Regelung ganz klar fest. Diese entspricht dem Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse). In einer ersten Abstimmung wurde in der Kommission ein Antrag Goll auf Festhalten am ersten Entscheid des Nationalrates – Tiers payant als generelles Prinzip – dem neuen Antrag des Bundesrates gegenübergestellt und mit 11 zu 8 Stimmen abgelehnt. In einer zweiten Abstimmung wurde mit 11 zu 10 Stimmen entschieden, den neuen bundesrätlichen Antrag zu unterstützen und die Version des Ständerates und der jetzigen Minderheit II abzulehnen.

Persönlich bin ich der Meinung, dass die Vorteile der heutigen Lösung überwiegen. Das Sparpotenzial ist nachgewiesen, und ich unterstütze den Antrag der Minderheit II (Meyer Thérèse).

**Cavalli** Franco (S, TI), pour la commission: Je ne veux pas trop prolonger la discussion, vu que tous les arguments ont déjà été présentés d'une façon optimale, dirais-je. Pour clarifier la situation procédurale, je rappelle que notre Conseil avait accepté le système du tiers payant parce que, vu l'introduction des nouveaux tarifs, vu surtout les progrès de l'électronique, la majorité de ce conseil avait pensé que ce serait plus facile d'arriver à un contrôle des factures, et surtout à une maîtrise de l'augmentation des coûts, les caisses-maladie ayant la possibilité de tout contrôler. Mais ceci n'est possible que si ce sont elles qui paient directement. C'était l'argumentation principale.

Le Conseil des Etats n'a pas voulu suivre cette argumentation, ayant peut-être moins confiance que nous dans les progrès rapides de l'électronique. A ce moment-là, le Conseil fédéral a présenté une nouvelle solution, celle que vous trouvez ici comme proposition de majorité. Elle peut être considérée comme une solution de compromis dans le sens que, surtout en vue de l'introduction du nouveau système des tarifs médicaux, le Tarmed, le Conseil fédéral se donne la compétence, lorsqu'il sera l'autorité d'approbation, de décider, suivant la situation, de passer au système du tiers payant.

Lors du premier vote en commission, on avait opposé la solution du Conseil fédéral à la proposition de minorité I (Goll) avec un résultat de 11 voix contre 8 en faveur de la solution du Conseil fédéral. Dans un second vote, on avait opposé la proposition de la majorité – la nouvelle version du Conseil fédéral – à celle de la minorité II (Meyer Thérèse) avec un résultat de 11 voix contre 10.

**Dreifuss** Ruth (, ): Nous nous trouvons à la fin des délibérations entre les deux Chambres et il convient de trouver un compromis.

Le Conseil fédéral s'oppose très clairement à la proposition de minorité I (Goll), parce qu'il y a une erreur de logique. La négociation doit primer. Cette solution, finalement plus agréable pour tout le monde, en particulier pour les prestataires de services, mais aussi pour les assurés, doit être le résultat de la négociation, doit permettre de dire que les relations entre les partenaires sont suffisamment bonnes pour que le traitement des factures puisse se faire directement.

Il est clair que si on pose au départ les conventions comme mode de régulation, il faut garder également la possibilité de négocier sur le mode de paiement, de garder comme base le principe du tiers garant et de permettre d'instituer le tiers payant par la négociation.

Le Conseil fédéral est pourtant bien conscient d'un certain nombre de problèmes de nature différente qui peuvent se poser: les personnes qui, dans des situations extrêmement précaires, reçoivent le remboursement de la caisse-maladie et ne paient pas le prestataire de soins, parce qu'elles n'en ont pas les moyens, parce qu'elles sont vraiment étranglées par les difficultés quotidiennes. Il s'ensuit des difficultés pour les prestataires de soins, etc. Le raisonnement et le but social, nous les suivons bien, mais la méthode ne nous paraît pas la bonne.

La solution de compromis que nous avons trouvée permettrait peut-être de trouver un accord. Elle part du système actuel, et elle tient compte d'un certain nombre de besoins dans l'application de tarifs, en particulier de tarifs nationaux très complexes. Nous devons surveiller la neutralité des coûts et pouvoir réagir rapidement pour corriger, que ce soit en faveur des prestataires ou que ce soit en faveur des assureurs, des erreurs qui pourraient avoir été faites sur la valeur du point ou dans la structure tarifaire. J'aimerais vous rappeler la complexité de l'oeuvre, le Tarmed, à laquelle travaillent les négociateurs depuis 13 ans.

De plus, dans la mesure où les pharmaciens ne seraient plus payés seulement en fonction du prix du médicament, mais deviendront ce que vous avez décidé, des prestataires de services qui ont le droit de facturer des conseils, à ce moment-là, on devrait aussi avoir la possibilité du tiers payant, de façon à ce que les assureurs puissent contrôler si la prestation a été fournie.

Ce contrôle n'est pas à la portée du patient. Nous pensons que c'est un compromis qu'il vaut la peine de tenter en disant que dans certaines circonstances, en particulier pendant des phases d'introduction de tarifs complexes, le tiers payant peut être décrété, ou subsidiairement lorsqu'un accord n'a pas pu être trouvé entre



les partenaires et que l'autorité fédérale peut l'imposer. Cela nous paraît, dans ce cas, plus facile à réaliser avec les partenaires lorsque la convention est d'une très grande complexité et nécessite, administrativement, ce système du tiers payant. Dans ce sens, c'est une tentative de compromis que nous faisons.

Si je considère les discussions qui ont eu lieu au Conseil des Etats et celles qui ont eu lieu ici, je donne peu de chances, pragmatiquement, à la proposition de minorité I (Goll), au regard des rapports de voix entre le Conseil national et le Conseil des Etats. Si nous vous demandons également de rejeter la proposition de minorité II (Meyer Thérèse), c'est pour donner une chance à ce compromis. Il restera toujours la possibilité d'y revenir dans la mise au point définitive du texte.

A ce stade, très clairement, le Conseil fédéral vous recommande d'adopter la proposition de la majorité de la commission.

#### *Abstimmung – Vote*

##### *Eventuell – A titre préliminaire*

(namentlich – nominatif; 98.058/232)

Für den Antrag der Minderheit II .... 107 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I .... 56 Stimmen

##### *Definitiv – Définitivement*

(namentlich – nominatif; 98.058/233)

Für den Antrag der Minderheit II .... 101 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 66 Stimmen

AB 2000 N 67 / BO 2000 N 67

#### **Art. 55a**

##### *Antrag der Kommission*

##### *Mehrheit*

##### *Titel*

Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

##### *Abs. 1*

Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit von bis zu 5 Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36 bis 40 begrenzen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest.

##### *Abs. 2*

Die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sind vorher anzuhören.

##### *Abs. 3*

Die Kantone bestimmen die Leistungserbringer gemäss Absatz 1.

##### *Minderheit*

(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Meyer Thérèse, Widrig)

Streichen

##### *Antrag Leuthard*

##### *Titel*

Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

##### *Abs. 1*

Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit von bis zu 3 Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36 bis 40 begrenzen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest.

##### *Abs. 2*

Die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sind vorher anzuhören.

##### *Abs. 3*

Die Kantone bestimmen die Leistungserbringer gemäss Absatz 1.

#### **Art. 55a**





*Proposition de la commission*

*Majorité*

*Titre*

Limitation de l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

*Al. 1*

Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée de 5 ans au plus, restreindre l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins d'après les articles 36 à 40. Il fixe les critères correspondants.

*Al. 2*

Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable.

*Al. 3*

Les cantons désignent les fournisseurs de prestations conformément à l'alinéa 1er.

*Minorité*

(Zäch, Borer, Bortoluzzi, Hassler, Meyer Thérèse, Widrig)

Biffer

*Proposition Leuthard*

*Titre*

Limitation de l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie

*Al. 1*

Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée de 3 ans au plus, restreindre l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins d'après les articles 36 à 40. Il fixe les critères correspondants.

*Al. 2*

Les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable.

*Al. 3*

Les cantons désignent les fournisseurs de prestations conformément à l'alinéa 1er.

**Zäch** Guido (C, AG): Bisher sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, Leistungen zu bezahlen, wenn ein Arzt als Leistungserbringer die nötige fachliche Ausbildung und Prüfung vorweisen kann. Dieser so genannte Kontrahierungszwang ist so nicht mehr haltbar; es gibt zu viele fachkompetente Ärzte in der Schweiz. Über 2300 Spitalärzte ausländischer Herkunft drängen zusätzlich in die Praxis, und eine unbestimmte Anzahl Ärzte aus den europäischen Ländern hat mit der Inkraftsetzung der bilateralen Verträge neu Zugang zur Praxistätigkeit in der Schweiz. Es steht fest, dass ein Überangebot besteht.

Die Streichung des Vertragszwanges führt andererseits zu einer übermächtigen Monopolstellung der Krankenkassen. Die bisherigen Vertragsärzte als Leistungserbringer wären den Versicherern auf Gedeih und Verderb ausgeliefert. Junge Ärzte hätten bei diesem Ausscheidungskampf düstere Berufsaussichten. Eine paritätische Instanz aus Vertretern der Ärzte, der Versicherer und der Kantone müsste unter der Leitung eines Delegierten des Bundesrates die Entscheidungsbefugnis über vertragliche Leistungsaufträge ausüben. Die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung, wie sie in Artikel 55a formuliert wurde, ist üble Planwirtschaft, die den freien Arztstand dem staatlichen Diktat statt den Gesetzen von Angebot und Nachfrage aussetzen würde.

Die Kommissionsminderheit beantragt, Artikel 55a zu streichen. Sie unterstützt andererseits die Motion SGK-NR 00.3003 vom 3. Februar 2000 zur Prüfung der Aufhebung des Vertragszwanges durch den Bundesrat.

**Leuthard** Doris (C, AG): Kollege Zäch hat richtig gesagt, dass die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung sehr stark steigen, weit stärker als die Teuerung und das Bruttoinlandprodukt. Ein Hauptgrund ist unbestrittenermassen die Ausweitung des Leistungsangebotes durch eine ständig wachsende Zahl von Leistungserbringern. Innerhalb zehn Jahren sind beispielsweise die Zahl der Ärztinnen und Ärzte um rund ein Drittel und das Total der Arztkosten um 50 Prozent gestiegen. Aufgrund der Studentenzahlen an den medizinischen Fakultäten wird die Zahl der Leistungserbringer noch während Jahren zunehmen. Zudem ist die Schweiz innerhalb Europas das einzige Land mit einem freien Zugang zum Markt im ambulanten Bereich. Sie besitzt dadurch eine gewisse Sogwirkung. Deutschland kennt die Bedürfnisklausel, will diese jedoch, weil sie keine



Lösung darstellt, unter der sozialdemokratisch-grünen Regierung noch verstärken. Auch dies wird zu einem Zustrom auf die Schweiz und damit zu Mehrkosten führen. Liechtenstein hat diese Dynamik bereits erlebt und führt uns vor, was passiert, wenn wir nicht handeln.

Letztes Jahr hat dieser Rat an sich grünes Licht für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zugunsten eines wettbewerblichen Vertragsmodelles gegeben. Frau Heberlein hat dargelegt, dass es in der verbleibenden Zeit leider nicht möglich war, in der Kommission ein tragfähiges Modell zu suchen. Das ist schade; es wird nun jedoch möglich sein, mit der Überweisung der Motion im Rahmen der Spitalfinanzierungsvorlage nochmals daran festzuhalten.

Wir wissen aber auch, dass die Spitalfinanzierung eine schwierige Vorlage sein wird und mit Sicherheit geraume Zeit der Beratung nötig macht. Was also machen wir in der Zwischenzeit? Wenn Sie in Artikel 55a dem Streichungsantrag der Minderheit zustimmen, laufen wir Gefahr, für die nächsten Jahre über keine Möglichkeiten für eine Einschränkung der Zulassung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu verfügen. Den zu erwartenden Anstieg der Kosten und damit der Prämien möchte ich unseren Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern nicht zumuten.

**AB 2000 N 68 / BO 2000 N 68**

Bleibt also noch die Bedürfnisklausel gemäss Antrag der Kommissionsmehrheit. Sie ist an sich – auch hier gehe ich mit Kollege Zäch einig – ein völlig ungeeignetes Instrumentarium aus der Mottenkiste; sie bevorteilt die bestehende Ärzteschaft gegenüber neuen, jungen Ärztinnen und Ärzten und führt zu neuer staatlicher Bürokratie und Zementierung. Trotzdem ist sie im Moment im Sinne einer Schadensminderung die einzige Möglichkeit, damit wir die sich anbahnenden Mehrkosten nicht einfach tatenlos hinnehmen müssen.

Wenn wir aber schon eine ordnungspolitische Untat begehen, dann wenigstens nur für kurze Dauer, weshalb ich diese Massnahme auf drei Jahre begrenzen möchte. Es muss möglich sein, in dieser Zeit die Aufhebung des Vertragszwanges auszuarbeiten. Nötig ist der politische Wille, vom Status quo wegzukommen, damit der Prämienanstieg nicht immer für immer breitere Schichten der Bevölkerung zu einer Hiobsbotschaft wird. Die CVP-Fraktion unterstützt daher die Bedürfnisklausel, d. h. die Kommissionsmehrheit.

**Gutzwiller Felix (R, ZH):** Die FDP-Fraktion setzt ganz klar auf eine wettbewerbliche Reform im Gesundheitswesen; das haben wir bereits mehrmals gesagt. Dabei ist es Aufgabe des Staates, die für einen wirksamen Wettbewerb der Leistungserbringer und Versicherer nötigen Rahmenbedingungen zu bestimmen. Für das Spitalwesen heisst das etwa, dass alle Spitäler grundsätzlich als eigenwirtschaftliche, selbstverantwortliche und mit gleich langen Spiessen ausgestattete Unternehmen auftreten. Dazu soll in der obligatorischen Krankenversicherung der Vertragszwang zwischen den Spitälern und den Versicherern aufgehoben werden.

Ähnliches gilt für die ambulante Versorgung: Auch hier ist der Vertragszwang aufzuheben. Leistungserbringer und Versicherer müssen zusammen die Kriterien festlegen, damit mittelfristig nur qualitativ gute, kosteneffiziente Leistungserbringer zur sozialen Grundversicherung Zugang haben.

Wir sind deshalb sehr befriedigt, dass die SGK-NR mittels der noch zu diskutierenden Kommissionsmotion die Aufhebung des Vertragszwanges erreichen will. In der Kommission hat sich allerdings die Meinung durchgesetzt, dass bei der heute schon extrem hohen Ärztedichte eine Eindämmung der Mengenausweitung mittels dieses einzuführenden wettbewerblichen Vertragsmodelles vermutlich nicht sofort, sondern frühestens in einigen Jahren zum Tragen kommen dürfte.

Die Kommission hat deshalb eine Doppelstrategie ins Auge gefasst. Als flankierende Massnahme zur erst mittelfristig wirksamen wettbewerblichen Reform soll reagiert werden können, wenn die Zunahme der Leistungserbringer mit dem Abkommen über den freien Personenverkehr einen deutlichen Kostenschub auslösen sollte. In der Optik dieser Doppelstrategie – ich unterstreiche das – hat die Kommissionsmehrheit denn auch dem Artikel 55a zugestimmt, um eventualiter ein Instrument in der Hand zu haben, das hoffentlich nie zum Einsatz kommen muss. Aber die Fakten sind relativ klar: Die Ärztedichte in der Schweiz ist eine der höchsten weltweit, und sie wächst weiter. Im Anbietermarkt Gesundheitswesen ist die Ärztedichte der wichtigste Faktor für die Gesamtkosten. Zurzeit wird geschätzt – Herr Zäch erwähnte es –, dass rund 2000 Ärzte in Schweizer Spitälern bereit sind, nach der Unterzeichnung der bilateralen Verträge eine Praxis zu eröffnen. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen schätzt die zusätzlichen Folgekosten auf rund 2 Milliarden Franken.

Grenzregionen wie Genf, Tessin, Basel oder die Ostschweiz sind besorgt über einen möglichen weiteren Zuzug von Ärzten aufgrund der bilateralen Verträge, insbesondere solange der Vertragszwang nicht aufgehoben ist. Die wirtschaftlichen Anreize, sich in der Schweiz niederzulassen, wären beträchtlich. Wohl nicht umsonst haben recht viele Ärzte das Referendum gegen die bilateralen Verträge unterschrieben.



Schliesslich enthebt uns Artikel 55a sozusagen präventiv der Notwendigkeit, bei weiteren Kostenschüben allenfalls ein dringlichkeitsrechtliches Instrumentarium einzuführen. Allerdings ist unsere Zustimmung zu Artikel 55a an klare Voraussetzungen gebunden:

Es muss sich um eine Massnahme handeln, die nur bei einem markanten zusätzlichen Kostenschub ergriffen wird. Sie darf maximal bis zu fünf Jahre zum Einsatz kommen. Wir wären eventualiter mit dem Einzelantrag Leuthard, d. h. einer Beschränkung auf drei Jahre, durchaus einverstanden. Die Massnahme muss auf klaren, einfachen Kriterien beruhen.

Kurzfristig steht das Instrumentarium, um kosteneffiziente, qualitativ hochstehende Leistungserbringer zu identifizieren, nicht zur Verfügung. Ein Kriterium könnte deshalb beispielsweise ein überdurchschnittlicher regionaler Kostenanstieg bzw. eine klar überdurchschnittliche regionale Ärztedichte sein. Schliesslich muss die Ausführung solcher Massnahmen in enger Abstimmung mit den Kantonen bzw. den Partnern im Gesundheitswesen geschehen. Insgesamt stimmen wir dieser Doppelstrategie also zu.

Mittelfristig soll die Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten und stationären Bereich die wirtschaftlichen Anreize stärken und das wettbewerbliche Vertragsmodell einführen.

Kurzfristig und temporär soll im Sinne von flankierenden Massnahmen ein Instrumentarium zwecks Begrenzung eines Ärztezuwachses und eines übermässigen Kostenschubs bereitstehen.

Ich bitte Sie deshalb, Artikel 55a gemäss Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

**Baumann** Stephanie (S, BE): Sie haben bereits mehrmals gehört, dass die Kosten im ambulanten Sektor ungebremst weiter steigen; gerade deshalb hat sich der Nationalrat im letzten Jahr entschlossen, im Rahmen dieser ersten Etappe der KVG-Revision ein Zeichen zu setzen.

Der Zusammenhang zwischen der Ärztezahl und der Höhe der Kosten im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens ist statistisch belegt. Deshalb haben wir hier mit überwältigendem Mehr den Antrag Raggenbass zur Lockerung des Kontrahierungszwangs angenommen. Demnach hätte der Bundesrat Kriterien festlegen müssen, welche die Leistungserbringer zu erfüllen haben, wenn sie zulasten der Krankenversicherung abrechnen wollen.

Leider hat es der Ständerat abgelehnt, die Lockerung des Vertragszwanges im Sinne dieses Rates abzusehen. Er hat sich auch nicht entschliessen können, das offensichtlich bestehende Problem kurzfristig mit einer befristeten Übergangslösung anzugehen. Wir haben jetzt in der nationalrätlichen SGK nochmals sehr intensiv über dieses Problem der Zulassung zum Vertrag diskutiert. Diese Diskussion mündete in der Motion, die wir dann im Anschluss an diese Vorlage noch erläutern werden.

Wir sind also im Augenblick auf dem Weg zu einer guten Lösung. Wir sind aber noch auf der Suche und haben die richtige Lösung heute noch nicht gefunden. Die Mehrheit der Kommission ist der Überzeugung, dass wir unbedingt für die Zwischenzeit ein Instrument bereit stellen müssen, das geeignet ist, die Zahl der Leistungserbringer einigermaßen im Griff zu behalten, und das damit auch zur Eindämmung der Kostenentwicklung beitragen kann.

Dieses Instrument soll für befristete Zeit gültig sein – wir haben fünf Jahre beantragt –, weil wir durchaus eingestehen, dass dieses Instrument noch mit Mängeln behaftet ist. Es schützt sozusagen die bereits tätigen Leistungserbringer; betroffen sind lediglich jene, die neu zulasten der Krankenversicherung zugelassen werden möchten.

Es gibt andererseits aber auch Vorteile, die darin bestehen, dass diese Zulassungsbeschränkung nur in Kraft tritt, wenn sie wirklich notwendig wird. Diese Zulassungsbeschränkung betrifft weiter alle Ärztinnen und Ärzte, welche neu zulasten der Krankenversicherung abrechnen wollen, ganz unabhängig davon, ob sie in der EU oder in der Schweiz ausgebildet worden sind.

Zudem kann man die Einschränkung auch regional differenziert anwenden, weil die Kantone die Leistungserbringer bestimmen können, allerdings nach einheitlichen Kriterien.

#### AB 2000 N 69 / BO 2000 N 69

Ich möchte Sie im Namen der SP-Fraktion bitten, der Mehrheit zuzustimmen, damit wir tatsächlich eine sofort wirksame Interventionsmöglichkeit schaffen können.

Es liegt jetzt noch den Einzelantrag Leuthard vor, die Bedürfnisklausel auf drei Jahre zu befristen. Ich denke aber nach wie vor, fünf Jahre wären realistischer. Diese Frage sollte jedoch nicht entscheidend sein; wichtig ist, dass wir diesen neuen Artikel 55a tatsächlich einführen können.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Wir haben in der ersten Beratung dieses Geschäfts die Idee von Kollege Raggenbass aufgenommen, den Vertragszwang abzuschaffen, d. h., die Leistungserbringer gegenüber den Auftraggebern,



also den Versicherern, in ein marktwirtschaftliches Verhältnis zu setzen. Das ist meines Erachtens eine aufgrund der Entwicklung der Anzahl von Leistungserbringern an sich richtige Massnahme. Nun beantragt die Kommissionsmehrheit eine Fassung, die dem Staat bzw. dem Bundesrat die Kompetenz für eine Zulassungsbeschränkung gibt; nach welchen Kriterien dies geschehen soll, ist in dieser Form aber nicht genau bestimmt. Wir begeben uns damit auf ein ausserordentlich gefährliches Geleise.

Die vor Jahren einmal in Aussicht gestellten marktwirtschaftlichen Bedingungen im Krankenversicherungsgesetz hätten mit der Kompetenz bei den Krankenversicherern eine echte Stärkung erfahren. Die Fassung, die nun eine Mehrheit vorschlägt, strotzt vor Staatsgläubigkeit und ist aus unserer Sicht ganz klar eine Fehlentwicklung. Der staatliche Einfluss wird ausgeweitet statt abgebaut. Das ist eine ausserordentlich unbefriedigende Entwicklung, auch angesichts der zum ehemaligen Antrag Raggenbass gemachten Äusserungen. Was heute vorliegt, ist eine planwirtschaftliche Lösung.

Ich möchte Sie bitten, weitere Planwirtschaft im Krankenversicherungsgesetz abzulehnen.

**Fasel** Hugo (G, FR): Ich werde mich gleichzeitig zur Kommissionsmotion "Aufhebung des Kontrahierungszwanges" (00.3003) und zu Artikel 55a äussern, weil die beiden Geschäfte ja miteinander verbunden sind. Ausgangspunkt der ganzen Diskussion waren vor allem die bilateralen Verträge und die berechtigte Angst, dass wir von zusätzlichen Leistungserbringern aus dem EU-Raum überschwemmt werden könnten.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wäre eine Massnahme, die dieser Gefahr entgegenwirken kann. Wir haben aber bei näherer Betrachtung festgestellt, dass die Umsetzung dieses Instrumentes noch einer ganzen Reihe von zusätzlichen Überlegungen bedarf. Die Abklärungen, die das Amt und das Departement bisher getroffen haben, haben uns in der Kommission nicht genügend Sicherheit geboten, um verlässlich liefern zu können.

Vor allem haben sich im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs folgende Fragen gestellt: Es gilt, die Möglichkeit des willkürlichen Ausschlusses von Leistungserbringern, also die Willkür, zu bekämpfen. Wir haben festgestellt, dass man aufpassen muss, dass nicht junge Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen werden. Wir haben beim Kontrahierungszwang auch festgestellt, dass es nicht genügt, nur den ambulanten Bereich mit einzubeziehen, sondern dass auch der stationäre Bereich mit zu berücksichtigen ist. Wäre dem nicht so, würde man eventuell Leistungen einfach vom ambulanten in den stationären Bereich verschieben. Wir haben festgestellt, dass mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Krankenkassen eine ganze Reihe von Machtbefugnissen und Entscheidungsmacht bekommen. Wir wollen aber die Grundversicherung nicht alleine den Krankenkassen überlassen, vor allem wenn es um die Leistungen für die Grundversicherung in den Regionen geht. Vor diesem Hintergrund haben wir entschieden, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erst dann zu vollziehen ist, wenn zusätzliche Abklärungen gewährleistet sind.

Nichtsdestotrotz galt es auf die Entwicklungen zu reagieren, die schon heute abzusehen sind, wenn die bilateralen Verträge angenommen werden. So ist Artikel 55a zustande gekommen. Tatsache ist, dass dieser einen Blankocheck für das Departement darstellt, und wir hoffen, dass das Departement mit dieser weitgehenden Vollmacht auch konstruktiv umgehen wird. Beispielsweise darf es nicht sein, dass dieser Blankocheck zu einer Verteidigung bereits bestehender Ärzteschaften führt. Es muss dafür gesorgt sein, dass auch neue Ärzte und Ärztinnen in unser System aufgenommen werden können.

Die grüne Fraktion wird deshalb Artikel 55a gemäss Antrag der Mehrheit zustimmen und ebenfalls für Überweisung der Motion "Aufhebung Kontrahierungszwang" eintreten.

**Widrig** Hans Werner (C, SG): Auch die CVP-Fraktion ist der Auffassung, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges sei die richtige Lösung, der richtige Weg. Da wären wir uns für einmal von links bis rechts einig. In dieser Schlussrunde der Differenzbereinigung reicht die Zeit dazu jedoch nicht; dies geht zeitlich einfach nicht. Die SGK hat dann als Notbremse eine auf fünf Jahre befristete Zulassungsbeschränkung eingebaut. Meine Meinung dazu: Wie Herr Bortoluzzi sagte, ist es natürlich schon eine starre und planwirtschaftliche Regelung, wenn die Kantone diese Leistungserbringer bestimmen. Wenn Sie die Entwicklung in Deutschland mit dem staatlich angeordneten Bedürfnisnachweis betrachten, dann sehen Sie, dass das Sich-Abschotten, dieses Sich-Fernhalten vom Markt, von der Konkurrenz, keine Einsparung gebracht hat. Auch die grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer macht ja jetzt eine Kehrtwende, eine neue Mischung von Hausarztmodell und Aufhebung des Kontrahierungszwanges; dies geht in Richtung mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern.

Aus obigen Gründen werde ich persönlich deshalb der Minderheit Zäch zustimmen.

Die klare Mehrheit der CVP-Fraktion aber ist der Auffassung – nachdem man die Aufhebung des Kontrahierungszwanges aus zeitlichen Gründen nicht in diese Revision einbauen konnte –, man müsse etwas tun und



eine Zulassungsbeschränkung einbauen. Voraussetzung zur Zustimmung ist, dass im zweiten Teil der KVG-Revision im Herbst 2000 die Aufhebung des Kontrahierungszwanges dann wirklich realisiert wird. Diese strikte Umsetzung der Kommissionsmotion ist Voraussetzung dafür, dass die Kostenausweitung eingedämmt werden kann.

Namens der Mehrheit der CVP-Fraktion bitte ich Sie, dem Antrag Leuthard zuzustimmen. Er will diese Notbremse ja auch, geht mit der Befristung auf drei Jahre aber weniger weit.

**Heberlein** Trix (R, ZH), für die Kommission: Dieser Artikel soll aus aktuellem Anlass den Bundesrat mit einer Kann-Vorschrift ermächtigen, während maximal "5 Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" zu begrenzen. Dabei sind – dies scheint mir sehr wesentlich – Kantone und Verbände vor einem Entscheid anzuhören, Versicherer und Leistungserbringer sind zu konsultieren; und die Kantone entscheiden über die Zulassung der Leistungserbringer. Es besteht – so haben wir natürlich auch von den Kantonen zu hören bekommen – ein unterschiedliches Bedürfnis für eine Regelung; daher wollen die Kantone diese Kompetenz für sich behalten.

Die Kommissionsmehrheit – das möchte ich betonen – möchte diesen Artikel klar nur als Notbremse für die Dauer von maximal 5 Jahren verstanden wissen, und nicht als Dauerlösung. Ziel ist für die Kommissionsmehrheit die Aufhebung des Vertragszwanges als liberaler Ansatz, der dem im KVG gewünschten Wettbewerb auch unter den Kassen entspricht. Dieses Anliegen kommt in der Motion zur Diskussion.

Beim Antrag für eine Befristung auf 3 Jahre hege ich persönlich Bedenken, dass dann die Konsequenzen der Aufhebung des Kontrahierungszwanges noch nicht spielen und wir Gefahr laufen, dass es zu einem Verlängerungsbeschluss kommt. Damit entstünde ein Dauerprovisorium, das wir auf keinen Fall wollen. Nur kann diese Gefahr auch bei 5 Jahren bestehen. Dies ist einzugestehen.

**AB 2000 N 70 / BO 2000 N 70**

Die Kommissionsmehrheit beantragt, Artikel 55a zuzustimmen. Wie ich bereits eingangs erwähnt habe, ist vom Ständerat nochmals zu prüfen, ob ein solcher Artikel im Rahmen des Differenzbereinigungsverfahrens überhaupt noch eingefügt werden darf.

**Cavalli** Franco (S, TI), pour la commission: La majorité de la commission est clairement de l'avis qu'il faut éliminer, ou au moins relativiser l'obligation de contracter. C'est clair: vous le voyez très bien dans la motion que nous avons transmise, à l'unanimité.

Mais, comment le faire? Comment le faire d'une façon raisonnable, d'une façon optimale? C'est un problème qui est assez difficile, nous en avons discuté longuement. Il y a beaucoup de solutions, mais chaque solution a des avantages et des désavantages. Il faut éviter de trouver une thérapie qui soit pire que la maladie. D'après la commission, il faut surtout éviter de tomber dans une situation où ce serait l'arbitraire absolu qui régit. Il faut éviter que ce soient les assureurs qui puissent décider, par exemple d'éliminer toute une branche, s'ils le veulent. Et cela, ils pourraient le faire si on leur donne la compétence d'être les seuls à décider. Car, à ce moment-là, la liste des prestations n'aurait plus aucun sens. Il faut aussi éviter que les assureurs puissent avoir la possibilité d'accepter seulement les médecins le meilleur marché. A ce moment-là, on n'aurait pas une médecine de qualité, mais une médecine au rabais.

Nous nous sommes alors penchés sur les différentes possibilités qui nous étaient offertes. M. Bortoluzzi dit maintenant qu'avec la solution proposée par M. Gutzwiller en commission, on va dans la direction d'une solution étatique. M. Bortoluzzi préconise d'en rester, au fond, à la proposition Raggenbass, et il oublie que cette dernière était dix fois plus étatique que la solution qu'on a trouvée maintenant! La solution qu'il préconise donne la compétence au Conseil fédéral, pour toujours, de tout décider. S'il y a une solution complètement étatique, c'est la solution que nous avons acceptée au cours de la précédente législature.

La majorité de la commission, par 15 voix contre 5, a décidé que, dans une situation grave, parfois même exceptionnelle, il faut faire quelque chose, mais éviter de faire des fautes. La seule chose raisonnable que nous pouvons donc faire à courte échéance, c'est cette clause du besoin limitée à cinq ans, qui donne la compétence au Conseil fédéral, si c'est nécessaire, de limiter l'obligation de contracter, de limiter l'accession de nouveaux fournisseurs de prestations sur le marché sanitaire pour une période de cinq ans.

Comme Mme Heberlein, j'opterais moi aussi, d'un point de vue personnel parce qu'on n'en a pas discuté au sein de la commission, plutôt pour la durée de cinq ans. La durée de trois ans me paraît un peu courte, car on aboutirait à une solution provisoire; cela n'est pas très bon parce qu'on risquerait, à ce moment-là, de perdre l'élan qui nous permettrait de trouver une solution définitive, comme celle qui a été préconisée par la motion de la commission.



**Dreifuss Ruth** (, ) : C'est effectivement un ensemble de problèmes complexes auxquels nous avons à faire face, pour des causes différentes.

La première, c'est la constatation qu'il y a une corrélation positive entre le nombre de prestataires de soins et les coûts de la santé, que nous sommes sur un marché dit paradoxal: plus l'offre augmente, plus les prix augmentent, ce qui devrait être exactement le contraire si on était dans un marché qui fonctionne à la demande du client, et non pas à la demande de celui qui le soigne, avec en plus le fait que tout cela est payé par l'assurance sociale.

Nous sommes donc face à ce marché paradoxal, face à cette corrélation entre l'augmentation du nombre de prestataires de soins et des coûts, et nous devons nous poser la question de savoir si l'on doit introduire des critères pour restreindre le nombre de prestataires de soins. Nous regardons autour de nous dans le vaste monde et nous ne trouvons pas d'exemples très convaincants sur la façon de le faire. Nous regardons en Suisse et nous ne trouvons pas non plus d'exemples très convaincants quant à la transparence du système, au confort pour les assurés, qui doivent quand même savoir auprès de qui ils peuvent se faire soigner. Nous regardons dans le passé: nous voyons que des propositions qui avaient été faites au Parlement n'ont pas eu à l'époque de succès, par exemple une limite d'âge des prestataires de soins pour l'admission à pratiquer, à la charge de l'assurance-maladie.

Et puis, nous regardons les propositions qui sont venues l'année passée: la proposition Raggenbass – tout le pouvoir au Conseil fédéral –, acceptée dans l'enthousiasme et rejetée ensuite par le Conseil des Etats. Elle avait éveillé chez moi un peu de vertige devant tant de pouvoir pour un objet d'une telle importance économique pour les personnes touchées; là, c'était vraiment tout à l'Etat. Je m'étais un peu défendue, sans succès, et finalement, c'est un projet qui n'est plus sur la table. Et tout d'un coup, on présente une autre proposition: tout le pouvoir aux caisses. Et là aussi, on se dit: "Non, ce n'est pas possible, on ne peut pas donner tout le pouvoir aux caisses! Il faut des critères, il faut des règles de fonctionnement, et il faut être sûr que les choses se font en toute transparence."

La conclusion, c'est que nous devons travailler sur ce sujet: oui, nous sommes tous d'accord; nous devons travailler vite: d'accord aussi, raison pour laquelle le Conseil fédéral est prêt à accepter la motion de la commission; nous devons le faire avec tous ceux qui sont concernés, c'est-à-dire que cela ne peut pas se faire au dernier moment, au moment où l'on en est à liquider les divergences entre les deux Conseils, sans procédure de consultation, sans analyse approfondie des conséquences, sans avoir rassemblé les idées sur le fonctionnement d'un tel système. Merci à la commission de ne pas insister, de nous permettre de boucler maintenant cette première révision dont nous avons besoin, d'éviter donc la collision avec la prochaine révision, qui est déjà sur les rails.

C'est le problème général auquel est venu s'ajouter le problème particulier de la crainte qu'avec la liberté d'établissement des médecins, l'absence de discrimination entre les médecins suisses et étrangers, la reconnaissance réciproque des diplômes, nous soyons tout d'un coup confrontés à une situation difficile au cours des prochaines années. Sur ce point, la majorité de la commission vous propose, d'entente avec le Conseil fédéral, une mesure exceptionnelle. Nous n'y recourons pas forcément, mais nous devons pouvoir en disposer. Il est bon que je commente le caractère exceptionnel de cette mesure.

D'abord, regardez la place que la commission lui réserve dans l'architecture générale de la loi. C'est dans la section 5 "Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts" que s'inscrirait ce nouvel article. Cette section 5, nous l'avons introduite dans la LAMal, parce que nous avons vu les faiblesses de décisions qui seraient prises au coup par coup selon le droit d'urgence. Nous nous sommes dit que cela n'était pas possible. Rappelez-vous le début des années nonante! Trois décisions successives par des arrêtés urgents pour introduire des mesures qu'il fallait corriger chaque fois, parce qu'elles ne fonctionnaient pas bien et qui ne se sont révélées utiles que pour une période limitée. On est toujours en retard d'une guerre: ces mesures sont celles que nous avons utilisées au début des années nonante, ce ne sont pas celles dont nous avons besoin au début des années 2000. Nous vous demandons donc tout simplement de compléter l'éventail d'éventuelles mesures d'urgence, au cas où il y a un problème. Ceci est très clairement indiqué par la formulation de l'article et par la place qu'il trouve dans la loi.

Qu'est-ce que nous pourrions en faire? Nous pourrions constater, à la demande des caisses-maladie ou des autorités cantonales, dans des régions de frontière qui sont comme par hasard déjà des régions à haute densité de prestataires de soins, que la situation n'est pas maîtrisable. Nous pourrions alors dire, par exemple, que pour telle spécialité, dans telle région, une proportion de spécialistes par

AB 2000 N 71 / BO 2000 N 71

rapport à la population ne devrait pas être dépassée. L'installation d'un nouveau prestataire de soins dans ce





domaine devrait ainsi être provisoirement suspendue parce que, autrement, on aurait un cumul de médecins de la même spécialité, avec la conséquence malheureuse qu'ils créent ensuite eux-mêmes leurs malades. C'est un frein possible, comme dans les chemins de fer, que l'on n'utilise peut-être jamais au cours d'une vie. Puisque l'exemple ferroviaire me vient à l'esprit, quand on sait qu'on va entrer dans un coude du rail, il vaut mieux freiner. Ensuite, on peut reprendre le cours normal. Ce que nous vous demandons, c'est d'installer un tel frein.

Le Conseil fédéral a l'intention d'y recourir en cas de besoin uniquement et après consultation. Il envisage que ce soit très ponctuel, par région ou selon les spécialités. Je crois que nous aurions alors une réponse à un problème qui pourrait se poser. On peut se disputer au sujet de la probabilité de ce problème. Peu importe! Si nous avons un frein, nous pouvons aller de l'avant joyeusement.

Je vous invite à soutenir la proposition de la majorité de la commission et à introduire l'article 55a.

*Abstimmung – Vote*

*Eventuell – A titre préliminaire*

Für den Antrag Leuthard .... 95 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit .... 78 Stimmen

*Definitiv – Définitivement*

Für den Antrag Leuthard .... 124 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit .... 47 Stimmen

**Art. 64 Abs. 6 Bst. d**

*Antrag der Kommission*

Festhalten

**Art. 64 al. 6 let. d**

*Proposition de la commission*

Maintenir

*Angenommen – Adopté*

**Art. 87 Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 87 al. 2**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

**Art. 105 Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

*Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Minderheit*

(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hafner Ursula, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rychen)

Festhalten

**Art. 105 al. 1**

*Proposition de la commission*

*Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Minorité*

(Gross Jost, Baumann Stephanie, Cavalli, Goll, Hafner Ursula, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rychen)



Maintenir

**Gross Jost** (S, TG): Ich ziehe diesen Minderheitsantrag zurück, dies aus folgenden Gründen:

Zwar hat der Antrag, einen neuen Risikofaktor, nämlich das Hospitalisierungsrisiko, in den Risikoausgleich einzuführen, in der letzten Beratung in unserem Rat eine Mehrheit gefunden. Der Ständerat aber will sich mit klarer Mehrheit im jetzigen Zeitpunkt noch nicht auf eine Diskussion über eine Reform des Risikoausgleiches einlassen. Der Bundesrat hat auf der anderen Seite in der Kommission zugesichert, dass er die Frage der Reformbedürftigkeit des Risikoausgleiches als eines der drängenden Probleme in der zweiten Teilrevision des KVG zur Sprache bringen will. Er hat ja bereits eine Studie über den Wirkungsmechanismus des jetzigen Risikoausgleiches gemacht und ist daran, auch andere Systeme zu prüfen; es käme beispielsweise auch in Frage, eine Rückversicherung schlechter Risiken als alternatives System zu prüfen. Diesbezüglich sind ja die Kassen leider hoffnungslos miteinander zerstritten, und wir müssen hier auch neue Wege prüfen.

Ich wäre sehr froh, wenn Sie, Frau Bundesrätin Dreifuss, vor dem Plenum sagen könnten, dass eine Reform des Risikoausgleiches ein ganz wichtiges Anliegen ist, weil die Entsolidarisierung der Grundversicherung fortschreitet, und dass in dieser Frage in der nächsten Etappe der Teilrevision des KVG zusammen mit den anderen Vorschlägen – Spitalfinanzierung usw. – ein guter Vorschlag zur Sprache kommen wird.

**Seiler Hanspeter** (V, BE): Der Antrag der Minderheit Gross Jost ist zurückgezogen.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. II Abs. 2, III Abs. 2**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Ch. II al. 2, III al. 2**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté*

*An den Ständerat – Au Conseil des Etats*