



12.027

**Aufsicht über die soziale
Krankenversicherung.
Bundesgesetz****Surveillance
de l'assurance-maladie sociale.
Loi fédérale***Fortsetzung – Suite*

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.03.13 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.12.13 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 05.12.13 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 04.03.14 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 10.03.14 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 09.09.14 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 16.09.14 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 17.09.14 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 22.09.14 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.09.14 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.14 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Antrag der Minderheit

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog)

Rückweisung der Vorlage an die Kommission

mit folgendem Auftrag: Die wesentlichen Bestimmungen des KVAG-Entwurfes, insbesondere die Artikel 15 bis 17 zur Genehmigung der Prämientarife, die Artikel 27 bis 32 zur Rückversicherung, die Artikel 33 bis 36 zur Aufsicht und die Artikel 37 bis 41 zu den Aufsichtsmassnahmen, sollen gemäss den Anträgen der SGK-NR vom 14. August 2014 in das geltende Krankenversicherungsgesetz integriert werden.

Proposition de la minorité

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog)

Renvoyer le projet à la commission

avec mandat d'intégrer dans la loi sur l'assurance-maladie les principales dispositions contenues dans le projet relatif à la surveillance de l'assurance-maladie, conformément aux propositions de la CSSS-CN du 14 août 2014. Sont concernés en particulier les articles 15–17 (approbation des tarifs de primes), 27–32 (réassurance), 33–36 (surveillance) et 37–41 (mesures de surveillance).

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Gerne rufe ich Ihnen die Geschichte des Geschäftes in Erinnerung: Unser Rat ist am 5. Dezember 2013 bei der ersten Beratung auf die Vorlage eingetreten und hat sie an den Bundesrat zurückgewiesen. In der Frühjahrssession dieses Jahres hat der Ständerat die Rückweisung abgelehnt. Unser Rat ist diesem Beschluss gefolgt. Die vorberatende Kommission unseres Rates hat nun die Detailberatung vorgenommen, und ihre Anträge stehen heute zur Diskussion.

Es liegen zwei Konzepte vor. Das Konzept der Mehrheit sieht vor, die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, wie vom Bundesrat vorgeschlagen und vom Ständerat beschlossen, im neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) zu regeln. Das Konzept der Minderheit I (de Courten) möchte hingegen die Bestimmungen zur Aufsicht ins bestehende Krankenversicherungsgesetz (KVG) integrieren. Eine Minderheit beantragt zudem, das Geschäft an die Kommission zurückzuweisen, mit dem Auftrag, nur die wesentlichen Bestimmungen des KVAG in das KVG zu integrieren.





Wir führen eine gemeinsame Diskussion über die Konzepte und den Rückweisungsantrag.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Ich bin, auch vonseiten der Kommission, gebeten worden, das Diskussionsprozedere und die ersten Schritte nochmals kurz zu erläutern. Eigentlich ist es nach dem Votum des Präsidenten klar: Wir führen nicht mehr eine Eintretensdebatte, da wir diese ja im vergangenen Dezember bereits geführt haben. Wir werden jetzt die Minderheitsanträge diskutieren, wie sie auf der Fahne sind. Wir starten mit den ersten beiden Minderheitsanträgen, die beide von Kollega de Courten eingereicht worden sind. Der eine wirkt als Rückweisungsantrag. Dieser Antrag verlangt, dass nur die wesentlichen der erarbeiteten Regelungen ins Krankenversicherungsgesetz übernommen werden. In der Konsequenz – ich habe es gesagt – bedeutet diese Teilintegration eine Rückweisung an die Kommission, um diese Integration nochmals vorzubereiten. Das andere Konzept, genannt Antrag der Minderheit I – es stammt ebenfalls von Herrn de Courten –, integriert alle Aufsichtsartikel ins Krankenversicherungsgesetz. Es geht also um die Frage, welches Konzept man wählt: Soll ein eigenständiges Aufsichtsgesetz geschaffen werden? Oder sollen bzw. können die rund sechzig Artikel ins bestehende Krankenversicherungsgesetz integriert werden? Wir werden nun diese beiden Minderheitsanträge gemeinsam diskutieren und entsprechend dann separat abstimmen.

de Courten Thomas (V, BL): Es ist eine Wohltat, für einmal zu früher Morgenstunde vor einem so ruhigen Saal sprechen zu können!

Der Präsident hat bereits ausgeführt, welchen Lauf diese Vorlage in diesem Rat genommen hat. Seitens meiner Minderheit und seitens meiner Fraktion vertreten wir nach wie vor die Ansicht, dass es für Verbesserungen bei der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung kein neues Gesetz braucht. Wir wiederholen unsere diesbezügliche Argumentation: Die bisherigen, im KVG verankerten Aufsichtsinstrumente würden völlig ausreichen, sofern sie konsequent angewendet würden und sofern die zuständigen Bundesstellen ihre Hausaufgaben machen und für ihre Entscheidungen auch die Verantwortung tragen würden.

Die Ausgangslage ist immer noch die gleiche: Wir haben einen Artikel 21 KVG, und dieser beauftragt den Bundesrat mit der Durchführung der Krankenversicherung. Das Bundesamt kann den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung erteilen, es kann alle erforderlichen Belege und Auskünfte einfordern, und es kann auch Inspektionen durchführen. Die Versicherer haben dem Bundesrat auch den Zugang zu sämtlichen relevanten Informationen zu gewähren. Die Versicherer sind verpflichtet, jährlich relevante Datensätze zu liefern. Aber nicht nur der Bund, auch alle Kantone haben Zugang zu all diesen Daten und Informationen. Selbst die Sanktionen sind bereits heute mit Kostenlasten, Bussen, Bewilligungsentzügen usw. im KVG enthalten.

Nun haben wir die etwas seltsame Situation, dass dem Bundesrat und dem Bundesamt all diese Kompetenzen und Instrumente nicht ausreichen, um den ordnungsgemässen Gesetzesvollzug sicherzustellen. Der Bundesrat will deshalb in der Grundversicherung noch mehr regulieren. Das kommt mir irgendwie bekannt vor. Sie sehen auch, wohin dieser Weg führt: Wir stimmen am 28. September über die Einheitskasse ab. Es ist absehbar, und ich sage Ihnen das heute auch voraus, dass wir dann die heutige Debatte nochmals zum Abstimmungskampf missbrauchen werden. Genauso verlief auch in der Kommission die ganze Debatte nicht nüchtern und zur Sache, sie wurde vielmehr unter dem Eindruck der Drohung der Einheitskasse geführt. Nüchtern betrachtet wäre der logische Schluss, dass eine verbesserungswürdige Gesetzgebung – ich rede hier vom KVG –

AB 2014 N 1346 / BO 2014 N 1346

ergänzt und optimiert wird. Logisch und vor allem gesetzesökonomisch zielführend ist ein neues, zusätzliches Aufsichtsgesetz nicht. Es führt schlicht zu einer absoluten Überregulierung, zu unverhältnismässigen Eingriffen in einen naturgemäss kostensenkenden Wettbewerb, zu unverhältnismässigen Eingriffen in die unternehmerische Freiheit der Marktakteure und zu einer unverhältnismässigen Vollzugs- und Kontrollmacht beim zuständigen Bundesamt.

Wir haben darüber schon mehrfach diskutiert. Unser Rat hat sich in dieser Frage auch schon dem Druck der Linken und des Ständerates gebeugt und ist eingebrochen. Immer war man sich einig, dass nach der Detailberatung nochmals geprüft werden sollte, ob die Beschlüsse zum Ausbau der Aufsicht nicht ins bestehende KVG integriert werden können. Wesentlich sind in diesem Zusammenhang die Genehmigung der Prämientarife, die Rückversicherung, die Aufsicht an sich und allfällige Sanktionen. Nicht wesentlich sind Ergänzungen in den Bereichen Verwaltungskosten; sie machen schon heute nur einen Bruchteil der gesamten vergüteten Leistungen aus. Eindeutig überbordend werden die Regulierungen, wenn selbst die Vermittler- und Werbekosten der Versicherer staatlich reguliert werden. Nicht wesentlich sind auch Qualifikationsvorschriften für Führungskräfte; einer Überregulierung entsprechen Vorschriften zur Unternehmensstruktur der Versicherer.



In der Kommission wollten wir die Möglichkeiten zur Integration der wesentlichen Inhalte der Revision ins KVG prüfen lassen. Die Berichterstattung des Bundesrates liess wenig Freude an diesem Ansinnen erkennen. Auch hier hat im Hintergrund die Einheitskassendebatte eine nüchterne Lösung verunmöglicht. Die Mehrheit der Kommission hat einen für mich faulen Kompromiss geschlossen. Sie können den Unterlagen, die Sie zur Sessionsvorbereitung aus Wirtschaftskreisen erhalten haben, klar erkennen, dass sich die Wirtschaft nicht gegen eine verhältnismässige und moderne Aufsicht ausspricht, aber gegen eine unverhältnismässige und überregulierte.

In diesem Sinne bitte ich Sie, meinen Minderheitsanträgen auf eine Übernahme der wesentlichen Revisions-teile ins KVG zuzustimmen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Dieses Gesetz kommt achtzehn Jahre zu spät und keinen Tag zu früh. Das KVAG ist wichtig und dringend. Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, auf weitere Verzögerungsmanöver zu verzichten. Selten war eine Diskussion so schwierig wie diejenige zu diesem Gesetz. Selten musste unsere Seite in der Kommission so heftig werden, um eine politische Diskussion durchzusetzen. Noch heute werden hier Ratsmitglieder auftreten und wider besseres Wissen behaupten, die Schwierigkeiten bei der Aufsicht über die Krankenversicherungen sei auf mangelnden Willen und nicht auf fehlende Instrumente zurückzuführen. Das stimmt nicht, und es wird auch nicht wahr, wenn man es mantrahaft wiederholt. Stimmen tut hingegen, dass die Versuche, das Gesetz zu sabotieren, zahlreich waren. Die Absicht war immer klar und wurde mit der Zeit kaum mehr kaschiert: Die Beratungen sollten bis nach der Abstimmung über die öffentliche Krankenkasse verzögert werden, um das Gesetz anschliessend scheitern zu lassen. Das ist in höchstem Masse unverantwortlich. Vergessen Sie nicht: Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er bricht.

Bitte lehnen Sie deshalb die beiden Minderheitsanträge de Courten ab. Wir vertreten hier das Volk und nicht die Krankenversicherungen, wir sind nicht die Erfüllungsgehilfen der Groupe Mutuel. Haben Sie sich auch schon mal gefragt, was die Versicherungen wie die Groupe Mutuel und ihre Seitenwagenfahrer eigentlich zu verbergen haben, dass sie sich so vehement gegen eine ordentliche Aufsicht wehren?

Zu den Minderheitsanträgen de Courten: Der erste Antrag ist, mit Verlaub, eine ziemliche Gesetzesbastelei. Ihn so diesem Rat zu unterbreiten, dem Rat, der die Gesetze erlassen muss, ist eigentlich eine Zumutung. Da passt schlicht gar nichts zueinander. Ich bitte Sie deshalb, diesen Antrag klar abzulehnen.

Gleiches gilt für den zweiten Minderheitsantrag de Courten, denn im Kern ist er nichts anderes als eine etwas missratene Schlaumeierei: Es geht dem Antragsteller schlicht und einfach darum, die Beratungen weiter zu verzögern und das Gesetz letztlich zum Scheitern zu bringen.

Die Prämien in der obligatorischen Grundversicherung sind nichts anderes als Steuern, eingetrieben, angelegt und verwaltet von 61 privaten Unternehmen, die teilweise nicht einmal die grundlegendsten Gouvernanzbestimmungen einhalten. Der Bund kann heute weder Vorschriften zur Eignung der entsprechenden Führungspersonen machen noch rechtzeitig intervenieren, wenn die Geschäftsführung offensichtlich mangelhaft ist – der KPT-Skandal lässt grüssen. Er hat aber auch nicht die nötigen Instrumente, um die Prämien korrekt festzusetzen und das Schlamassel von zu viel und zu wenig bezahlten Prämien zu vermeiden. Das kann gerade Ihnen, die dieses System verteidigen, nicht egal sein. Gerade Sie müssten besonders hellhörig werden, wenn sich die Versicherungen gegen eine strengere Aufsicht wehren. Denn auch hier gilt: Wer nichts zu verbergen hat, hat von einer strengen Aufsicht auch nichts zu befürchten.

Dieses Gesetz ist für die Sozialversicherung, für das KVG, dringend und nötig. Mit dem Gesetz können die Rechte der Versicherten gestärkt und ihre Interessen geschützt werden.

Im Namen der SP-Fraktion bitte ich Sie, endlich vorwärtszumachen und die beiden Minderheitsanträge de Courten abzulehnen.

Humbel Ruth (CE, AG): Die CVP/EVP-Fraktion ist für eine starke und kompetente Aufsicht. Wir haben seit Beginn der Debatte über das KVAG betont, dass wir der Aufsichtsbehörde alle notwendigen Instrumente geben wollen, die es für eine wirksame, zielgerichtete Aufsicht braucht. Wie die Erfahrung der letzten Jahre aber zeigt, nützen alle Gesetze nichts, wenn sie nicht umgesetzt werden. Es ist einfach noch einmal darauf hinzuweisen, dass es, im Gegensatz zur Behauptung der Vorrednerin, eben nicht so ist, dass das geltende Gesetz keine Instrumente gegeben hätte. Die Instrumente waren gut, aber sie wurden einfach nicht genutzt. Aus politischen Gründen wurden Prämien zu tief gehalten, und es wurden KVG-widrig nichtkostendeckende Prämien genehmigt, was klar gegen Artikel 13 KVG verstösst. Die Folgen des Aufsichtsversagens sind hinlänglich bekannt: Die Prämien im Kanton Bern waren jahrelang viel zu tief, und da hätte die Aufsichtsbehörde eingreifen müssen. Weil die Prämien im Kanton Bern viel zu tief waren, mussten andere Kantone mit höheren Prämien quersubventionieren, was nun zu dieser pseudogerechten und abstrusen bürokratischen Rückerstat-



tungsübung geführt hat, welche wir in der Sommersession politisch gelöst haben.

Wenn wir nun die Aufsichtsinstrumente verstärken, muss die Aufsichtsbehörde ihre Verantwortung wahrnehmen und qualitativ wesentlich besser arbeiten, als sie es bisher getan hat. Es darf nicht mehr zu solchen rein politisch motivierten Umverteilungsübungen kommen, ungeachtet aller versicherungsmathematischen Fakten. Die CVP/EVP-Fraktion wird den Minderheitsantrag de Courten ablehnen, das heisst, sie will gemäss Kommissionsmehrheit die Detailberatung durchführen. Eine nochmalige Rückweisung ist nicht zielführend. Wir haben die Diskussion in der Kommission geführt und hätten das Gesetz noch straffen können. Entsprechende Anträge lagen aber nicht vor.

Die CVP/EVP-Fraktion opponiert auch nicht mehr gegen ein separates Aufsichtsgesetz, dies aber mehr aus Verfahrensgründen. Wir haben uns in der Sommersession mit dem Ständerat auf ein Vorgehen geeinigt, und ich erinnere daran, dass der Ständerat das KVAG mit der Vergangenheitslösung koppeln wollte. Wir, das heisst der Nationalrat, haben dann die Gesetze getrennt. Wir konnten die Lösung zur Frage der Vergangenheit in der Sommersession verabschieden. Das Ziel war es, dieses Aufsichtsgesetz noch in dieser Session zur Schlussabstimmung zu bringen, was mit einer Integration ins KVG schwieriger zu sein scheint. Zudem bleibt der Inhalt der gleiche, ob wir das nun ins KVG integrieren oder

AB 2014 N 1347 / BO 2014 N 1347

ob wir das in einem speziellen Gesetz, im Aufsichtsgesetz, belassen.

Persönlich bin ich zwar nach wie vor der Meinung, dass es sinnvoller gewesen wäre, die Aufsicht über die Krankenversicherer im KVG präziser zu regeln. Es müssen nämlich ohnehin rund zehn Artikel geändert werden; etwa gleich viele werden aufgehoben oder eben im KVG neu platziert. Zu bedenken ist auch, dass die Kontrollinstanz, das Bundesamt für Gesundheit, die Krankenversicherer künftig nach zwei Gesetzen prüfen muss – die Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz und die Prämien nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz –, was die Arbeit für das Bundesamt zweifellos nicht vereinfacht.

Zusammenfassend: Die CVP/EVP-Fraktion wird sowohl den Minderheitsantrag de Courten auf Rückweisung als auch den Antrag der Minderheit I (de Courten) ablehnen und der Kommissionsmehrheit folgen, um dieses Gesetz noch in dieser Session verabschieden zu können.

van Singer Christian (G, VD): Le groupe des Verts vous invite à rejeter les deux propositions de la minorité de Courten.

Néanmoins, nous sommes tout à fait insatisfaits du contenu de la loi qui vous est proposée. En effet, quelques points très importants n'ont pas été réglés, notamment un point essentiel: les groupes d'assurance ne pourront pas être surveillés après l'entrée en vigueur de cette loi. Or nous avons bien vu ces dernières années que beaucoup de problèmes sont posés par des grands groupes d'assurance qui, à eux seuls, s'occupent de plus de la moitié des assurés.

Un autre point essentiel qui n'est pas réglé, c'est celui de la ristourne des primes encaissées en trop. Je rappelle que pendant toutes ces années certaines caisses-maladie ont encaissé 1,7 milliard de francs en trop dans plusieurs cantons et qu'en fin de compte, avec le compromis que nous avons accepté, les caisses rembourseront seulement un sixième de cette somme. Or, dans la loi que nous allons examiner, il est prévu, si nous suivons la commission, que les caisses seraient libres de rembourser les primes encaissées en trop, mais qu'elles ne seraient pas obligées de le faire – le Conseil fédéral ne pouvant pas l'imposer.

Par conséquent, on peut craindre que les caisses-maladie ne soient tentées de continuer à encaisser des primes en trop dans certains cantons pour recruter de "bons" assurés ailleurs. Donc ce point n'est toujours pas réglé.

Un autre point qui n'est pas réglé si l'on se réfère aux propositions de la commission ou aux propositions de la majorité de la commission, c'est la compétence que le Conseil des Etats a souhaité donner au Conseil fédéral, soit celle de régler l'indemnisation des intermédiaires, de régler les dépenses de publicité, et qui dit régler ces dépenses dit les limiter. Malheureusement, la majorité de la commission ne souhaite pas donner au Conseil fédéral cette compétence.

Enfin, une autre lacune grave du projet tel qu'il vous est présenté par la commission ou par la majorité de la commission, c'est l'absence de transparence sur la rémunération des organes dirigeants.

Voilà les graves défauts de ce projet. Néanmoins, le groupe des Verts vous demande de repousser la proposition de renvoi de la minorité de Courten ainsi que la proposition de la minorité I (de Courten) de modification de la loi sur l'assurance-maladie. En effet, ce sont là uniquement des manoeuvres pour que l'on n'ait pas de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie avant la votation populaire du 28 septembre prochain sur la caisse publique. Le présent projet de loi n'est pas parfait; il présente encore de graves lacunes qui ne pourront



être corrigées que par une réforme complète du système de l'assurance-maladie. La résistance au changement dont fait preuve le Parlement est énorme. Visiblement, il défend davantage les intérêts des groupes qui pratiquent l'assurance-maladie que ceux des assurés.

Néanmoins, je le répète, le groupe des Verts vous invite à entrer en matière et à repousser la proposition de renvoi de la minorité de Courten ainsi que la proposition de la minorité I (de Courten) de modification de la loi sur l'assurance-maladie.

Kessler Margrit (GL, SG): Negative Ereignisse, wie sie seit der Einführung des KVG eingetreten sind, können mit einem griffigen Aufsichtsgesetz eliminiert werden. Wir haben es heute in der Hand, die vom Volk gewünschten Verbesserungen zu verabschieden. Deshalb kommt für die Grünliberalen eine Rückweisung nicht infrage.

Es stellt sich die Frage: Wollen wir, wie von der Minderheit I (de Courten) beantragt wird, die Aufsichtsregulierung ins KVG integrieren? Oder wollen wir nicht besser ein eigenständiges Gesetz schaffen?

Das KVG mit den entsprechenden Verordnungen ist überladen und seine Handhabung kompliziert. So enthält das KVG mehr als hundert Artikel. Ein eigenständiges Aufsichtsgesetz wird uns hier eine bessere Übersicht gewähren und wird deutlich besser lesbar sein. Ein eigenständiges Aufsichtsgesetz wird die Bevölkerung besser vor Exzessen schützen, wie sie in der Vergangenheit vorgekommen sind. Zur Erinnerung: Wegen wirtschaftlichen Schwierigkeiten musste die Krankenkasse Zurzach Ende 2002 ihre Tätigkeit einstellen. Die Krankenkasse KBV ging nach einem Betrugsskandal 2004 in Konkurs. Im Jahr 2012 wurde für die KPT-Verwaltungsräte ein vierjähriges Berufsverbot ausgesprochen. Die EGK teilte Ende 2012 eine Prämienhöhung von 11 Prozent mit, weil sich die Chefs verkalkuliert hatten. Im November 2012 meldete die Supra Konkurs an, und zwischen 1996 und 2011 wurden in mehreren Kantonen zu hohe Prämien einkassiert und zu hohe Reserven gebildet.

Das alles ist für die betroffene Bevölkerung unverständlich. Es stellt sich die Frage: Wer ist für diese Misswirtschaft verantwortlich, und wer ist für die Aufsicht zuständig und verantwortlich? Mit einem eigenständigen und griffigen Aufsichtsgesetz können Missbräuche besser verhindert werden, und der Bundesrat kann damit seine Aufsichtspflicht besser wahrnehmen, um unsere Bevölkerung zu schützen.

Deshalb lehnt die grünliberale Fraktion die Rückweisung ab, bevorzugt ein separates Aufsichtsgesetz und stimmt in beiden Fällen der Mehrheit zu.

de Courten Thomas (V, BL): Allein diese Voten haben gezeigt, wie unausgegoren diese Gesetzesvorlage ist. Frau Fehr spricht davon, dass Krankenkassenprämien Steuern sein sollen. Ich muss Sie wohl nicht daran erinnern, dass wir genau ein solches Steuersystem bei den Krankenkassenprämien nicht wollten. Wir wollten immer ein freiheitliches und wettbewerbsorientiertes Krankenversicherungswesen mit Solidarität in der Grundversicherung. Wir wollen in der Grundversicherung nicht Steuern; wir wollen Prämienmodelle, die auch Wettbewerb zulassen und innovative Versicherungsmodelle gewährleisten.

Frau Humbel hat Ihnen deutlich erklärt, unter welchem zeitlichen Druck hier legiferiert werden soll. Was herauskommt, ist ein Gesetz mit einer kompletten Überregulierung, was allen Grundsätzen der Gesetzgebung, die wir bisher in diesem Bereich hatten, widerspricht. Selbst Herr van Singer hat Ihnen erklärt, dass es in diesem Gesetz vier grobe Fehler gibt. Für mich hat dieses Gesetz andere Fehler, aber sicher wird das KVAG, wie es Ihnen jetzt vorgeschlagen wird, keine griffige Aufsichtsregulierung bringen. Es wird zusätzliche Bürokratie bringen und zusätzliche Ressourcen brauchen, um all die Kontrollen durchzuführen. Es werden Regulierungen vorgenommen, die extrem stark in die unternehmerische Freiheit der Versicherer eingreifen.

Ich möchte Sie darum nochmals bitten, dieses Gesetz jetzt nicht übers Knie zu brechen, sondern nochmals von der ursprünglichen Absicht auszugehen, die Aufsicht dort punktuell zu verbessern, wo es tatsächlich notwendig ist.

Cassis Ignazio (RL, TI): Je vous rappelle mes liens d'intérêts: je suis président de Curafutura, une association fondée par quatre assureurs: CSS, Helsana, Sanitas et CPT. Je parle ici au nom de mon groupe, le groupe libéral-radical.

Die Freisinnigen stehen für ein liberales System ein. "Liberal" heisst, dass der Staat eine subsidiäre und nicht eine zentrale Rolle hat. Der Staat soll nicht gleichzeitig Regulator und Spieler sein. Spieler sind in unserem

AB 2014 N 1348 / BO 2014 N 1348

Gesundheitswesen die sogenannten Vertragspartner, die in den letzten Jahren die Bedeutung des Wortes "Partner" vielleicht ein bisschen vergessen haben. Die Vertragspartner sind da, um konkrete Lösungen zu finden – mit der notwendigen Freiheit und Flexibilität. Freiheit braucht selbstverständlich Verantwortung, und das war in der letzten Zeit ein Schwachpunkt.





"Nichts geht, alles ist blockiert", liest man betreffend KVG-Baustelle im Parlament immer wieder. So ist es aber gar nicht. Dieses Jahr haben wir im März zwei wichtige Reformen durchgebracht, die jetzt ohne Referendum umgesetzt werden können: Wir haben die Mutter aller Reformen, wie ich sie immer wieder nenne, die Verfeinerung des Risikoausgleichs, endlich beraten und endlich akzeptiert – das ist für unser Versicherungssystem eine grosse Reform – und wir haben die Vergangenheit in Bezug auf die zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien bewältigt, also in Bezug auf diese mühselige Geschichte, auf die ich am liebsten nicht zurückkäme; Frau Kollegin Humbel hat schon etwas dazu gesagt.

Das dritte Element auf dieser Baustelle, das wir heute beraten, ist das KVAG. Unsere Partei hat von Beginn an gesagt, dass wir eine bessere Aufsicht über das Krankenversicherungswesen wollen. Das haben wir auch in unserer Vernehmlassungsantwort geschrieben. Hingegen wollen wir nicht, dass das Bundesamt für Gesundheit als staatliche Aufsichtsstelle das Spiel der Versicherer spielt. Das wollen wir nicht. Wir wollen, dass der Staat eine subsidiäre Rolle behält. Aber ein regulierter Markt wie unser Gesundheitswesen braucht eine starke Aufsicht. Eine solche wollen wir. "Stark" bedeutet nicht bürokratisch; "stark" bedeutet schlank, aber autoritativ, eine Aufsicht, die eingreifen, die Sanktionen ergreifen kann, auch solche, die wehtun, denn sonst nützen sie nichts.

Wir haben selbstverständlich eine Sorge, nämlich die Sorge der Überregulierung. Wir möchten, dass unser Versicherungswesen ein Versicherungswesen bleibt, gemäss dem bismarckschen Modell. Wir möchten mit dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz nicht zum Modell der Heizkostenabrechnung übergehen, bei dem die Versicherten eine Prämie bezahlen, im darauffolgenden Jahr eine Schlussabrechnung gemacht und dann die Saldoabrechnung verschickt wird. Das geht nicht, das entspricht nicht dem Versicherungsprinzip. Wir sind der Meinung, dass wir mit der heutigen Version der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates einen gangbaren Weg gefunden haben.

Selbstverständlich kämpfen wir gegen das wachsende Misstrauen, das man auch in diesem Saal spürt, vor allem bei denjenigen, die das Gefühl haben, Vertrauen sei durch Verfahren zu ersetzen, bei denjenigen, die das Gefühl haben, Regulierung schaffe Transparenz – Regulierung schafft nur noch mehr Intransparenz. Daraus entsteht Misstrauen, und daraus entstehen neue Verfahren.

Wir haben uns schlussendlich dafür ausgesprochen, dass wir diese Regulierung nicht wie ursprünglich gewünscht in das KVG integrieren; wir können auch mit einem separaten Gesetz fahren.

Die FDP-Liberale Fraktion lädt Sie ein, die beiden Minderheitsanträge de Courten abzulehnen, das heisst, die Bestimmungen in ein Sondergesetz aufzunehmen. Wir wollen das Gesetz in dieser Session fertigberaten.

Hess Lorenz (BD, BE): Die BDP-Fraktion empfiehlt Ihnen, die Anträge der beiden Minderheiten abzulehnen und das Gesetz heute zu beraten. Der Grund dafür liegt nicht darin, dass wir das Gefühl haben, die Begründung für die beiden Anträge komme aus der Küche der Groupe Mutuel – Jacqueline Fehr hat von "Erfüllungsgelhilfen der Groupe Mutuel" gesprochen. Ich glaube, es ist nicht nötig, hier so auf den Mann zu spielen; wir hatten solche Diskussionen zur Genüge. Wir sollten hingegen die Minderheitsanträge ablehnen und das Gesetz beraten, weil wir schon in den Eintretensdebatten gemerkt haben, was hier gespielt wird. Es ist genau so, wie es nach Jacqueline Fehrs Aussage nicht sein sollte: Die Debatte zu diesem Gesetz ist zum Spielball geworden, um auf die Einheitskasse und die entsprechende Debatte hinzuwirken.

Man kann es machen, wie man will: Es wird Kritik geben, das ist so sicher wie das Amen in der Kirche. Wenn wir dieses Gesetz beraten und der Mehrheit folgen, d. h. ausser bei vier Artikeln der Version des Ständerates folgen, was ich Ihnen empfehle, dann wird am Schluss die Kommunikation auf der linken Seite wie folgt lauten: "Man sieht es: Sie wollen nicht Nägel mit Köpfen machen – es braucht jetzt eben die Einheitskasse!" Genau dasselbe gilt für den Zeitpunkt: Hätte man die Debatte zu diesem Gesetz auf später vertagt, hätte es geheissen, man wolle es vorher nicht machen. Jetzt kann man sagen, es sei ein kurzfristiger Murks, um es einmal so auszudrücken. Der Fall ist klar: Wie man hier auch entscheidet oder wie immer es herauskommt, wird man entweder sagen, es sei ein zahnloser Papiertiger, oder wird man sagen, die bösen Verhinderer hätten nichts machen wollen.

Das Gegenteil ist der Fall: Es geht hier darum, dass wir tatsächlich eine moderne und sachgerechte Aufsicht über die Krankenversicherer beraten und auch beschliessen. Man kann getrost darüber diskutieren, ob das in einem separaten Gesetz oder im KVG nötig ist. Mittlerweile denke ich, dass diese Frage zweitrangig ist. Entscheidend ist der Inhalt, den wir heute hier behandeln.

Die BDP-Fraktion bittet Sie grossmehrheitlich, auf der Linie der SGK zu bleiben, das heisst, der Version des Ständerates zu folgen, ausser bei Artikel 15, "Genehmigung der Tarife", Artikel 16, "Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen", Artikel 17, "Modalitäten der Rückerstattung", und Artikel 18, "Verwaltungskosten". Ich denke, wenn wir dieser Linie folgen, haben wir nicht den berühmten Kompromiss, aber wir sind auf



einer mittleren Linie, die eben abweicht von den Minderheitsanträgen betreffend die Rückweisung und die Integration, die wir jetzt zuerst beraten. Wir sind aber auch nicht auf der anderen Extremseite, die meint, die jetzige Vorlage sei nicht griffig und nicht zielführend. Ich denke, wenn wir auf dieser Linie bleiben – und ich bitte Sie, den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen –, dann haben wir eine der Baustellen, die vorhin von Kollege Cassis erwähnt wurden, mehr oder weniger erfolgreich geschlossen.

Gilli Yvonne (G, SG): Die Grünen bitten Sie, der Mehrheit zu folgen, den Rückweisungsantrag abzulehnen. Die Gegner einer Aufsichtsverbesserung fordern die Rückweisung unter dem Titel, sich auf Wesentliches zu beschränken, im Sinn einer schlanken Gesetzgebung. Wir halten am separaten Aufsichtsgesetz fest.

In der Tat gibt es verschiedene Wege, um eine Aufsicht, die heute ungenügend ist, zu verbessern. Es gäbe auch den Weg, einzelne Teile ins KVG zu integrieren. Es gibt aber Diskussionsabläufe, politische Taktiken und Zeitfenster, und manchmal ist es schlicht nicht mehr opportun, nach monatelangen Diskussionen wieder grundsätzliche Veränderungen zu verlangen oder auf Feld eins zurückzukehren, wie es zu interpretieren wäre, wenn Sie dem Rückweisungsantrag zustimmen würden.

Gerade diejenigen unter Ihnen, die heute im Vorfeld der Abstimmung zur öffentlichen Krankenkasse den Tatbeweis erbringen wollen, dass sie die Aufsicht verbessern wollen, können das jetzt tun, indem sie der Mehrheit folgen. Sie wissen es: Auch wenn die Diskussion rund um die Aufsicht im Vorfeld der Volksabstimmung zur öffentlichen Krankenkasse als missbräuchlich ausgelegt wird, wie das Herr de Courten ins Feld geführt hat, haben wir es dieser Abstimmung zu verdanken, dass wir heute überhaupt über ein separates Aufsichtsgesetz diskutieren; es ist eine wichtige Baustelle im Bereich der Grundversicherung, die es zu schliessen gilt. Sie wissen auch, dass die erste Baustelle, nämlich die Verbesserung des Risikoausgleichs, die uns in der letzten Session gelungen ist, ebenfalls nur geschlossen worden ist, weil wir die Abstimmung über die öffentliche Krankenkasse haben werden. In diesem Vorfeld und in diesem Kontext ist es schon richtig, über politische Taktiken zu sprechen, die es erlauben, eben Gesetze zu verhindern, Versprechungen zu

AB 2014 N 1349 / BO 2014 N 1349

machen und Versichererinteressen in diesem Saal zu vertreten.

Jetzt geht es also darum, glaubwürdig die ungenügende Aufsicht zu verbessern. Das können wir tun, indem wir der Mehrheit folgen, ein separates Aufsichtsgesetz beschliessen und uns nicht auf sogenannte wesentliche Punkte beschränken, über die wir uns in einem Kompromiss eh schon geeinigt haben. In der Detailberatung werden wir noch sehen, was Sie hier und heute als wesentlich beschliessen wollen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Nous voici donc replongés dans la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale après plusieurs discussions qui ont émaillé le débat non seulement au sein de ce conseil, mais également au Conseil des Etats et au sein de votre commission. Il est vrai – cela a été rappelé ce matin dans ce quasi-débat d'entrée en matière, même s'il s'agissait plutôt d'un débat sur le renvoi – que le Parlement a déjà pris toute une série de mesures dans les domaines de la compensation des risques et de la compensation des primes payées en trop ou en insuffisance depuis 1996. La décision que vous avez prise à ce sujet était moins équilibrée que ce qu'aurait souhaité le Conseil fédéral, mais nous sommes en train de mettre en oeuvre la volonté du Parlement. Le Conseil fédéral travaille également à une proposition qui concerne la séparation de l'assurance de base des assurances complémentaires et, aujourd'hui, nous avons cette discussion et ce débat sur le renforcement de la surveillance.

Ce débat, vous le savez, a été assez long. Il est d'une grande importance et surtout il a été souhaité par le Parlement. Pas besoin de vous rappeler ici que si le Conseil fédéral, il y a déjà plusieurs années, a mené des travaux dans ce domaine, c'était avec la garantie d'avoir un certain soutien du Parlement qui, au travers d'outils parlementaires, avait demandé une action du Conseil fédéral pour améliorer la surveillance. Cette amélioration doit nous permettre à l'avenir de mener toute une série d'actions, qui ne sont pas possibles aujourd'hui sur la base du droit en vigueur, mais qui garantiront une meilleure surveillance de l'assurance-maladie de base, comme l'un des piliers de notre système d'assurance.

A l'avenir, il devra ainsi être possible, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, de refuser l'approbation de primes trop élevées, d'ordonner le remboursement de primes qui dépassent de façon inappropriée les coûts, d'interdire la publication des primes avant leur approbation, d'imposer aux assureurs l'obligation de constituer une fortune liée, de surveiller les groupes d'assurance, d'imposer aux organes dirigeants des caisses des qualifications professionnelles minimales, de révoquer les organes dirigeants défaillants, d'obliger les caisses à publier le montant des indemnités des organes, d'imposer un système de gestion des risques et un système de contrôle interne efficaces et adaptés, de déléguer la surveillance des tâches à un tiers, de s'opposer à une participation



qualifiée dans une caisse-maladie ou de la soumettre à des conditions, enfin, de régler l'indemnisation des intermédiaires d'assurance et des dépenses de publicité.

C'était cela le projet du Conseil fédéral. Ensuite il y a eu les discussions au Conseil des Etats et au sein de votre commission. Nous verrons bien ce qu'il en ressortira. La liste que je vous ai faite des actions qui seraient nécessaires pour une surveillance effective n'a pas de base légale aujourd'hui. J'aimerais ici m'opposer encore une fois à celles et ceux qui prétendent que, dans le passé, la surveillance a été tout simplement un échec, à celles et ceux qui, faussement, laissent penser qu'il aurait suffi que l'Office fédéral de la santé publique s'active, veuille bien se mettre à travailler, à entendre son réveil le matin, pour enfin mener la surveillance qui était prévue par la LAMal. Non, il n'y a pas de base légale pour toute une série d'actions importantes en matière de surveillance. Permettez-moi de vous dire ici qu'un des éléments essentiels de l'activité de l'Etat est de baser toute action sur une base légale. Je me refuse donc, avec le Conseil fédéral, par respect pour le Parlement – et je prie celles et ceux ici qui disent "Il n'y a qu'à faire" de prendre acte de ce respect envers le Parlement – de dire qu'il peut y avoir une action engagée par le Conseil fédéral sans base légale. Ce principe de légalité est important. Il doit nous permettre, selon les mesures prévues dans la loi sur laquelle vous allez débattre aujourd'hui, je l'espère, de nous donner vraiment les moyens d'agir.

Je ne vais pas refaire tout le débat d'entrée en matière, il a déjà eu lieu. Mais un deuxième débat, qui est important, porte sur le fait de savoir s'il faut une loi indépendante pour la surveillance ou si on peut intégrer l'ensemble des articles de surveillance dans la LAMal. Pour être franc, je vous l'ai déjà dit, sur le plan matériel, cela ne change pas grand-chose. Les dispositions sur la surveillance pourraient ensuite s'appliquer. Sur le plan de la forme, de la lisibilité, de la répartition logique de la matière, c'est une tout autre affaire. A la fin de vos débats, il apparaît clairement que la loi sur la surveillance, préparée par la commission, contient environ 60 articles. Ces 60 articles existent en priorité pour garantir de la clarté sur ce qui pourra être fait et ce qui ne pourra pas l'être. Cette clarté est d'abord au bénéfice des entités et entreprises qui seront surveillées en vertu de cette loi. Dans la proposition de renvoi de la minorité de Courten, comme dans celle qui propose l'intégration, ce n'est pas l'essence même de la surveillance qui est mise en cause. Ces propositions visent à renvoyer le texte à la commission pour le renégocier, ou, alternativement, pour intégrer toutes les dispositions de surveillance dans la LAMal.

Que signifie intégrer 60 articles dans la loi sur l'assurance-maladie en vigueur? Il y a deux possibilités. Soit on renumérote complètement la loi et on génère une immense insécurité ainsi qu'une surcharge administrative incroyable pour l'ensemble des personnes – les prestataires, les médecins, les hôpitaux, les associations de patients – qui sont concernées par cette loi; elles devront renuméroter l'ensemble de leurs papiers et de leurs travaux. Soit on intègre ces 60 articles, après ce débat sur la surveillance, dans quatre articles "véhicules" libres de la LAMal; c'est la version de la minorité. Dès lors, une simple règle de trois s'applique: s'il faut intégrer 60 articles de loi dans quatre articles, cela fait 15 articles par numéro. Donc, comme vous l'avez vu dans la proposition de la minorité, il y a, pour les articles 11 à 15, un article 11a, 11b ou 12a, 12b jusqu'à 12m, 12n, 12o, 12p et on ne sait pas exactement jusqu'où cela va, mais cela va relativement loin. Cela ne nous paraît pas être de nature à garantir la transparence et la lisibilité dans cette loi, et donc finalement la confiance dans le système d'assurance-maladie dont les assurés doivent pouvoir se prévaloir.

En remerciant votre commission pour l'immense travail réalisé, j'aimerais, par cette argumentation, vous inviter à soutenir les majorités pour ce qui concerne le traitement de cet objet et à rejeter l'intégration dans la LAMal des dispositions contenues dans le projet relatif à la surveillance de l'assurance-maladie, ce qui ne créerait qu'une insécurité supplémentaire inutile.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Es freut mich, feststellen zu können, dass nicht nur die Mitglieder der SGK sich einig sind, sondern dass sich auch alle Fraktionssprecherinnen und -sprecher dafür ausgesprochen haben, dass es für die Krankenversicherung eine verstärkte Aufsicht braucht.

Mit der von der Minderheit de Courten beantragten Rückweisung würden nur die aus ihrer Sicht wesentlichen der erarbeiteten Regelungen ins Krankenversicherungsgesetz übernommen. Gemeint sind die Artikel zur Genehmigung der Prämientarife, zur Rückversicherung, zur Aufsicht und zu den Aufsichtsmaßnahmen. Das ist lediglich ein Viertel der vom Ständerat und vom Bundesrat, aber auch von der Mehrheit der SGK als notwendig erachteten Regelungen. Sicher sind wenige und schlanke Gesetze erstrebenswert. Die Kommissionmehrheit hat aber nicht verstanden, weshalb Herr de Courten die Verschlinkung erst an der letzten Sitzung im August thematisiert hat, also vor wenigen Tagen, als die Diskussion, ob eine Integration aller Artikel ins KVG möglich und sinnvoll ist, traktandiert war. In den unzähligen



vorangegangenen Debatten in der Kommission hatten wir nur vereinzelt über Streichungsanträge zu beschliessen, und dann folgten dieser Antrag für eine teilweise Integration und – damit verbunden – der Streichungsantrag für die übrigen Artikel. Für die Kommissionsmehrheit ist das Konzept für die Auswahl nicht nachvollziehbar und konnte auch nicht plausibel erläutert werden.

Die Kommission hat den Antrag de Courten für die Teilintegration mit 16 zu 6 Stimmen bei 3 Enthaltungen abgelehnt und fordert Sie damit auf, das Gesetz heute zu beraten.

Der Antrag der Minderheit I (de Courten) integriert alle Aufsichtsartikel ins Krankenversicherungsgesetz. Angesichts der Zahl von rund sechzig Artikeln und der daraus resultierenden komplizierten, unübersichtlichen und nicht mehr lesbaren Gesetzesstruktur macht die Integration ins KVG für die Mehrheit der Kommission keinen Sinn.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel erläutern: Werfen Sie in der Fahne einen Blick auf Artikel 11 KVG. Artikel 11 geht bis zu Buchstabe i, hat also neun Unterteilungen.

Schauen wir uns darin Artikel 11e zum Bewilligungsgesuch an. Absatz 2 von Artikel 11e würde bis zu Buchstabe p sechzehn Unterteilungen aufweisen. Das ist nicht mehr transparent, sondern das ist ein Unsinn. Kommt hinzu, dass aufgrund von unumgänglichen Verschiebungen in der Nummerierung, beispielsweise bei Artikel 18 KVG, Verordnungen und erläuternde Dokumente, welche Verweise auf diesen Artikel 18 enthalten, angepasst und neu aufgelegt werden müssten. Da im Rahmen der Diskussionen über die Aufsicht keine Totalrevision des KVG möglich ist, können diese Strukturprobleme heute nicht behoben werden.

Nicht zuletzt deshalb hat die Kommission die Totalintegration mit 15 zu 9 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt. Bitte unterstützen Sie die Mehrheit.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: La première minorité de Courten vous propose de renvoyer le projet à la commission afin d'intégrer les principales dispositions de ce projet dans la loi sur l'assurance-maladie. Certaines d'entre elles sont mentionnées mais il apparaît clairement que les dispositions concernant les frais administratifs et le contrôle interne ne devraient pas être comprises dans cette proposition de renvoi. La commission s'est posé la question suivante: trouvez-vous normal que la FINMA ait plus de compétences pour surveiller les assurances complémentaires que l'OFSP n'en a pour surveiller l'assurance de base? La majorité de la commission a répondu clairement non.

Grâce à cette loi, la FINMA et l'OFSP pourront procéder à des échanges d'informations afin de s'assurer qu'il n'y a pas de transferts financiers entre l'assurance de base et les assurances complémentaires. Grâce à cette loi, l'OFSP pourra s'assurer que les primes payées dans un canton correspondent bien aux coûts de ce canton afin que l'exemple des Vaudois et des Genevois, qui ont payé des primes plus élevées parce que les Bernois avaient des primes trop basses, ne puisse plus se reproduire. Ce parce que l'OFSP pourra intervenir et demander à ce que les primes soient non seulement augmentées mais aussi abaissées afin de correspondre aux coûts du canton. L'OFSP pourra aussi refuser d'approuver une prime lorsque les réserves sont trop élevées. De cette manière, il pourra obliger l'assurance-maladie à baisser les primes en puisant dans les réserves. Cette loi assurera aussi plus de transparence sur les frais de publicité, sur le coût des intermédiaires et sur la rémunération des dirigeants. Si vous votez la minorité de Courten, cette partie-là de la loi ne sera pas reprise.

Cette loi impose aussi des règles de bonne gouvernance, en exigeant par exemple un contrôle interne efficace. Là aussi, si vous votez la minorité de Courten, cette disposition ne sera pas reprise.

Grâce à cette loi, en cas de nécessité, l'OFSP pourra bloquer des comptes, révoquer la direction, déléguer un tiers indépendant avec des tâches précises. Dans cette loi le montant des amendes est augmenté.

Comme vous le voyez, cette loi apportera plus de surveillance, plus de transparence, plus de confiance.

La commission a étudié cette loi. La renvoyer à la commission pour que le travail se fasse encore une fois n'est pas utile, au contraire, c'est une perte de temps. La minorité de Courten, demandant le renvoi à la commission, vise à réduire la transparence et les règles de gouvernance. Pour cette raison, la commission vous recommande, par 16 voix contre 6 et 3 abstentions, de rejeter la proposition de renvoi défendue par la minorité de Courten.

La minorité I (de Courten) vous propose de reprendre l'ensemble des dispositions de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie – que vous trouvez dès les premières pages et jusqu'à la page 45 du dépliant –, et de les déplacer dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. A l'origine, c'est une demande de la commission, puisque la majorité voulait intégrer les dispositions de la LSAMal dans la LAMal. Pour ceci, Monsieur le conseiller fédéral Berset vous l'a expliqué, il y avait deux solutions. Soit nous renumérotions entièrement la LAMal, ce qui aurait obligé par exemple les cantons à modifier entièrement leur loi d'application afin de renuméroter les renvois à la LAMal et aurait également obligé tous les praticiens – les



hôpitaux et la Fédération des médecins suisses – à renuméroter leurs propres directives afin que les renvois de leurs directives à la LAMal correspondent à la nouvelle numérotation. C'est donc un travail bureaucratique important, auquel la commission a renoncé. L'autre option consistait à introduire les dispositions de la LSAMal aux articles 11 à 13. Cet exercice a été fait – nous le voyons dans le dépliant aux pages 46 et suivantes –, à savoir d'introduire toutes les dispositions 1 à 60 de la LSAMal dans la LAMal. J'aimerais ici, au nom de la commission, remercier l'administration qui s'est pliée à cet exercice fastidieux visant à nous montrer, noir sur blanc, ce que l'introduction de ces articles dans la LSAMal signifie.

Au sein de la commission, certains ont toujours été persuadés qu'il valait mieux avoir deux lois séparées, à l'instar de la surveillance des assurances privées pour laquelle il existe deux lois, à savoir une loi sur le fond et une loi sur la surveillance. D'autres préféreraient l'intégration de la LSAMal dans la LAMal. Cette partie-là de la commission, si elle avait pu rédiger à l'origine la LAMal – c'est-à-dire si on nous avait proposé, il y a quinze ans, de rédiger la LAMal et la LSAMal –, aurait certainement préféré une seule loi clairement numérotée.

Cependant, cette partie de la commission doit bien se rendre compte, en consultant les pages 46 et suivantes, que cette numérotation des articles – articles 12n, 12ebis par exemple – entraîne beaucoup de problèmes techniques, notamment des risques que l'on se trompe dans les références et dans les renvois. Après avoir assisté à l'exercice fait par l'administration, cette partie de la commission a estimé, à cause de ces difficultés techniques, qu'il ne valait pas la peine d'intégrer ces articles dans la loi sur l'assurance-maladie et qu'il était préférable d'adhérer à la décision du Conseil des Etats et de conserver deux lois: une loi sur le fond, c'est-à-dire la loi sur l'assurance-maladie, et une loi sur la surveillance de l'assurance-maladie.

C'est pour cette raison que la commission, par 15 voix contre 9 et 1 abstention, vous propose de rejeter la proposition défendue par la minorité I (de Courten) qui prévoit l'intégration des 60 articles de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie dans la loi sur l'assurance-maladie.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Gerne spreche ich zwei Gratulationen aus: Heute haben unsere Kollegin Valérie Piller Carrard und unser Kollege Luzi Stamm Geburtstag. Herzliche Gratulation!

Ein weiterer Glückwunsch geht an unsere Kollegin Ada Marra. Sie ist seit gestern verheiratet. Herzliche Gratulation! (*Beifall*)

Wir stimmen nun über den Rückweisungsantrag der Minderheit de Courten ab.

AB 2014 N 1351 / BO 2014 N 1351

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10631)

Für den Antrag der Minderheit ... 40 Stimmen

Dagegen ... 144 Stimmen

(1 Enthaltung)

Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale

Detailberatung – Discussion par article

Art. 1–59, Ziff. 2

Antrag der Minderheit I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Streichen (siehe Anträge zum KVG)

Art. 1–59, ch. 2

Proposition de la minorité I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Biffer (voir les propositions à la LAMal)

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Wir stimmen nun über das Konzept der Minderheit I ab.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10632)





Für den Antrag der Minderheit I ... 55 Stimmen
Dagegen ... 129 Stimmen
(1 Enthaltung)

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 1

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Abs. 1 Bst. b

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 1

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Al. 1 let. b

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die Diskussion und die Abstimmung gelten auch für die Anträge der Minderheit Fehr Jacqueline zu den Artikeln 43, 43a und 44 bis 46 sowie für den Antrag der Minderheit Rossini zu Artikel 56 Absatz 1 Buchstabe a.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Ich beantrage Ihnen, hier dem Bundesrat zu folgen. Auf Antrag von Ständerat Gutzwiller wurden dem Gesetz die Schneidezähne gezogen. Die Mehrheit der Kommission ist dieser Logik der Versicherungsgruppen gefolgt. Damit schwächen Sie das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz in einem ganz entscheidenden Punkt.

Worum geht es? Als vor achtzehn Jahren das KVG in Kraft trat, wurden die damaligen Krankenkassen einfach Krankenkassen. Viele waren quasi als Dorfvereine geführt, andere waren Unternehmen angeschlossen. Heute sind 34 der 61 Krankenversicherungen in Gruppen organisiert. Viele dieser Gruppen umfassen verschiedene Krankenkassen, aber auch Zusatzversicherungen, Taggeldversicherungen, Pensionskassen, Hausratversicherungen oder weitere Dienstleistungsunternehmen. Die Tendenz, verschiedene Versicherungen und Dienstleistungsunternehmen in Gruppen zusammenzuschliessen, nimmt zu. Es ist damit zu rechnen, dass solche Konzerne schon bald der Standard sein werden. Diese Versicherungsgruppen werden heute weder von der Finma noch vom BAG, noch von sonst einer Aufsichtsbehörde kontrolliert. Sie agieren im kontrollfreien Raum zwischen den internationalen Versicherungskonzernen, die der Finma unterstellt sind, und den einzelnen Krankenkassen, die als isolierte Unternehmen vom BAG gemäss dieser Vorlage besser kontrolliert werden sollen.

So soll es nach dem Willen des Ständerates und der Mehrheit der Kommission auch bleiben. Das ist aus meiner Sicht komplett unverständlich und widerspricht grundsätzlich den Interessen der Versicherten. Der lauwarmer Kompromiss des Ständerates im 6. Kapitel überzeugt nicht. Dort soll das BAG zwar die Kompetenz erhalten, alle Geschäftsbeziehungen zu kontrollieren, die innerhalb einer Gruppe direkt mit einer Krankenkasse



zu tun haben, aber all die anderen Geschäftsbeziehungen, Transaktionen und Verträge sind nach dem Willen des Ständerates nach wie vor im kontrollfreien Raum.

Weshalb ist dies nicht im Interesse der Versicherten? Angenommen, eine Versicherungsgruppe führt nebst ein paar Krankenkassen auch noch ein paar andere Dienstleistungsunternehmen, darunter auch Pensionskassen. Zwar kann das BAG künftig darauf schauen, dass keine direkten Quersubventionierungen zwischen solchen Einheiten und der Krankenkasse vorkommen. Das BAG kann aber nicht sicherstellen, dass es nicht indirekt zu Quersubventionierungen kommt, indem solche zuerst zwischen den Nicht-Krankenkassen-Unternehmensanteilen arrangiert werden und damit bereits eine verfälschte Ausgangslage im Vertrag mit der Krankenkasse erscheint.

Ein zweites Beispiel: gute Unternehmensführung. Das BAG kann zwar künftig verhindern, dass jemand ohne ausreichende Fachkunde eine Krankenkasse führen kann. Das BAG kann aber nicht verhindern, dass dieselbe Person andere Gruppenunternehmen führt und dadurch die gesamte Gruppe, inklusive Krankenversicherungen, in Gefahr bringt.

Drittes Beispiel: Das BAG soll künftig Vorgaben für das Risikomanagement machen können. Es kann aber keine Vorgaben an Gruppenmitglieder machen, die nur indirekt etwas mit einer Krankenkasse zu tun haben. Ist ein solches anderes Unternehmen aber beispielsweise eine Pensionskasse, die sich massiv verzockt, hängt die Krankenkasse mit drin.

Die heute kontrollfreien Unternehmen wehren sich mit Händen und Füßen gegen die Gruppenaufsicht. Auch hier die Frage: Was haben sie wohl zu verstecken? Es kann doch nicht sein, dass ein ganzer Unternehmenszweig, nämlich Versicherungsgruppen mit ausschliesslich inländischen Aktivitäten, ohne jegliche Kontrolle geschäften kann.

Ich habe es vorhin ausgeführt: Es gibt nun weiss Gott gute und ausreichende Gründe, dem Konzept des Bundesrates zu folgen. Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, dies auch zu tun.

Kessler Margrit (GL, SG): Artikel 1 des KVAG bezweckt den Schutz der Versicherten. Die Mehrheit möchte, dass die Versicherungsgruppen dem Gesetz nicht explizit unterstellt werden und somit nicht beaufsichtigt werden können. Uns Grünliberalen ist das unverständlich. Es kann nicht sein, dass den Krankenversicherungen die Möglichkeit gegeben wird, sich intern in Gruppen zu organisieren und sich damit der spezifischen Krankenversicherungsaufsicht zu entziehen.

AB 2014 N 1352 / BO 2014 N 1352

Endlich verfügen wir über einen verfeinerten Risikoausgleich und hoffen, dass dieser eine entsprechende Beruhigung in die Bevölkerung bringen wird. Mit der Streichung der Versicherungsgruppen aus dem Aufsichtsgesetz öffnen wir die nächste Tür zu möglichen Geschäftspraktiken, z. B. zur internen Risikoselektion, die durch den Bundesrat nicht kontrolliert werden können. Das wird das Unverständnis in den Reihen der Versicherten wieder entfachen. Wir sollten dieses Aufsichtsgesetz nicht auf der Basis des Vertrauens machen: Wir müssen an mögliche Missbräuche in der Zukunft denken und alles daransetzen, sie zu verhindern.

Wir Grünliberalen werden im Interesse der Versicherten die Minderheit Fehr Jacqueline unterstützen.

Humbel Ruth (CE, AG): Was sind Krankenkassen, und was ist das Ziel dieses Gesetzes? Beide Fragen werden im Gesetz selber beantwortet. In Artikel 1 Absatz 2 wird der Zweck des Gesetzes definiert, der darin besteht, die Interessen der Versicherten nach dem KVG zu schützen, indem insbesondere die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung sowie die Solvenz der Versicherer gewährleistet werden. Gemäss Artikel 2 Absatz 2 des Gesetzes sind Krankenkassen juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem KVG durchführen.

Jede Person ist bei einer Krankenkasse versichert, und die Krankenkassen werden überprüft: der obligatorische Teil der Krankenpflegeversicherung vom BAG und der Zusatzversicherungsbereich von der Finma. Was ist also der Mehrnutzen für die Versicherten, wenn das BAG auch noch Gruppen überprüft? Jede einzelne Krankenkasse muss überprüft werden. Die Summe der Krankenkassen ergibt ja bekanntlich die Gruppe, und wenn die einzelnen Mitglieder der Gruppe überprüft werden, dann ist das in sich stimmig, zumal ja das BAG in den anderen Bereichen nicht tätig ist. Das BAG kann nicht die Pensionskassenanteile oder die Mobilversicherungen überprüfen. Wir bräuchten im Sozialversicherungsbereich eine unabhängige Aufsichtsbehörde, die alle Sozialversicherungen überprüft, wenn bereichübergreifend geprüft werden soll, wie es einmal angedacht war. Wir hatten verschiedene Vorstösse, um analog zur Finma eine Aufsichtsbehörde für die Sozialversicherung zu schaffen. Diese Idee wurde aber abgelehnt. Wir haben daher den obligatorischen Bereich der Krankenversicherung weiterhin unter der Aufsicht des BAG. Was ist also der Mehrnutzen für die Versicherten, wenn



das BAG auch noch die Gruppen der Krankenkassen überprüft? Wir sehen keinen.

Eine Gruppenaufsicht ist nicht nötig; sie wäre eine massive Überregulierung, weil sie den Versicherten keinen Mehrwert bringt, sondern nur eine bürokratische Zusatzbelastung, welche Kosten verursacht und finanziert werden muss. Unser System genügt den Anforderungen, auch wenn gelegentlich, wie vorhin in der Debatte über die Rückweisung, verschiedene Skandale bemüht werden. Da muss man einfach festhalten, dass keine einzige Person zu Schaden gekommen ist; alle haben den Versicherungsschutz. Mit dem Obligatorium und mit dem freien Kassenwechsel ist unser System so aufgebaut, dass kein Mensch zu Schaden kommt, und es ist ja das Ziel dieses Gesetzes, den Schutz der Versicherten zu verstärken.

Die CVP/EVP-Fraktion kann dieser zusätzlichen Regulierung nichts abgewinnen, wir werden der Mehrheit folgen.

de Courten Thomas (V, BL): Auch wir bitten Sie, hier dem Ständerat zu folgen. Frau Fehr hat ja eindrücklich dargelegt, wie komplex die Strukturen im Versicherungswesen sein können. Genau diesem Umstand hat der Ständerat bei seiner Korrektur der Bundesratsfassung Rechnung getragen.

Wenn wir hier zusätzlich zu den Krankenkassen, den privaten Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstehen, den Rückversicherern und den gemeinsamen Einrichtungen nach Artikel 18 KVG auch noch die Versicherungsgruppen regulieren würden, würde dies zu Doppelspurigkeiten und Unklarheiten führen. In den Materialien ist für die Kommission auch klar ersichtlich gewesen, wie die einzelnen Aufsichtsfunktionen im Privatversicherungsbereich und in der obligatorischen Grundversicherung heute geregelt sind und dass da keine Lücken bestehen, die geschlossen werden müssten.

Der Ständerat hat das Konfliktpotenzial zwischen Finma und BAG ausführlich dargelegt und austariert und deshalb entsprechende Korrekturen vorgenommen. Dieses Konfliktpotenzial ergäbe sich automatisch, wenn das BAG zusätzlich in einer Gruppe mitbestimmen und Vorschriften zur Überwachung gruppeninterner Vorgänge, zum Risikomanagement, zu internen Kontrollsystemen, zur gruppenweiten Risikokonzentration usw. erlassen würde. Das wäre eine Doppelspurigkeit erster Güte, ein klares Exempel der Überregulierung, die bei diesem Gesetz angestrebt wird.

Ich bitte Sie, hier dem Ständerat zu folgen.

van Singer Christian (G, VD): Voici un bel exemple de ce qu'il ne faut pas faire. Nous savons que des problèmes se posent au sein des groupes d'assurance et pas seulement pour chaque assurance prise séparément. Il faut éviter, dans l'intérêt des assurés, qu'il y ait des financements croisés indirects; il faut éviter que des comportements hasardeux d'une des entités du groupe mettent aussi en danger la caisse-maladie opérant dans l'assurance de base. Pour cela, il faut également une surveillance des groupes.

C'est pour cela que le groupe des Verts vous demande de suivre la minorité Fehr Jacqueline à l'article 1 alinéa 1 lettre b et aux articles 43 à 46.

Schenker Silvia (S, BS): Durch die Diskussion zum Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung zieht sich etwas wie ein roter Faden: Es gab und gibt einen Kampf um die Grundsatzfrage, ob das Bundesamt für Gesundheit mehr Kompetenzen und griffigere Instrumente erhalten soll, um die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung wahrnehmen zu können, oder eben nicht. Wie intensiv der Kampf in der Kommission geführt wurde, konnten Sie vorhin hören, als es um die Frage der Integration ins KVG ging. Auch bei diesem Artikel hier geht es wieder um diesen Grundsatz.

Die SP-Fraktion ist mit der Minderheit einig, dass die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung nur griffig ist, wenn das BAG auch die Kompetenz erhält, die Gruppen zu beaufsichtigen. In der Kommission wurde aus unserer Sicht sehr klar aufgezeigt, dass das BAG hier zusätzliche Kompetenzen braucht, damit die Aufsicht wirklich greifen kann. Insbesondere sei es notwendig, dass Vorschriften erlassen werden können, sonst sei die Aufsicht sehr viel aufwendiger und darum nicht so effektiv.

Im Ständerat wurde die Befürchtung geäußert, dass es zu Kompetenzkonflikten mit der Finma kommen könnte, die für den Bereich der Zusatzversicherungen zuständig ist. Wir folgen auch in diesem Punkt der Argumentation des Bundesrates und der Verwaltung: Weil klar geregelt sei, dass die Finma für die Zusatzversicherungen und das BAG für die soziale Krankenversicherung zuständig ist, komme es nicht zu den befürchteten Konflikten.

Was wir heute im Laufe des Morgens hier noch diskutieren werden, kommt alles sehr technisch daher. Vermutlich wird sich ausserhalb dieser Mauern niemand gross für das Geschäft interessieren ausser der Versicherungslobby. Dabei müsste uns die Bevölkerung gerade jetzt genau auf die Finger schauen. Wir regeln hier die Aufsicht über ein Milliardengeschäft – darum geht es nämlich! Im Jahr 2011 wurden im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung 26,2 Milliarden Franken umgesetzt.



Es ist eigentlich erstaunlich, wie lange wir zugelassen haben, dass das BAG diese Aufsicht ohne griffige Instrumente ausübte. Ehrlich gesagt bin ich immer noch in Sorge darum, ob es uns wirklich gelingen wird, die Substanz des Gesetzes in beiden Räten durchzubringen.

Ich bitte Sie namens der SP-Fraktion, die Minderheit Fehr Jacqueline zu unterstützen und damit klarzustellen, dass das BAG die Kompetenz erhält, auch die Gruppe als Ganzes

AB 2014 N 1353 / BO 2014 N 1353

zu beaufsichtigen und diese damit zur Auskunft zu verpflichten.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je vous invite, au nom du Conseil fédéral, à soutenir la proposition de la minorité de votre commission. Il paraît effectivement important de pouvoir surveiller les groupes d'assurance. Depuis quinze ou seize ans, le monde des assurances a beaucoup évolué. Alors que c'était un phénomène presque inexistant il y a une dizaine d'années, aujourd'hui, la plupart des assureurs-maladie font partie d'un groupe. Il faut dire ici également que la FINMA ne surveille aucun groupe qui pratique l'assurance-maladie. Il faut que l'autorité de surveillance puisse avoir connaissance des liens, des transactions, des flux financiers entre les caisses-maladie et les autres membres du groupe, d'autant plus que, souvent, des décisions sont prises par les dirigeants de holdings, qui eux-mêmes ne siègent pas à la direction de la caisse-maladie tout en ayant une influence sur l'ensemble de la caisse-maladie. Il faut donc que l'autorité de surveillance puisse connaître la structure des groupes.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline.

Il convient de remarquer qu'avec la décision du Conseil des Etats, suivie par la majorité de votre commission, on n'aurait qu'un accès indirect à ces éléments inhérents aux groupes. L'autorité de surveillance ne pourrait pas contrôler le groupe comme entité autonome ni contrôler sa structure organisationnelle. Il faudrait agir à partir de l'assureur-maladie et examiner les flux qui en sortent. Ce n'est pas irréalisable, mais c'est un peu plus compliqué et moins transparent que le projet du Conseil fédéral que je vous invite à adopter.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Heute bestehen einerseits kleine Versicherungen, die sich alleine auf dem Markt bewegen, und es existieren andererseits grosse Versicherungen, die sich als Gruppe organisieren. Es besteht die Möglichkeit, dass sich Krankenversicherungen künftig vermehrt neu organisieren und zu Gruppen zusammenschliessen. Es können sich aber auch ganz neue, heute noch nicht existierende Gebilde entwickeln. Krankenversicherer können Teil grösserer anderer Wirtschaftszweige werden. Die SGK hat das Beispiel diskutiert, dass eine Privatspitalgruppe eine Krankenversicherung aufkaufen könnte. Dort würde entsprechend dann auch das Gruppensystem überprüft.

Der Bundesrat fordert, dass eine umfassendere Definition der Gruppe gewählt wird und dass man sich nicht auf die Ebene der Einzelbeziehungen zu Versicherungen beschränkt, wie es der Ständerat beschlossen hat. Die Minderheit beantragt, auf die Version des Bundesrates zurückzukommen, welche die Gruppenaufsicht mit umfasst, und damit den Zugriff auf die Unternehmensgruppe zu stärken – dies auch, weil die Tendenz dahin geht, dass die Unternehmen komplexer und nicht einfacher werden. Wenn eine Krankenversicherung ein kleiner Teil in einem grösseren Unternehmensnetz ist, reiche es nicht, diesem Teil Sorgfaltspflichten auferlegen zu können, wenn dieser relativ kleine Teil durch das Handeln der Gesamtunternehmung in Gefahr gerät. Es geht aber auch um das Verhältnis zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und der Finma. Das BAG ist zuständig für die Aufsicht über die Einzelversicherungen, die Finma überwacht die Versicherungsgruppen. Es geht also um die Frage, inwiefern das BAG von der Finma gewisse Überprüfungen einfordern kann, um zu ermöglichen, dass die notwendige und gewünschte Stabilität auch gewährleistet wird. Die Version des Bundesrates bietet den Versicherten somit einen umfassenderen Schutz.

Für die Mehrheit der SGK sind all dies jedoch keine schlagkräftigen Argumente, um die Aufsicht, wie vom Bundesrat vorgesehen, auf Versicherungsgruppen auszuweiten. Sie lehnt weitere Eingriffe in die Unternehmensfreiheit ab, und sie ist nicht bereit, Eingriffe in den leider sehr bescheidenen Wettbewerb im Bereich der Krankenversicherung zu ermöglichen oder zu rechtfertigen.

Die Kommission lehnt deshalb die Ausdehnung der Aufsicht auf die Versicherungsgruppen mit 14 zu 9 Stimmen bei 2 Enthaltungen ab.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: La majorité de la commission ne souhaite pas de double contrôle. Il appartient à la FINMA de surveiller les assurances pratiquant l'assurance complémentaire et à l'OFSP de surveiller les assurances pratiquant l'assurance de base. Grâce à l'article 33 alinéa 5, la FINMA et l'OFSP pourront procéder à des échanges d'informations et la somme des contrôles menés sur les assureurs individuels membres d'un groupe garantira que la surveillance fonctionne.



De même, le Conseil des Etats a rajouté un article 43a sur la surveillance, qui complète l'article 33 alinéa 5, dans lequel figure aussi le fait que l'OFSP pourra obtenir des informations pour vérifier les transactions entre l'assurance-maladie sociale et d'autres entreprises du même groupe – on peut penser par exemple à une entreprise qui fait de la facturation ou qui propose des services comme du secrétariat à une autre entreprise du groupe. Avec ces articles-là – l'article 33 alinéa 5, qui concerne les échanges d'informations avec la FINMA, l'article 43a, qui permet de vérifier les transactions avec d'autres entreprises du groupe et l'article 43a alinéa 5, qui permet à l'OFSP d'obtenir des informations de la holding –, l'OFSP aura la possibilité de surveiller tous les transferts financiers qui pourraient partir de l'assurance de base vers une complémentaire ou vers une autre entité du groupe. Grâce à ces deux articles, la vérification qui pourra être faite sera complète. C'est pour cela que, par 14 voix contre 9 et 2 abstentions, la commission vous recommande de rejeter la proposition défendue par la minorité Fehr Jacqueline et d'adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10633)

Für den Antrag der Mehrheit ... 115 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 76 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 2, 2a, 3–12

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 13

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

... der Reserven bzw. der Solvenz. Dieses basiert auf den durch den Versicherer im gesamten Tätigkeitsbereich eingegangenen ...

Art. 13

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

... des réserves ou de la solvabilité. Celui-ci ... auxquels l'assureur est exposé pour l'ensemble de ses activités.

Angenommen – Adopté

Art. 14

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

AB 2014 N 1354 / BO 2014 N 1354

Art. 14a

Antrag der Minderheit

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert)



*Titel*

Prämienunterschied

Abs. 1

Der Prämienunterschied zwischen den einzelnen Kassen in einem Kanton oder in einer Region darf für eine Prämienkategorie 20 Prozent nicht übersteigen.

Abs. 2

Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Umsetzung.

Art. 14a*Proposition de la minorité*

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert)

Titre

Ecart de prime

Al. 1

L'écart de prime entre les caisses, au sein d'un même canton, d'une même région et pour une même catégorie de prime, ne peut dépasser 20 pour cent.

Al. 2

Le Conseil fédéral règle les modalités d'application.

Rossini Stéphane (S, VS): Ma proposition de minorité aborde un problème particulier, relativement précis, qui concerne le niveau d'écart de prime entre les assurances pour les différentes catégories de primes dans les cantons et les régions. Cette proposition suggère un plafond d'écart de prime à hauteur de 20 pour cent. Vous le savez, nous en avons déjà débattu à plusieurs reprises dans cette salle, les primes par tête varient pour chaque canton et à l'intérieur de chaque canton pour chaque caisse-maladie. Il en résulte une situation à la fois complexe, peu transparente et, qui plus est, très injuste pour les citoyens. Cette situation pose donc des problèmes de justice sociale et d'équité, mais aussi de bonne gouvernance. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé de reprendre cette problématique dans la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale.

En effet, à l'intérieur d'un même canton, pour une offre de prestations de soins et des pratiques tarifaires identiques, il n'est pas justifié que des écarts de prime soient extrêmement importants. On observe qu'entre les primes minimales et les primes maximales, on atteint souvent des écarts de 40 à 60 pour cent dans certaines régions, voire dans certains cantons de 90 pour cent ou simplement du double. De plus, les variations annuelles de prime dans chaque canton, selon les caisses, se caractérisent par des écarts eux aussi importants, qui sont à la fois inacceptables et incompréhensibles pour les assurés puisque l'évolution des coûts est pourtant identique pour l'ensemble des caisses-maladie qui pratiquent dans un canton. Par conséquent, les résultats de répartition sont fort différents entre les cantons et les caisses, ce qui amène les assurés de certains cantons à payer des primes trop ou pas assez élevées, avec ou sans possibilité de correction, ce que nous allons décider tout à l'heure.

Pour réduire ces inégalités de traitement, pour réduire les injustices qui sévissent entre les assurés, de même que les risques et les conséquences de primes payées en trop ou en insuffisance, il faut que nous agissions par le biais d'une régulation de l'écart de prime. Fixer un écart maximum de prime dans chaque canton par le biais de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale a donc, à notre avis, du sens, quand bien même on pourra nous dire que, dans une perspective de concurrence, ce n'est pas très cohérent. Mais, on l'a vu, cette concurrence ne peut fonctionner que si on l'accompagne d'un certain nombre de dispositions qui prévoient une régulation.

Très concrètement, en vertu de cette proposition, le Conseil fédéral ne pourrait plus tolérer un écart de prime de plus de 20 pour cent entre la prime la plus basse et la plus élevée, ceci valant pour toutes les caisses pratiquant dans un même canton.

Comme nous l'avons déjà évoqué en traitant la motion 13.3179, "Primes LAMal. Fixation d'un écart maximum dans chaque canton", en juin dernier, cette proposition s'inscrit dans une perspective de régulation de l'assurance-maladie, qui a la particularité en Suisse d'intervenir dans un système de concurrence, ce qui est d'ailleurs assez singulier dans un système de protection sociale pour avoir fait l'objet de remarques de la part de l'OCDE. La bonne gouvernance du système ne devrait donc pas tolérer des écarts trop élevés, à la fois pour des questions de transparence et de limitation des effets pervers ou particuliers liés par exemple aux réserves, à la compensation des risques ou aux primes marketing qui influent sur la détermination des différentes primes cantonales et régionales.



A l'avenir, il ne faut plus que les primes par tête continuent de varier de manière incompréhensible, selon les caisses, selon les types de primes, selon les différentes catégories de polices d'assurance. On ne peut plus expliquer à la population un écart de prime qui varie parfois du simple au double; on ne peut plus lui expliquer un écart dans l'évolution annuelle sans aucun lien avec l'évolution des coûts.

Par conséquent, je vous propose, sur ce point aussi, de fixer un cadre afin d'introduire une régulation et de soutenir ma proposition de minorité.

Humbel Ruth (CE, AG): Herr Rossini will die Prämienunterschiede in einer Region pro Prämienkategorie auf 20 Prozent begrenzen. Dieser Antrag will folglich den politischen Einfluss auf die Prämien verstärken. Mit dem KVAG wollen wir aber genau das Gegenteil erreichen, nämlich die Entpolitisierung des Prämienfestsetzungssystems zugunsten einer rein versicherungsmathematischen Beurteilung. Die Prämien sind nämlich eine versicherungsmathematische Grösse und haben sich nach den Kosten im Kanton, den Risiken des Versicherungskollektivs und weiteren Faktoren wie Risikoausgleich und Reserven zu richten. Das ist jedenfalls das Ziel des KVAG und namentlich in Artikel 15 Absatz 3 definiert. Eine politisch festgesetzte Grösse steht im Widerspruch zu dieser Zielsetzung des KVAG und steht natürlich auch den versicherungsmathematischen Faktoren entgegen.

Die Prämienregionen werden vom BAG kantonsweise festgesetzt oder noch regional abgestuft. Daran haben sich die Krankenversicherer zu halten. Bei der Prämiengestaltung wollen wir hingegen einen gewissen Wettbewerb unter den Versicherern und keine staatlich vorgegebenen Maximalwerte bezüglich der Unterschiede. Man muss sich auch vorstellen, zu welcher Überregulierung eine solche Limite führen würde. Die verschiedenen Krankenversicherer haben in den verschiedenen Regionen sehr unterschiedliche Versicherungsmodelle: Man kann unterschiedlich hohe Franchisen wählen, man kann Hausarztssysteme wählen, Managed-Care-Systeme, man kann diese Möglichkeiten kombinieren, entsprechend muss eben eine Prämiengestaltung nach versicherungsmathematischen Regeln möglich sein.

Die CVP/EVP-Fraktion wird der Mehrheit folgen. Wir bitten Sie, diesen Minderheitsantrag abzulehnen und keine solche Überregulierung ins Gesetz aufzunehmen.

Steiert Jean-François (S, FR): Innerhalb eines Kantons variieren die Prämien heute für die gleichen Leistungen um bis zu 100 Prozent. Das heisst, dass ein Versicherter für die genau gleiche Leistung, die im KVG definiert ist, möglicherweise das Doppelte seines Nachbarn bezahlen muss, obwohl wir uns in einem Bereich regulierter Preise befinden. Das ist eigentlich absurd. Die im Bereich des Risikoausgleichs sowie auch des vorliegenden Gesetzes getroffenen und vorgesehenen Massnahmen sollten das Ausmass dieser Absurdität zwar etwas reduzieren, doch bleiben weiterhin Unterschiede möglich, die sich im System der obligatorischen Krankenversicherung gegenüber den Versicherten nicht rechtfertigen lassen.

Natürlich ist es jedem Versicherten überlassen, seine Kasse bei hohen Prämien zu verlassen. Allerdings ist das ein relativ theoretischer Ansatz, wenn man weiss, dass in der Praxis

AB 2014 N 1355 / BO 2014 N 1355

zwar jährlich 500 000 bis 1 Million Versicherte den Versicherer wechseln, dass diese Wechsler aber, wie man feststellt, wenn man genauer hinschaut, im Grossen und Ganzen tendenziell eher männlich, tendenziell eher jung und tendenziell eher gesund sind; das heisst, ältere, kranke Frauen kommen eher wenig vor. Das Ganze ist nicht ausgeglichen. Warum? Weil die theoretische Möglichkeit des Wechsels zwar da ist, aber für Versicherte mit Zusatzversicherungen Komplikationen auftreten, die den Wechsel eher erschweren, und vor allem auch, weil einzelne Versicherer alles Erdenkliche unternehmen, um Versicherte von Wechseln abzuhalten. Man konnte in den Medien vor Kurzem wieder lesen, wie weit hier die Kreativität der Krankenversicherer zum Teil geht.

Die von der Minderheit beantragte maximale Spannweite von 20 Prozent entspricht zwar nicht ganz wissenschaftlichen Kriterien und ist auch nicht ganz systemkohärent bis zum letzten Komma, doch sie bringt mit etwa 60 Franken Unterschied bei einer Prämie von 300 Franken schon einen erheblichen Spielraum für die verschiedenen Leistungen im Bereich der Verwaltung oder der Behandlungen, die die Versicherer in einem Kanton anbieten können, ohne dass sie KVG-konform Änderungen bei den Leistungen ausweisen müssen. Die Spannweite von 20 Prozent hätte den grossen Vorteil, bereits vorsorglich gegen allzu inhomogene Risikogruppen zu wirken und damit den von den Risikoausgleichsregeln verfolgten Zweck der Angleichung zu beschleunigen. Diese Massnahme, die wir heute treffen können, geht in die Richtung der Massnahmen, die wir bereits bei einer früheren Gesetzesberatung hier getroffen haben, und verstärkt letztere konsequent.

In diesem Sinne bitte ich Sie, die Minderheit Rossini zu unterstützen.



de Courten Thomas (V, BL): Die Argumentation von Herrn Rossini zu seinem Minderheitsantrag ist nicht schlüssig. Ich mache deshalb beliebt, diesen Antrag abzulehnen.

Mich stört insbesondere, dass die 20-Prozent-Regelung, die eingeführt werden soll, eine rein willkürliche, rein politische ist. Frau Humbel hat ausgeführt, dass wir die Aufsicht in fachlicher, aber nicht in politischer Hinsicht stärken möchten. Hierin erkennen wir eine klare Überregulierung und einen Eingriff in den unternehmerischen Gestaltungsfreiraum der Versicherer. Dies wäre wieder ein Eingriff, der einen Schritt mehr zur Vereinheitlichung, Nivellierung und Gleichstellung bringen würde. Die Praxis ist anders. Dies zeigen Beispiele, in denen dank Versicherungsmodellen wie HMO- oder Managed Care bei den Versicherungskosten mehr als 20 Prozent eingespart werden können, wenn gleichzeitig auch hohe Wahlfranchisen zur Anwendung gelangen. Weiter müssten die Versicherungsmodelle auch noch einem Quervergleich unterstellt werden. Zwei verschiedene Versicherer mit zwei unterschiedlichen Wahlmodellen müssten irgendwie korrekt miteinander verglichen werden können. Dies ist in der Praxis fast nicht kohärent möglich, weil die Versicherer eben auch die Freiheit haben sollen zu innovativen Versicherungsmodellen, zu einer gewissen Kreativität, immer zugunsten des Angebots kostensenkender Versicherungsmodelle.

Der Antrag der Minderheit Rossini wäre ein zusätzlicher administrativer, hoheitlicher und bürokratischer Eingriff, der weder im Interesse der Solvenzsicherung noch im Interesse der Versicherten ist. Ich bitte Sie, den Antrag abzulehnen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die grünliberale Fraktion lehnt den Antrag der Minderheit ab.

Cassis Ignazio (RL, TI): La logique de la minorité Rossini est tout à fait compréhensible. Elle serait même correcte dans un système de santé nationale à l'anglaise de style "Beveridge", elle y aurait toute sa place. Mais nous sommes dans un système d'assurance, un système de type "Bismarck". Nous sommes d'avis que ce système a fait ses preuves: il n'y a pas de listes d'attente; la population est bien soignée. On a un problème de coûts et de primes, mais tous les pays ont un problème de coûts et de primes, indépendamment du système d'organisation des soins.

Dès lors, Monsieur Rossini, pourquoi tout à coup parler d'un écart dans le montant des primes de 20 pour cent entre les caisses-maladie? Et pourquoi pas d'un écart 25 pour cent? Ou de 15 pour cent? C'est un chiffre totalement arbitraire; c'est un chiffre politique.

Das ist eine politisch definierte Zahl, wie das auch gesagt worden ist. Warum brauchen wir überhaupt eine politische Zahl? Kollege Steiert hat gesagt, dass es für die genau gleiche Leistung nicht grosse Preisunterschiede geben dürfe. Aber, Herr Kollege Steiert, auch Sie wissen doch, dass es eben nicht die genau gleichen Leistungen sind – das sind die Töne, die wir jetzt im Rahmen der Debatte über die Einheitskasse immer wieder hören –, es sind eben nicht die gleichen Leistungen. Die Versicherer unterscheiden sich, indem sie eben andere Leistungen anbieten. Schauen Sie einmal, welche Versicherungsprodukte es gibt. Sie gehören ja zu denen, die sagen, dass diese Produkte beibehalten werden sollen, wenn es zu einer Einheitskasse kommt; Sie sagen aber auch, dass 300 000 zu viel seien. Wenn wir aber verschiedene Produkte haben – verschiedene Leistungen, unterschiedliche Franchisen, telemedizinische Modelle, integrierte Versorgung –, dann sind natürlich auch die Preise für solche Leistungen unterschiedlich; dann soll es auch nicht erstaunen, dass es Preisunterschiede gibt.

Ich bin der Meinung, dass unsere Bevölkerung doch erwachsen genug ist, um selber wählen zu können, zu welchem Preis sie welche Leistung erhält. Unser Volk macht das täglich, bei allem. Ältere Menschen haben hierbei natürlich ein wenig Mühe, doch das ist nicht nur bei den Krankenkassen so, sondern bei allen Leistungen. Ich helfe meiner Mutter in verschiedenster Hinsicht, nicht nur bei Krankenkassenfragen; das ist doch normal, das ist die familiäre Solidarität, das ist die notwendige Unterstützung von alten Menschen.

Langer Rede kurzer Sinn: Diese politisch definierte Zahl von 20 Prozent ist eine willkürliche Grösse. Sie hat in unserem Versicherungssystem nichts zu suchen. Lassen Sie bitte die Versicherer das Risiko einschätzen und diesem Risiko einen Preis geben. Die Versicherten werden dann schon richtig entscheiden, wie sie das bis heute auch schon getan haben.

Ich bitte Sie also, den Antrag der Minderheit Rossini nicht zu unterstützen.

Berset Alain, conseiller fédéral: Les différences de primes qui existent entre la plus haute et la plus basse dans les cantons sont naturellement difficiles à comprendre, quand on imagine que ces différences de primes se retrouvent dans une région où il y a le même système hospitalier pour tout le monde, le même accès aux médecins pour tout le monde, le même système de santé. Ces différences sont naturellement difficiles à saisir. Il faudrait parvenir à les réduire. J'aimerais vous rappeler que le Conseil fédéral, en mettant en consultation un contre-projet à l'initiative populaire "pour une caisse publique d'assurance-maladie", avait fait une proposition



qui aurait permis de compenser les cas les plus lourds pesant sur le système de santé. Je rappelle que 5 pour cent des personnes qui utilisent le plus le système de santé génèrent plus de la moitié des coûts de l'ensemble du système et que 10 pour cent des personnes qui sont les plus malades génèrent quasiment trois quarts des coûts du système. Nous avons donc mis cette proposition en consultation. Elle a été sèchement rejetée. L'alternative, c'est donc la compensation des risques sur laquelle vous vous êtes penchés. Cette compensation des risques n'a non seulement pas été abandonnée, comme c'était prévu au départ, mais elle a été pérennisée et elle est actuellement renforcée. Le Parlement a donné au Conseil fédéral la possibilité d'affiner encore cette compensation des risques avec des éléments très importants, si on pense à la possibilité d'utiliser des groupes de médicaments comme critères à l'avenir. Cela entrera en vigueur au début de l'année prochaine et devra encore prendre un certain temps pour porter tous ses effets, mais c'est en cours. Et nous espérons ainsi, avec une meilleure compensation des risques, diminuer ainsi ces différences parfois extrêmement importantes dans une seule région – je l'ai dit – pour un même système de santé.

AB 2014 N 1356 / BO 2014 N 1356

Le Conseil fédéral est d'avis que c'est dans cette voie qu'il faut agir et non en fixant des pourcentages parce que, avec la proposition de la minorité Rossini, on ne s'attaque pas aux causes du problème mais aux conséquences. Avec cette proposition, on contraindrait l'autorité de surveillance à respecter la marge des 20 pour cent et donc à devoir parfois imposer des primes qui ne couvrent pas les coûts, des primes clairement inférieures ou supérieures aux coûts, ce qui est en contradiction avec l'essence même du système de l'assurance-maladie.

Par l'argumentation présentée, j'aimerais, tout en partageant la préoccupation de Monsieur Rossini, quant à la difficulté, parfois, à comprendre ces différences, vous appeler à suivre la majorité de la commission.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Für die Mehrheit der SGK ist es nicht notwendig und versicherungsmathematisch ein Unsinn, maximal zulässige Prämienunterschiede festzulegen. Kollegin Humbel hat es ausgeführt: Versicherungsmathematisch müssen die Prämien den Kosten im Kanton folgen, die Risiken beim betroffenen Versicherer abbilden und die Faktoren des Risikoausgleichs und die Reservenbildung berücksichtigen. Die Mehrheit lehnt deshalb den Antrag ab, als politische Grösse für Prämien maximal zulässige Unterschiede festzulegen. Eine politische Limite hat in einem Aufsichtsgesetz, welches die Solvenz der Versicherer und die Interessen der Versicherten zu schützen hat, nichts verloren. Herr de Courten hat bereits darauf hingewiesen: Auch in einem Versicherungsmodell wie beispielsweise HMO ergeben sich bei einer einzigen Versicherung in einem Kanton Unterschiede von mehr als 20 Prozent, wenn man die Prämien in Bezug auf die Höhe der Franchise vergleicht.

Kommt hinzu, dass für die unterschiedlichsten Versicherungsmodelle ein Quervergleich erstellt werden müsste, wenn dem Minderheitsantrag Folge gegeben würde. Zwei verschiedene Versicherer mit zwei unterschiedlichen Wahlmodellen müssten auf irgendeine Art vergleichbar gemacht werden. Das ist faktisch kaum möglich, da die Versicherer bei den Modellen gewisse Freiheiten geniessen. Somit würde eine zusätzliche administrative Hürde errichtet, und es würde ein Aufwand administrativer Art betrieben, der weder im Interesse der Solvenzsicherung noch im Interesse der Versicherten ist.

Die Kommission lehnt den Antrag mit 16 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung ab und fordert Sie auf, dem Ständerat und dem Bundesrat zu folgen.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: Pourquoi la commission a-t-elle rejeté la proposition défendue par la minorité Rossini, exigeant la limitation de l'écart de prime à 20 pour cent?

Il faut bien comprendre le principe à la base du calcul des primes. Le principe est que des coûts sont générés et que les primes doivent couvrir les coûts, et non l'inverse. Ce n'est pas la prime qui génère les coûts, mais les coûts qui génèrent la prime. S'il existe des différences entre les caisses, c'est parce que les coûts des caisses sont différents. Cela peut tenir du fait que les frais administratifs sont différents, que certains tarifs négociés sont différents ou que le cercle des assurés est en meilleure santé. Ce dernier point, on le corrige par la question de la compensation des risques, comme l'a bien expliqué Monsieur le conseiller fédéral Berset. C'est par cette dernière que l'on pourra compenser les différences de coûts qui ne sont pas acceptées par le Parlement, à savoir relevant de modèles d'affaires fondés sur une sélection des risques des personnes en meilleure santé.

La proposition de la minorité Rossini pourrait avoir des conséquences négatives graves. Par exemple, il faudrait contraindre les caisses qui ont des primes basses à les augmenter artificiellement alors que les coûts, eux, n'ont pas augmenté, ce qui obligerait ces caisses à générer des réserves dont elles n'ont pas besoin. Je suis



sûre que Monsieur Rossini ne veut pas de cela.

A l'inverse, les caisses qui ont des primes plus élevées seraient obligées de les diminuer pour entrer dans les 20 pour cent que demande la proposition de la minorité Rossini, alors que l'on saurait que ces primes ne couvrent pas les coûts et que cela pourrait générer des risques de faillite. Je suis sûre que Monsieur Rossini ne désire pas non plus ces risques.

L'objectif de la proposition de la minorité Rossini – à savoir rapprocher les primes – est intéressant. Mais, pour rapprocher les primes, on constate qu'il faut d'abord rapprocher les coûts, en supprimant les différences de coûts qui ne sont pas acceptables pour le Parlement, comme la sélection des risques, ce que vous avez fait en votant l'affinement de la composition des risques. La proposition de la minorité Rossini doit donc être refusée pour les raisons que je vous ai fournies.

La commission, par 16 voix contre 8 et 1 abstention, vous invite à rejeter la proposition défendue par la minorité Rossini.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10634)

Für den Antrag der Minderheit ... 58 Stimmen

Dagegen ... 128 Stimmen

(3 Enthaltungen)

Art. 15

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

... Aufsichtsbehörde. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung nur mit dem Hinweis auf die ausstehende Genehmigung veröffentlicht werden.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2bis

Die Prämien des Versicherers decken die kantonal unterschiedlichen Kosten. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Der Versicherer berücksichtigt im Weiteren insbesondere den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton.

Abs. 3

...

e. Streichen

Abs. 4, 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 6

Werden die Prämientarife für weniger als ein Jahr genehmigt, so verlangt die Aufsichtsbehörde, dass der Versicherer mit den Tarifen auch die Dauer der Genehmigung bekanntgibt.

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Stahl)

Abs. 3 Bst. d

Streichen

Antrag der Minderheit

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Stahl)

Abs. 4bis

Im Beschwerdefall ist vorläufig die höhere der von der Aufsichtsbehörde verfügten und der von dem Krankenversicherer geforderten Prämie anzuwenden.



Art. 15

Proposition de la majorité

Al. 1

... de surveillance. Tant qu'ils n'ont pas été avalisés, ils peuvent être rendus publics uniquement avec mention de la procédure d'approbation en cours.

AB 2014 N 1357 / BO 2014 N 1357

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2bis

Les primes facturées par les différents assureurs couvrent les coûts spécifiques des cantons. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'assureur tient compte notamment de la compensation des risques, des variations des provisions ainsi que de la taille et de l'évolution permanente de l'effectif des assurés dans le canton donné.

Al. 3

...

e. Biffer

Al. 4, 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 6

Si les tarifs sont approuvés pour une durée de moins d'une année, l'autorité de surveillance exige que l'assureur rende publique avec la publication des tarifs la durée de l'approbation des tarifs.

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Stahl)

Al. 3 let. d

Biffer

Proposition de la minorité

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Stahl)

Al. 4bis

En cas de recours, la prime la plus élevée parmi celle décidée par l'autorité de surveillance et celle proposée par l'assureur s'applique provisoirement.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Wir führen eine einzige Debatte über die Anträge aller Minderheiten zu Artikel 15.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Gli articoli 15, 16 e 17 della legge federale sulla sorveglianza dell'assicurazione malattie sono degli articoli centrali, soprattutto alla luce dei premi pagati in eccesso dagli assicurati di alcuni cantoni, di molti cantoni, come per esempio il mio, e della necessità di determinare i premi i quali oggi sono tutt'altro che trasparenti. L'articolo 15 riguarda la determinazione dei premi, gli articoli 16 e 17 permettono di intervenire, qualora le stime dei premi non corrispondano all'evoluzione dei costi e in particolare siano troppo alti. Grazie a questa legge ci sarà una maggiore sorveglianza sugli assicuratori e quindi sulla determinazione dei premi e ci sarà una pressione finché situazioni scandalose come quelle che abbiamo vissuto negli anni scorsi di premi pagati in eccesso, come è accaduto a molti assicurati e assicurate del canton Ticino, non abbiano più a verificarsi. Peccato, si può dire, che per evitare di fare cadere questa legge o di rinviarla alle calende greche ci si limiti a permettere agli assicuratori di restituire i premi invece di obbligarli a farlo qualora dovesse capitare ancora una volta che siano troppo alti rispetto all'evoluzione dei costi in un cantone.

Arrivo ora concretamente alla mia proposta. Essa riguarda un aspetto particolare ma non meno importante dell'articolo 15, il dovere per gli assicuratori di non pubblicare i premi prima dell'approvazione definitiva dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Oggi non esiste nessuna base legale che lo vieti. Ciò significa che il rendere



pubblici questi premi, di fatto diventa uno specchietto per le allodole con l'obiettivo di attirare assicurati soprattutto verso le assicurazioni complementari! Se i premi anticipati prima dell'approvazione saranno troppo bassi, alcuni assicurati arrischieranno di ritrovarsi qualche mese dopo, quando si arriverà all'approvazione definitiva, quando i premi saranno quindi reali e definitivi, con premi ben più alti di quelli contenuti nell'offerta che era stata proposta e discussa alcuni mesi prima. Ecco perché parlo di specchietto per le allodole, ecco perché vi chiedo di approvare la mia proposta e quindi di seguire il Consiglio federale e il Consiglio degli Stati all'articolo 15 capoverso 1.

Wenn wir zulassen, dass Prämien vor der Genehmigung veröffentlicht werden, dann können diese Prämien auch dazu verwendet werden, Versicherte anzulocken. So können bei Prämienrechnern, in der Werbung oder in Telefongesprächen zu tiefe Prämien angeboten werden, die dann nachträglich durch die Aufsichtsbehörde erhöht werden müssen. Dies kommt einer Irreführung der Versicherten gleich. Einerseits können zwischen der Anwerbung und dem Vertragsabschluss die Prämien noch verändert werden, andererseits sind sich viele Versicherte nicht bewusst, dass die Versicherer ihre Prämien nur als Schätzungen bewerben.

Es darf nicht sein, dass Versicherer potenzielle Versicherte mit missbräuchlichen Tiefstangeboten anzulocken versuchen. Dies widerspricht der Praxis, die wir mit dem Aufsichtsgesetz einführen wollen. Wenn das Prämien genehmigungsverfahren dazu dienen soll, dass die Kosten durch die Prämien gedeckt sind, dann dürfen wir nicht zulassen, dass Prämien, die zu tief sind, als Werbeinstrument eingesetzt werden. Es kann nicht sein, dass Versicherte aufgrund von irreführenden Versprechungen Verpflichtungen eingehen müssen, an die sie gebunden sind und die für sie Mehrkosten bedeuten.

Ich bitte Sie deshalb, meiner Minderheit bei Artikel 5 Absatz 1 zu folgen, was bedeutet, auch dem Bundesrat und dem Ständerat zu folgen.

de Courten Thomas (V, BL): Ich spreche zu Artikel 15 Absatz 3. Auch hier geht es um das Prämienfestsetzungsverfahren. Wir haben in der Kommission lange über diesen Passus diskutiert. Das Prämien genehmigungsverfahren hat dabei immer monströsere Züge angenommen.

Absatz 3 sieht vor, dass die gesetzlichen Grundlagen eingehalten werden müssen. So weit, so gut. Hinsichtlich von Good Governance würde das bereits ausreichen. Zusätzlich werden die Kosten erwähnt, welche entsprechend gedeckt sein sollen. Das ist an sich eine unternehmerische Selbstverständlichkeit, die nicht in den Gesetzestext gehört. Buchstabe c beinhaltet wiederum, dass die Prämien nicht zu weit über den Kosten liegen dürfen, dass also keine "unlauteren" Gewinne resultieren dürfen. Buchstabe d schliesslich sieht die Limitierung von sogenannt übermässigen Reserven vor. In meinem betriebswirtschaftlichen Verständnis sind solche in der Formulierung der Buchstaben b und c bereits enthalten; deshalb ist die Nennung hier nicht nötig. Ganz abgesehen davon öffnet der Begriff der übermässigen Reserven im Rahmen der Aufsicht durch das Bundesamt einer rein willkürlichen Auslegung Tür und Tor. Was ist übermässig, was ist mässig, was ist ungenügend? Diese Definition fehlt, und der Begriff ist auch hinsichtlich der Verordnungsebene nicht auslegbar.

Ich bitte Sie, dieser unpräzisen und doppelspurigen Bestimmung nicht zuzustimmen und die von mir beantragte Streichung zu unterstützen.

Ich komme zu Absatz 4bis. Hier fehlt die Regulierung in einem relativ entscheidenden Bereich. Ich beantrage Ihnen die notwendige Ergänzung, womit wir, wenn wir schon sorgfältig legiferieren wollen, diese Lücke schliessen müssen. Es geht um die Streitsituation, wenn die Aufsichtsbehörde und die beantragende Kasse sich über die Festlegung der Prämie nicht einig sind. Was passiert dann im Zeitraum, da noch Beschwerdeverfahren laufen und der Fall noch nicht klar ist? Welche Publikationsgrösse soll dann benützt werden? Mit meiner Minderheit beantrage ich, diese Lücke zu schliessen: In jedem Fall ist die höhere Prämie anzuwenden, entweder die des Bundesamtes oder die vom Krankenversicherer beantragte.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die grünliberale Fraktion unterstützt die Anträge der Mehrheit.

AB 2014 N 1358 / BO 2014 N 1358

Schmid-Federer Barbara (CE, ZH): Im Namen der CVP/EVP-Fraktion bitte ich Sie, hier in allen Punkten der Mehrheit zu folgen.

Zuerst zur Minderheit Carobbio Guscetti: Das Gesetz bezweckt ja, die Interessen der Versicherten zu schützen und Transparenz zu schaffen. Es stellt sich daher zu Recht die Frage, wieso die Versicherten nicht vorher über allfällige Prämien erhöhungen informiert werden dürfen. Wenn die Versicherten an diesen Informationen interessiert sind und die Versicherer den Hinweis machen, dass die Prämien noch nicht genehmigt sind, dann ist es im Interesse der Versicherten und der Transparenz, dass diese Information erfolgen darf.

Im bundesrätlichen Entwurf heisst es "nicht veröffentlicht oder angewendet werden". Die Mehrheit lässt "oder





angewendet" weg. Es geht also nicht um den Fall, dass ein Versicherter schon einen Vertrag unterzeichnet, bevor die Prämie genehmigt ist. Es geht nur um eine Information, um eine Veröffentlichung, keineswegs um einen Vertragsabschluss. Die Publikation noch nicht genehmigter Prämien hat bisher zu keinen Problemen geführt, weil die Versicherten stets deutlich auf den provisorischen Charakter hingewiesen worden sind.

Eine Vielzahl von Versicherten verlangt die Information zu den Prämien für das Folgejahr vor der Prämien-genehmigung. Die Bekanntgabe der provisorischen Prämien gibt ihnen mehr Zeit, sich auf einen möglichen Wechsel der Versicherung vorzubereiten. Viele Versicherte haben Grund- und Zusatzversicherung bei einem Versicherer. Die Zusatzversicherung muss aber im Falle eines Wechsels bis zum 30. September gekündigt werden. Die Nachfrage nach Prämieninformationen bereits im September ist nachweislich hoch.

Mit der von der Minderheit Carobbio Guscetti vorgesehenen Regelung würden den Versicherten wichtige Entscheidungsgrundlagen vorenthalten. Die Veröffentlichung von noch nicht genehmigten Prämien liegt eindeutig im Interesse der Versicherten. Der Schutz vor Missbrauch ist gewährleistet, wenn die Veröffentlichung mit der Pflicht einhergeht, ausdrücklich auf die ausstehende Genehmigung hinzuweisen. Folglich schadet ein Veröffentlichungsverbot der Transparenz, ohne dabei die Rechtssicherheit oder den Schutz der Versicherten zu erhöhen.

Nun noch zu Absatz 4bis: Er regelt das Verfahren der Prämien-genehmigung. Nach Absatz 4 verfügt die Aufsichtsbehörde die zu ergreifenden Massnahmen bei den nichtgenehmigten Prämien. Die Aufsichtsbehörde steht damit in der Verantwortung für ihr Tun. Absatz 4bis würde diese Verantwortung schwächen, weil definiert wird, dass im Beschwerdeverfahren die höhere Prämie anzuwenden ist. Das wollen wir nicht, wir sind eindeutig der Meinung, dass es hier keine Regulierung braucht.

In diesem Sinne bitte ich Sie, in allen Punkten der Mehrheit zu folgen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die BDP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti ablehnt und die beiden Anträge der Minderheit de Courten unterstützt.

Heim Bea (S, SO): Wie es Nationalrätin Marina Carobbio Guscetti schon gesagt hat: Die Artikel 15 bis 17 sind zentrale Artikel. Sie präzisieren die Kriterien zur Prämien-genehmigung. Die Prämientarife sind so festzulegen, dass sie die Solvenz der Kassen sichern, und sie haben sich an den zu erwartenden Kosten zu orientieren. Das heisst, sie dürfen nicht zu hoch und nicht zu tief sein. Erfüllen sie diese Kriterien nicht, darf sie die Aufsichtsbehörde nicht genehmigen, sondern sie hat korrigierende Massnahmen zu verfügen. Damit soll verhindert werden, dass es je wieder zu so problematischen Situationen kommt wie in den Jahren 1996 bis 2011. Damals, Sie wissen es, haben die Versicherten einzelner Kantone Hunderte von Millionen Franken zu viel oder zu wenig Prämien bezahlt, und die Politik musste schliesslich für Remedur sorgen. Sogar der Staat wird da noch zur Kasse gebeten.

In den Artikeln 15 bis 17 finden sich nebst den Kriterien der Prämien-genehmigung auch die Regeln für den Fall, dass sich die Frage des Ausgleichs wegen zu hohen Prämieinnahmen doch erneut stellen sollte, sowie die Modalitäten einer allfälligen Rückerstattung. Damit soll das Vertrauen der Versicherten in die Aufsicht und in die Prämien-gestaltung wiederhergestellt werden. Doch gerade in dieser Hinsicht betrachtet die SP-Fraktion den Kommissionsbeschluss zu Artikel 15 Absatz 1 als kontraproduktiv. Er verlangt, dass Prämientarife schon vor der aufsichtsrechtlichen Genehmigung veröffentlicht werden dürfen. Den Kassenvertretern geht es dabei wohl darum, dass sich ihre Kassen im Konkurrenzkampf profilieren und den Schwarzen Peter für einen höheren Prämienanstieg dann womöglich der Aufsicht zuschieben können. Das kann für Versicherte aber zu verwirlichen Situationen führen, zu Unsicherheiten im Hinblick auf einen eventuellen Kassenwechsel, weil nicht mehr klar ist, was denn nun eigentlich gilt. Wo soll gemäss Mehrheitsmeinung bei der verfrühten Ankündigung von Prämientarifen auf die noch ausstehende behördliche Genehmigung hingewiesen werden? Vermutlich nur im Kleingedruckten, wo es gerne übersehen wird. Der Antrag der Kommissionsmehrheit dient dem Marketing der Kassen, aber nicht den Versicherten und ist darum alles andere als geeignet, um das Vertrauen in die Kassen und in die Aufsicht der Behörden zu stärken.

Darum bitte ich Sie im Namen der SP-Fraktion, der Minderheit Carobbio Guscetti zu folgen und damit der Version des Bundesrates und des Ständerates zuzustimmen. Diese besagt, dass Prämientarife vor ihrer Genehmigung nicht veröffentlicht und auch nicht angewendet werden dürfen.

Ich bitte Sie zweitens, und das eindringlich, bei Artikel 15 Absatz 3 Buchstabe d und Absatz 4bis die Minderheitsanträge de Courten abzulehnen. Sie führen dazu, dass die Aufsichtsbehörde weiterhin keine Möglichkeiten hat, zu hohe Prämien nicht zu genehmigen – Prämien, die zur Anhäufung übermässiger Reserven führen. Die Minderheit will der Aufsicht das zentrale Instrument streichen, dessen bisheriges Fehlen eben gerade zu dieser unsäglichen Geschichte mit dem Prämienausgleich geführt hat. Es kann doch nicht sein, dass Prämien



der Grundversicherung dafür eingesetzt werden dürfen, unnötige Reserven anzuhäufen. Das mag in der Privatwirtschaft angehen, interessant sein, üblich sein, aber doch nicht in einer Sozialversicherung, doch nicht in einem Bereich, wo Steuergelder eingesetzt werden müssen, um die eh schon hohe Prämienlast für Familien und bescheidene Einkommen einigermaßen erträglich zu halten.

Die SP-Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb, die beiden Minderheitsanträge de Courten abzulehnen und bei Artikel 15 Absatz 1 der Minderheit Carobbio Guscetti respektive dem Entwurf des Bundesrates und dem Beschluss des Ständerates zu folgen.

van Singer Christian (G, VD): Nous sommes ici face à des dispositions centrales de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Vous avez tous à l'esprit le scandale des primes excessives encaissées dans certains cantons pour pouvoir donner la chasse aux bons risques dans d'autres. Ces dispositions visent à éviter que ces faits se répètent. Malheureusement, elles sont incomplètes.

A l'article 16, selon la proposition de la majorité de la commission, on laisse aux assureurs la possibilité de rembourser les primes excessives. C'est pour éviter le risque de faire capoter ce projet de loi que j'ai retiré ma proposition qui prévoyait de soutenir le projet du Conseil fédéral et d'adhérer à la décision du Conseil des Etats.

Ceci dit, il y a quand même des points positifs. A l'article 15 alinéa 3 lettre d, concernant la non-approbation en cas de réserves excessives, je vous demande de suivre la proposition de la majorité de la commission.

AB 2014 N 1359 / BO 2014 N 1359

A l'article 15 alinéa 4bis, à propos du recours contre la décision de refus des primes, je vous demande aussi de suivre la majorité de la commission.

Il y a, en revanche, un point dans cet article où je demande de soutenir la proposition de la minorité Carobbio Guscetti. Cela concerne la publication des tarifs avant leur approbation. Il est anormal que les caisses-maladie puissent publier des tarifs, alors qu'ils seront peut-être augmentés par la suite. Il est anormal qu'elles puissent publier des tarifs d'appel, sachant très bien que, s'ils sont trop bas, ils seront corrigés ensuite par l'administration.

Voilà, même si ces dispositions sont insatisfaisantes – et nous espérons que le Conseil des Etats pèsera de tout son poids pour que le remboursement des primes payées en trop ne soit pas laissé au bon vouloir des caisses-maladie, mais puisse être imposé par le département –, nous vous demandons d'adopter les articles 15 et 16 tels qu'ils sont proposés par la majorité de la commission, à l'exception de l'article 15 alinéa 1 où nous vous demandons de suivre la minorité Carobbio Guscetti.

de Courten Thomas (V, BL): Gestatten Sie mir eine kurze Ergänzung zum Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti: Hier haben wir ein erneutes Beispiel für die Überregulierung, die aus diesem KVAG resultieren wird. Der Bundesrat will verbieten, dass Prämientarife vor der Genehmigung veröffentlicht werden, weil sie sonst zu Marketingzwecken missbraucht werden könnten. Ich setze hinter diese Argumentation grösste Fragezeichen. Erstens stellt die bundesrätliche Argumentation die Krankenkassen unter den Generalverdacht des Betrugs, was so einfach nicht gerechtfertigt ist. Zweitens zeugt dieser Regulierungseifer von wenig unternehmerischer Praxiserfahrung. Oder kennen Sie Unternehmen, die bewusst und vorsätzlich ihre Kunden, mit denen sie insbesondere im Bereich der sozialen Krankenversicherung eine langfristige Kundenbeziehung aufbauen möchten, dermassen mit Lockvogelangeboten vergrämen wollen? Diesen Trick könnten sie nämlich höchstens einmal praktizieren. Wer solches Marketing betreiben würde, würde sich selber schaden, Kunden verärgern sowie unnötige Klagen, eine schlechte Presse und jahrelange, auch politische Streitereien riskieren. Ich halte das für äusserst unwahrscheinlich und praxisfern.

Im Sinne eines Kompromisses können wir der Mehrheit der Kommission, die einen expliziten Hinweis auf die ausstehende Genehmigung im Gesetz vorschreibt, zustimmen. Aber schon diesen Passus erachten wir eigentlich als völlig übertrieben.

Wir bitten Sie, hier der Mehrheit der Kommission zu folgen.

Cassis Ignazio (RL, TI): Siamo di fronte al cuore della legge federale sulla sorveglianza dell'assicurazione malattie. Il cuore è costituito dagli articoli 15, 16 e 17 e rappresenta il meccanismo che regola l'approvazione dei premi per l'anno successivo e la possibilità di aggiustare la situazione nel caso in cui ci fosse stato un pagamento eccessivo di premi. Va detto intanto che il cuore della legge è di capitale importanza per la stabilità e la fiducia nel sistema. Abbiamo visto quanto la discussione dei cosiddetti premi pagati in eccesso sia stata effettivamente un tormento che ci ha accompagnato gli ultimi tre, quattro anni. Sappiamo che occorre fare tutto



il possibile per evitare che questo si ripeta e soprattutto ingeneri sfiducia nella popolazione verso un sistema che – lo ripeto – offre delle ottime prestazioni mediche a chiunque in Svizzera ne abbia bisogno.

L'articolo 15 definisce quindi una serie di requisiti che devono essere rispettati e che servono al Consiglio federale, in particolare all'Ufficio federale della salute pubblica, per dire sì o no ai premi proposti dalle casse malattie per l'anno successivo. Credo che qui ci sia stata fatta chiarezza, credo che su questo aspetto ci sia veramente poco da aggiungere. Il gruppo liberale-radical vi invita a restare sulla posizione della maggioranza della commissione e quindi a respingere le minoranze Carobbio Guscetti e de Courten.

Per quanto riguarda la minoranza Carobbio Guscetti che vorrebbe impedire alle casse malati, agli assicuratori di comunicare i premi non ancora approvati va detto che la realtà è quella che ci accompagna ogni anno: nascono speculazioni praticamente da luglio in avanti e probabilmente queste speculazioni circolano ed alimentano la sfiducia e le illusioni proprio perché gli assicuratori non hanno il diritto di far vedere i premi provvisori. L'avessero, la trasparenza che tutti vogliamo permetterebbe di avere un dibattito più sereno. Tutti sanno che sono premi facoltativi e che il Consiglio federale deciderà per la fine di settembre quali sono i premi definitivi. Basta dirlo, la popolazione è intelligente e sa come prendere queste informazioni. Questo è meglio che agire di nascosto, come succede adesso ogni anno.

Per quanto riguarda invece la minoranza de Courten che vorrebbe stralciare il calcolo delle riserve nella procedura di autorizzazione dei premi, evidentemente non possiamo sostenerla perché le riserve sono un fattore importante per la determinazione dei premi di cassa malati e dobbiamo tenerne conto nel definire i premi dell'anno successivo.

Quindi, per quanto riguarda il gruppo liberale-radical, l'invito è a sostenere il cuore della legge, cioè gli articoli 15, 16 e 17, così come lo prevede la maggioranza della commissione e nella speranza che sugli articoli 16 e 17 il Consiglio degli Stati segua la versione del Consiglio nazionale.

Un'ultima parola proprio sugli articoli 16 e 17, sui quali non ci sono minoranze in questa sala: ebbene, con questi due articoli vogliamo lasciare agli assicuratori malattia la possibilità, nel caso in cui ci fossero stati dei premi molto in eccedenza, di poterli ridare agli assicurati e di farne addirittura uno strumento di attrattività, affinché ci sia una maggiore concorrenza tra gli assicuratori malattia. Proprio quella concorrenza che spesso si dice insufficiente dovrebbe essere rafforzata anche su questo aspetto. Va anche detto che l'obbligo, invece, di restituire soldi per una qualsiasi divergenza è contrario al principio d'assicurazione. Se pensate ai costi di riscaldamento della casa dove pagate un acconto e poi alla fine viene fatto il conguaglio, questo è un sistema che non può essere applicato ad un principio di assicurazione. Perché allora, per essere coerenti con il sistema dei conti di riscaldamento, dovremmo anche far pagare i cittadini in quei cantoni che non hanno pagato abbastanza premi; e a quel momento lì dovremmo mandare una fattura supplementare per dire che il premio era insufficiente. Capirete che questo è veramente una cosa estremamente difficile dal piano emozionale e anche da quello burocratico.

In conclusione, il gruppo liberale-radical vi invita a seguire la maggioranza sugli articoli 15, 16 e 17.

Berset Alain, conseiller fédéral: Vous vous trouvez à présent face à des éléments qui sont au coeur de cette loi, soit le mécanisme d'approbation des primes et le mécanisme de compensation des primes lorsque c'est nécessaire. J'aimerais m'exprimer sur les différentes propositions qui ont été présentées.

Je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Carobbio Guscetti, et à soutenir ainsi le projet du Conseil fédéral et la décision du Conseil des Etats. J'attire votre attention sur l'insécurité et le risque que peut représenter pour les assurés le fait d'être confrontés à un "théâtre" tout l'été – si vous me permettez l'expression – avec des annonces de primes qui ne sont pas encore des primes approuvées mais dont le but probable est de lancer un appel aux assurés et de préparer le terrain; avec ensuite, un à deux mois plus tard, des primes effectivement approuvées, qui pourront être différentes ou non de ce qui aura été annoncé; avec enfin, en octobre et en novembre, la vraie procédure et la possibilité de savoir à ce moment-là, sur la base de primes approuvées et claires, s'il faut changer ou non de caisse. Le système que nous avons aujourd'hui, selon lequel en principe les primes ne sont pas annoncées avant leur approbation, a plutôt garanti une certaine stabilité au moment de savoir si oui ou non il faut changer de caisse, de savoir à quel montant de primes on sera confronté l'année suivante. Nous souhaitons que les huit millions d'assurés qui sont confrontés chaque année à des fixations de primes d'assurance-maladie ne se perdent pas dans de multiples chiffres, articulés par de multiples caisses dont la stratégie commerciale comprendrait des

AB 2014 N 1360 / BO 2014 N 1360

annonces de primes non encore approuvées afin d'attirer des clients.

Par cette argumentation, j'aimerais vous inviter à suivre la minorité Carobbio Guscetti et ainsi à ne pas per-





mettre non plus aux cantons de jouer avec ces chiffres, de s'opposer aux assureurs et donc de contribuer à ce "théâtre" avant l'approbation des primes.

J'aimerais vous inviter, à l'article 15 alinéa 3 lettre d, à suivre la majorité de la commission et non la minorité de Courten. Cette dernière souhaite ne pas permettre à l'autorité de surveillance d'émettre des réserves ou de ne pas approuver des primes lorsque celles-ci entraînent des réserves excessives. Cela revient à dire que si un assureur propose une prime qui entraîne des réserves "excessives", comme ce qui est écrit, alors l'autorité de surveillance n'aurait pas d'autre solution, en sachant que ces primes vont conduire à des réserves excessives, que de les approuver malgré tout.

Cela nous semble clairement contraire au principe qui veut que les primes couvrent les coûts.

Par cette argumentation, je vous invite à suivre à l'article 15 alinéa 3 lettre d la majorité de la commission.

C'est la même chose pour l'article 15 alinéa 4bis. La loi nous offre déjà des possibilités d'agir lorsque surviennent un problème, des divergences, et des recours sur les primes fixées. Dans ces cas-là, quelqu'un doit pouvoir décider. Dans ce genre de situation, en cas de doute, il doit revenir à l'autorité de surveillance de pouvoir prendre les mesures adéquates. Il faut laisser une certaine flexibilité dans le choix de ces mesures, et ne pas déjà imposer dans la loi quelle devra être la mesure à appliquer dans un cas particulier.

Je vous invite, au nom du Conseil fédéral, à soutenir la majorité de la commission à l'article 15 alinéa 4bis.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Die Mehrheit der SGK ist überzeugt: Im Sinne der Transparenz sollen Prämien auch ohne Genehmigung veröffentlicht werden können. Die Mehrheit verlangt aber ganz klar, dass damit ein Hinweis auf diese ausstehende Genehmigung verbunden werden muss. Die Minderheit Carobbio Guscelli will mit ihrem Antrag zu Absatz 1, der in der Kommissionssitzung von der Verwaltung unterstützt wurde und der auch vom Bundesrat unterstützt wird, verhindern, dass mit noch nicht genehmigten Prämien Missbrauch getrieben wird. Sie will insbesondere verhindern, dass mit nichtgenehmigten Prämien Verträge abgeschlossen werden. Dies wird aus Sicht der Mehrheit aber auch ohne die Regelung gemäss Minderheit erreicht. Das Szenario, dass mit provisorisch festgelegten Prämien Verträge abgeschlossen werden könnten, ist kaum realistisch; wir erachten es als praxisfern.

Die Mehrheit der SGK lehnt diese Regulierung mit 14 zu 8 Stimmen ab.

Zum Antrag der Minderheit de Courten zu Absatz 3 Buchstabe d: In der Diskussion über das Geschäft 12.026 bezüglich der Rückzahlung von Prämien argumentierte das Bundesamt für Gesundheit, es sei nicht ein Aufsichtsvorsagen, dass die Reserven so hoch angewachsen sind, denn das BAG habe gar keine Rechtsgrundlage, um zu hohe Prämien nicht zu genehmigen. Diese Aussage wurde wiederholt kontrovers diskutiert. Aber unabhängig von dieser Kontroverse wird mit Buchstabe d diese Möglichkeit nun klar gegeben. Buchstabe d besagt, dass die Genehmigung des Prämientarifs verweigert werden kann, wenn er zu übermässigen Reserven führt. Nationalrat de Courten hat postuliert, damit bestehe eine Doppelspurigkeit mit Buchstabe c. Das ist klar nicht der Fall, und das haben wir in der Kommission bereits entsprechend diskutiert. Buchstabe c bezieht sich nämlich auf den Prämientarif für einen einzelnen Kanton und somit nicht auf die ganze Schweiz. Das Bundesamt wird eine Prämie in einem Kanton nicht genehmigen, wenn sie über den Kosten des Kantons liegt. Das ist in Buchstabe c geregelt. Wenn aber die Prämien in allen Kantonen leicht über den Kosten liegen und dies zu übermässigen Reserven führt, können vom Bundesamt für Gesundheit aufgrund von Buchstabe d alle Prämien nicht genehmigt werden. Es braucht also Buchstabe d, um zu verhindern, dass wir regelmässig und immer wieder über zu hohe Reserven diskutieren müssen.

Die Kommission lehnte den Antrag de Courten mit 17 zu 6 Stimmen ab.

Kurz zu Absatz 4bis: Wenn im Beschwerdefall die höheren Prämien erhoben würden und die Beschwerde abgelehnt würde, wäre die Rückzahlung kompliziert und aufwendig. Davor graut auch den Versicherern. Die Kommission war aber diesbezüglich unschlüssig. Das Ergebnis zeigt die Kontroverse.

Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 9 zu 8 Stimmen bei 7 Enthaltungen, den Antrag der Minderheit de Courten abzulehnen.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: Cela a été dit, l'article 15 est un des articles centraux de cette loi. Il me paraît important de vous recommander, au nom de la commission, de suivre la majorité.

Je vais commencer par la proposition défendue par la minorité Carobbio Guscelli, qui a été rejetée par 14 voix contre 8. La commission estime qu'il est dans l'intérêt des assurés que les primes, même non avalisées, puissent être rendues publiques. Cela devrait toutefois être fait uniquement avec une mention indiquant que la procédure d'approbation est en cours. Cette démarche s'inscrit pleinement dans le cadre du présent projet de loi qui vise à augmenter la transparence.

J'aimerais vous dire aussi deux mots sur l'article 15 alinéa 2bis qui ne fait l'objet d'aucune proposition de



minorité. Il s'agit d'une proposition de la commission qui veut inscrire noir sur blanc que les primes doivent être facturées par les différents assureurs en fonction des coûts spécifiques des cantons. Il s'agit de rappeler que nous ne voulons plus revoir dans notre Parlement la question des primes payées en trop par les assurés de certains cantons – comme ceux du canton de Vaud ou du canton de Genève qui avaient payé des primes trop élevées parce que les Bernois, eux, avaient payé des primes trop basses. Il nous semblait important de le rappeler explicitement dans cette loi par cet alinéa 2bis.

J'en viens à la proposition de la minorité de Courten à l'alinéa 3 lettre d. Cet alinéa est fondamental dans cette loi parce qu'il permet à l'OFSP de refuser d'approuver des primes dans une série de cas. Monsieur de Courten, au nom de sa minorité, veut biffer la lettre d qui permet à l'OFSP de refuser d'approuver les primes lorsque les réserves sont excessives. C'est une possibilité qui n'existe pas dans la loi actuelle, c'est une possibilité nouvelle que permettra cette loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, elle est absolument nécessaire. L'OFSP pourra ainsi obliger un assureur-maladie à abaisser ses primes en puisant dans ses réserves excessives. En adoptant la proposition de la minorité de Courten, vous ôtez à l'OFSP la compétence d'obliger un assureur à réduire ses réserves.

La commission, par 17 voix contre 6, vous recommande de rejeter la proposition défendue par la minorité de Courten à l'alinéa 3 lettre d.

Concernant la proposition défendue par la minorité de Courten à l'alinéa 4bis, la commission estime que cette disposition n'a pas à figurer au niveau de la loi. Elle vous propose de la rejeter; elle a pris sa décision par 8 voix contre 8 et 7 abstentions avec la voix prépondérante du président.

L'alinéa 6 est une proposition de la commission. Cette proposition vise le cas de la caisse-maladie EGK, que nous avons particulièrement bien connu en Suisse romande. Rappelez-vous cette caisse dont les primes avaient été approuvées de manière provisoire: ni les cantons ni les assurés ne savaient que les primes n'avaient pas été approuvées pour une année mais seulement pour six mois. Au bout de six mois, les primes ont augmenté massivement dans certains cantons à la surprise des assurés. Cela ne devrait plus pouvoir se produire de cette manière. Afin de s'en assurer, la commission vous propose d'inscrire noir sur blanc dans la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie: "Si les tarifs sont approuvés pour une durée de moins d'une année, l'autorité de surveillance exige que l'assureur rende publique avec la

AB 2014 N 1361 / BO 2014 N 1361

publication des tarifs la durée de l'approbation des tarifs." De cette manière, et les cantons et les assurés qui sont affiliés à cette caisse seront au clair sur la durée des tarifs qui leur sont proposés.

Voilà pourquoi la commission vous invite, à l'article 15, à rejeter les propositions des minorités Carobbio Guscelli et de Courten et, de manière générale, à la suivre.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10635)

Für den Antrag der Mehrheit ... 126 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 62 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 3 Bst. d – Al. 3 let. d

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10636)

Für den Antrag der Mehrheit ... 133 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 53 Stimmen

(1 Enthaltung)

Abs. 4bis – Al. 4bis

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10637)

Für den Antrag der Minderheit ... 52 Stimmen

Dagegen ... 130 Stimmen

(6 Enthaltungen)





*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 16

Antrag der Kommission

Titel

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 1

Lagen die Prämieinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton, so kann der Versicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich machen. Die Höhe ... zu begründen. Der Antrag ist bis Ende Juni des Folgejahres bei der Aufsichtsbehörde einzureichen.

Abs. 1bis, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

... Ausführungsbestimmungen zum Prämienausgleich. Er hört ...

Art. 16

Proposition de la commission

Titre

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 1

Si, dans un canton, les primes encaissées par un assureur pour une année donnée étaient nettement plus élevées que les coûts cumulés dans ce canton-là, l'assureur peut, dans le canton concerné, procéder à une compensation des primes l'année suivante. Le montant de la compensation doit être clairement indiqué et motivé par l'assureur dans la demande d'approbation. Celle-ci doit être déposée auprès de l'autorité de surveillance au plus tard à la fin du mois de juin de l'année suivante.

Al. 1bis, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

... concernant la compensation des primes. Il entend pour ce faire les assureurs.

Angenommen – Adopté

Art. 17

Antrag der Kommission

Die Rückerstattung erfolgt in der Form einer Rückvergütung des Versicherers an diejenigen Personen, welche am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien rückerstattet werden, versichert waren. Die Rückvergütung muss im Kalenderjahr erfolgen, in dem der Antrag gestellt wurde.

Art. 17

Proposition de la commission

Le remboursement prend la forme d'une ristourne accordée par l'assureur aux personnes qui étaient assurées auprès de lui au 31 décembre de l'année pour laquelle les primes sont remboursées. Il est effectué durant l'année civile au cours de laquelle la demande a été déposée.

Angenommen – Adopté

Art. 18

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

... beschränken. Zu den Verwaltungskosten zählen u. a. die Kosten für Vermittlertätigkeiten und Werbung.

Abs. 1bis

Der Versicherer weist in seiner Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlerprovisionen gesondert aus.

Abs. 1ter



Die Versicherer können eine Vereinbarung abschliessen, welche ermöglicht, die Telefonwerbung, den Verzicht auf Leistungen der Call Centers und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit zu regeln.

Abs. 2

Streichen

Antrag der Minderheit

(de Courten, Borer, Frehner, Stahl)

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Clottu, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Moret, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Abs. 1quater

Hält der Bundesrat die Vereinbarung für unzureichend, kann er nach Anhörung der betroffenen Kreise die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 18

Proposition de la majorité

Al. 1

... économique. Font notamment partie des frais d'administration les coûts des intermédiaires et les dépenses de publicité.

Al. 1bis

Dans ses comptes annuels, l'assureur atteste de manière séparée les dépenses de publicité et les commissions versées aux intermédiaires.

Al. 1ter

Les assureurs peuvent conclure un accord visant à régler le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de l'indemnisation des intermédiaires.

Al. 2

Biffer

Proposition de la minorité

(de Courten, Borer, Frehner, Stahl)

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

AB 2014 N 1362 / BO 2014 N 1362

Proposition de la minorité

(Clottu, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Moret, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Al. 1quater

S'il considère l'accord comme insuffisant, le Conseil fédéral peut régler l'indemnisation des intermédiaires, après avoir pris l'avis des milieux intéressés.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Wir führen eine einzige Debatte über die Anträge aller Minderheiten zu Artikel 18.

de Courten Thomas (V, BL): Bei Artikel 18 setzen wir dazu an, sehr massiv in die unternehmerische Gestaltung der Krankenversicherungen einzugreifen, indem wir ihre Verwaltungskosten und ihre Werbekosten gesetzlich festlegen wollen. Ich kann mir kaum einen anderen Bereich vorstellen, wo so etwas überhaupt



denkbar wäre, dass wir etwa bei der Post oder bei der Suva die Werbekosten regulieren. Ich finde das unglaublich. Wir meinen hier, eine angeblich unlautere und widerrechtliche unternehmerische Steuerungsgrösse, die Verwaltungskosten und die Werbung, regeln zu müssen.

Wir sind grundsätzlich mit der Zielsetzung einverstanden, dass sich in der sozialen Krankenversicherung der Kostenanteil für Verwaltungs- und Werbekosten in einem vernünftigen Rahmen zur Tätigkeit bewegen sollte. Das ist für alle klar und unbestritten. Wir sehen das auch in der Praxis heute so verwirklicht, wenn wir das Verhältnis zwischen Verwaltungskosten und effektiver Leistung, die ausbezahlt wird, im Einzelfall pro Kasse anschauen. Also, wo ist da eigentlich das Problem? Ich vermute fast, es sei in der Vermittlertätigkeit oder in den lästigen Telefonanrufen der Vermittler. Selber habe ich zwar noch nie einen solchen Anruf erhalten. Aber es ist offenbar ein Problem, das die Bürger umtreibt.

Aus diesem Grunde habe ich auch die Branchenvereinbarung der Krankenversicherer und von Santésuisse im Sinne einer Selbstregulierung eigentlich begrüsst. Dann hat aber die Weko interveniert und hat diese Vereinbarung mit dem Argument umgeworfen, dass wir zuerst eine gesetzliche Grundlage schaffen müssten. Ich bin auch bereit, diesen Schritt zu machen. Die Formulierung des Ständerates reicht dafür aus. Weiter gehende Differenzen, die die Kommission des Nationalrates dazu schafft, bringen uns aber nicht wirklich weiter. Ich bitte Sie deshalb, dem Ständerat zu folgen.

Mit Absatz 2, wonach der Bundesrat die Kosten für die Werbung regeln kann, bin ich jedoch nicht einverstanden. Hier wird eine rote Linie der unternehmerischen Freiheit überschritten. Eine solche Bestimmung ist nämlich schlicht nicht umsetzbar. Wir hätten dann einen Maximalbetrag für Werbung, der in der Jahresrechnung einer Krankenkasse stehen darf, z. B. ausgedrückt in Prozenten der angeschlossenen Mitglieder oder des gesamten Verwaltungsaufwandes. Die Abgrenzung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherungen wird dabei nie und nimmer absolut möglich sein. Somit würden wir in einem weiteren Bereich gesetzlich gegen die freie Marktwirtschaft einschreiten, die auch auf der Werbung aufbaut.

Im Namen der SVP-Fraktion teile ich Ihnen noch mit, dass wir die Minderheitsanträge Clottu ablehnen.

van Singer Christian (G, VD): Qui n'a pas été dérangé par les téléphones intempestifs des démarcheurs? Qui ne trouve pas scandaleux que des assureurs, qui doivent tous payer les mêmes prestations fixées dans la LAMal, nous inondent de publicité? Cela devrait pouvoir être contrôlé; le Conseil fédéral devrait pouvoir mettre une limite à ces dépenses.

La majorité de la commission, malheureusement, refuse cette possibilité que l'on aimerait laisser au Conseil fédéral. C'est pourquoi je vous invite, à l'article 18 alinéa 1quater ainsi qu'à l'article 18 alinéa 2, à soutenir les propositions de la minorité Clottu. Par ailleurs, je vous invite, à l'article 20 alinéa 2 lettres a et b, à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline. En ce qui concerne l'article 18 alinéa 1, je vous invite à suivre la majorité de la commission.

Cela me paraît important. Il faut absolument que le Conseil fédéral puisse, dans les domaines de l'assurance-maladie obligatoire, limiter les dépenses publicitaires et celles des démarcheurs.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): L'article 18 a pour but de régler deux problèmes qui touchent directement les assurés.

Premièrement, il y a la question des frais administratifs et en particulier les dépenses publicitaires. L'alinéa 1 prévu par le Conseil fédéral et non contesté par la commission prévoit que ces frais administratifs doivent être contenus dans les limites qu'impose une gestion économique. Au-delà de ce principe, la commission a justement décidé d'ajouter un alinéa 1bis dans le but que "l'assureur atteste de manière séparée les dépenses de publicité et les commissions versées aux intermédiaires" dans ses comptes annuels. Avec ces dispositions, il y aura non seulement plus de transparence dans les frais administratifs des assureurs, mais aussi une pression pour ne pas augmenter les coûts de publicité. Ainsi, l'alinéa 1 permettra de faire des remarques au moment de la fixation des primes.

Mais si les frais d'administration de certaines caisses sont trop élevés, il faut aussi prévoir la possibilité d'agir sur les excès, comme le stipule l'article 18 alinéa 2 proposé par le Conseil fédéral et repris par la minorité Clottu. Comme le porte-parole de la minorité ne s'est pas exprimé, je prends position en faveur de cette proposition.

Le deuxième aspect touche la question du démarchage téléphonique et des intermédiaires. Les assurés sont de plus en plus dérangés par le démarchage téléphonique. Il s'agit d'appels qui, parfois, proviennent de "call centers" situés à l'étranger, pour le compte, dans certains cas, d'entreprises qui essaient de créer des listes de clients potentiels pour les proposer aux caisses-maladie. Il y avait un accord de branche concernant le démarchage téléphonique, mais la Commission de la concurrence a estimé qu'il violait les dispositions en matière



de concurrence, voilà pourquoi la branche l'a suspendu. Nous avons déjà débattu la nécessité d'interdire ces pratiques, et vous savez que des motions en ce sens n'ont malheureusement pas abouti à l'issue des débats dans les deux chambres.

La majorité de la commission a donc décidé d'introduire une base légale dans le but de permettre à la branche de s'accorder pour régler le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de l'indemnisation des intermédiaires.

Malheureusement, cette même majorité n'a pas eu le courage de faire le pas suivant, c'est-à-dire de donner au Conseil fédéral la compétence de régler l'indemnisation des intermédiaires si l'accord de branche s'avérait être insuffisant. Cette proposition est reprise par la minorité Clottu, que le groupe socialiste vous invite à suivre.

Le associazioni dei consumatori denunciano regolarmente i casi di disturbi telefonici da parte di assicuratori malattia, di loro intermediari o di call center. Questo succede nonostante che per esempio molti assicurati mettano accanto al loro numero di telefono degli asterischi per indicare di non voler essere molestati con queste chiamate. In Svizzera vengono presentati alle associazioni dei consumatori migliaia di casi all'anno, di interventi da parte di questi intermediari, da parte degli assicuratori e dei call center i quali, come dicevo, disturbano e influenzano in maniera importante gli assicurati. È quindi giunto il momento di agire per definire delle regole, per permettere degli interventi e per controllare meglio queste pratiche, nell'interesse degli assicurati e non degli assicuratori malattia e dei loro intermediari.

Vi invito a sostenere la maggioranza all'articolo 18 capoverso 1, 1bis e 1ter e la minoranza Clottu all'articolo 18 capoverso 1quater e 18 capoverso 2.

Humbel Ruth (CE, AG): Die CVP/EVP-Fraktion wird bei Artikel 18 alle Minderheitsanträge ablehnen und der Mehrheit folgen.

AB 2014 N 1363 / BO 2014 N 1363

Es ist richtig und wichtig, die Frage der Telefonwerbung explizit zu erwähnen: richtig, weil Telefonwerbung ein grosses Ärgernis für die Bevölkerung ist und die ganze Branche in ein schiefes Licht rückt. Herr de Courten hat als Vergleichsbeispiele die Post und die Suva erwähnt. Von der Post oder von der Suva habe ich noch nie Anrufe erhalten, hingegen aber von Krankenkassen oder von Telefonwerbeagenturen bzw. von Call Centers. Wichtig ist eine Regelung insbesondere in Absatz 1ter, damit eine Selbstregulierung der Branche überhaupt durchgesetzt werden kann. Bekanntlich hat die Weko eine Branchenlösung zur Eindämmung der Telefonwerbung aufgelöst, weil sie als unzulässige Wettbewerbsabsprache qualifiziert worden ist. Es braucht daher eine gesetzliche Grundlage, damit eine Branchenlösung überhaupt möglich ist. Die Regelung muss aber verhältnismässig sein. Wir sehen nicht ein, dass es eine Aufgabe des Bundesrates ist, die Entschädigung der Vermittler zu regeln, und lehnen daher den Minderheitsantrag Clottu ab.

Aggressive Telefonwerbung, insbesondere gegenüber Personen mit Sterneintrag, ist aber ein Ärgernis und müsste vom Bundesrat bzw. vom Seco konsequenter angegangen werden. Das Seco hat die Möglichkeit, gegen die Urheber unlauterer Geschäftspraktiken zivil- oder strafrechtlich zu klagen, wenn Kollektivinteressen betroffen sind. Der Nachweis, dass Kollektivinteressen verletzt sind, ist erbracht, wenn eine Vielzahl von Beschwerden gegen die gleiche Nummer eingeht. Meines Wissens geht da eine Vielzahl, gehen Hunderte von Beschwerden ein; sie werden aber nicht mit genügender Konsequenz verfolgt. Hier ist das Seco gefordert, diese unlautere Werbung gegenüber Personen mit einem Sterneintrag im Telefonbuch konsequenter anzugehen, gerade auch aufgrund der Beschwerden in Sachen Telefonwerbung der Krankenversicherer.

Es muss vom Seco mehr gemacht werden. Verstösse sind zivil- oder strafrechtlich zu verfolgen. Wir müssen die Frage spezifisch für die Krankenversicherung aber auch in diesem Gesetz aufnehmen, damit die Branchenverbände wieder eine Regelung treffen können.

Ich bitte Sie daher, die Mehrheit zu unterstützen, wie dies die CVP/EVP-Fraktion tut.

Hess Lorenz (BD, BE): Die BDP-Fraktion empfiehlt Ihnen, bei Artikel 18 in allen Punkten der Mehrheit der SGK zu folgen.

Ganz kurz zu den Absätzen 1 und 1bis: Hier ist der Fall klar, das heisst, wer zum regulierten Markt Ja sagt, der muss auch den Wettbewerb zulassen. Wichtig ist, dass hier geregelt ist, dass die Kosten wirtschaftlich sein müssen und transparent ausgewiesen werden.

Zu Absatz 1ter: Hier geht es darum, dass wir eine gesetzliche Grundlage für eine Branchenlösung schaffen. Die Branche muss sich wieder Selbstbeschränkungen, insbesondere bei der Telefonwerbung, auferlegen dürfen, ohne gegen Wettbewerbsrecht zu verstossen.

Das sind in aller Kürze die Gründe, warum wir Sie bitten, die Anträge der Minderheiten abzulehnen und vom



Beschluss des Ständerates abzuweichen und der Mehrheit Ihrer Kommission zu folgen.

Berset Alain, conseiller fédéral: A l'article 18 alinéas 1, 1bis et 1ter, j'aimerais vous inviter à suivre la majorité de votre commission. Il s'agit de précisions et d'ajouts qui peuvent tout à fait être repris; ils précisent cet article et ne posent pas de difficultés particulières, bien au contraire. Je soulignerai ici la possibilité laissée par l'alinéa 1ter de conclure des accords. Nous savons que les assureurs avaient souhaité conclure un accord et qu'ensuite ils y ont renoncé parce qu'ils n'avaient pas la base légale pour le réaliser. Avec cet alinéa 1ter, ce serait désormais possible.

Aux alinéas 1quater et 2, j'aimerais, en revanche, vous inviter à soutenir les propositions de la minorité Clottu, parce qu'il s'agit de donner au Conseil fédéral la possibilité d'agir lorsque l'accord est insuffisant, pour régler l'indemnisation des intermédiaires et les dépenses de publicité. Je dois relever que, et je le fais aussi pour les actes de cette séance, dans le fond, on peut détecter une certaine incohérence entre l'alinéa 1quater et l'alinéa 2 s'ils sont pris ensemble. Cela dit, je vous invite néanmoins à les adopter tous les deux et à créer ainsi une divergence avec le Conseil des Etats. Il faudra ensuite régler le cas en précisant que s'il n'y a pas d'accord ou s'il est jugé insuffisant, alors, après avoir entendu l'avis des milieux intéressés, le Conseil fédéral pourra agir.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Artikel 18 Absatz 1 umschreibt die Verwaltungskosten im Detail. Mit dieser Aufführung schaffen wir Klarheit und Rechtssicherheit. Das sollte eigentlich selbstverständlich sein und liegt sicher im Interesse aller. Mit Absatz 1bis wird die detaillierte Offenlegung der Kosten für Werbung und Vermittlungstätigkeit verlangt. Das schafft Transparenz. Ich denke, es ist auch zumutbar, diese Zahlen offenzulegen, denn das sind keine Geschäftsgeheimnisse, welche da preisgegeben werden müssen.

Santésuisse wurde mit ihrer Selbstregulierung der Vermittlerprovision von der Weko zurückgebunden. Die Mehrheit der SGK-NR schafft mit Absatz 1ter die notwendige Rechtsgrundlage für eine auf Freiwilligkeit basierende Lösung, wie diejenige von Santésuisse. Die Minderheit de Courten will diese Kompetenz nicht. Sie will offenbar keine Branchenlösungen, sie will keine Eigenverantwortung der Branche. Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 19 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

Die Minderheit Clottu will noch weiter gehen. Der Bundesrat soll sehr weit reichende Kompetenzen erhalten und sowohl in Branchenlösungen eingreifen als auch generell die Kosten für die Vermittlertätigkeit und für die Werbung regeln können. Wir sind uns bewusst, dass Telefonwerbung ein Ärgernis ist, aber dieses Problem wird bereits über die im Frühjahr beschlossene Verbesserung des Risikoausgleichs angegangen. Es wurde auch richtigerweise angesprochen, dass das Seco endlich seine Aufgabe bezüglich der Verfolgung der schwarzen Schafe wahrnehmen soll.

Es braucht deshalb weder Artikel 18 Absatz 1quater noch Absatz 2. Dies empfiehlt die SGK-NR mit 14 zu 10 Stimmen respektive mit 13 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: A l'alinéa 1, la commission propose le rejet de la proposition de la minorité de Courten qui prévoit de se rallier à la décision du Conseil des Etats. La majorité estime qu'il est nécessaire d'indiquer la composition des frais d'administration. C'est pour cela qu'elle soutient l'inscription dans la loi de la mention explicite suivante: "... les coûts des intermédiaires et les dépenses de publicité." Par 19 voix contre 5, la commission vous invite à rejeter la proposition défendue par la minorité de Courten.

J'ajoute qu'il est de toute façon clair que les coûts des intermédiaires et les dépenses de publicité font partie des frais d'administration, mais que cela nous paraît être un élément didactique que de les indiquer noir sur blanc à l'alinéa 1.

Prenons les deux propositions de la minorité Clottu. La possibilité d'un accord de branche est mentionnée et figure à l'alinéa 1ter: "Les assureurs peuvent conclure un accord visant à régler le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de l'indemnisation des intermédiaires." C'est la reprise exacte de la formulation de l'accord de branche qui existait jusqu'à présent sur ce point. La Commission de la concurrence est intervenue pour dire qu'il est possible que cet accord soit contraire à la loi sur la concurrence déloyale. Aussi, la branche a retiré cet accord.

La commission a souhaité donner une base légale à cet accord de branche afin que la branche s'autorégule. Dès lors, la question qui se pose est la suivante: que se passe-t-il s'il n'y a pas d'accord de branche ou si cet accord est insuffisant?

La minorité Clottu propose donc une compétence subsidiaire du Conseil fédéral afin que ce dernier puisse intervenir s'il n'y a pas d'accord ou si l'accord est insuffisant. La majorité de la commission estime que cette compétence subsidiaire n'est pas nécessaire, que la responsabilité de



s'autogérer appartient à la branche et que, comme cela a été dit par Madame Humbel, la question du démarchage téléphonique doit être réglée de manière générale pour toutes les entreprises qui s'adonnent à ce type de pratique.

Par 15 voix contre 10, la commission vous invite à rejeter la proposition de la minorité Clottu à l'article 18 alinéa 1 quater.

Concernant l'article 18 alinéa 2, j'aimerais rappeler que l'accord de branche ne vise pas les dépenses de publicité. Il s'agirait donc, selon la proposition de la minorité Clottu et le Conseil des Etats, de donner compétence au Conseil fédéral de régler non seulement l'indemnisation des intermédiaires, mais aussi les dépenses de publicité. La majorité de la commission estime que la question des dépenses de publicité est suffisamment réglée à l'article 18 alinéa 1, qui impose aux caisses-maladie de contenir les frais d'administration dans les limites qu'impose une gestion économique.

Par 13 voix contre 10 et 1 abstention, la commission vous recommande de rejeter aussi la proposition de la minorité Clottu à l'article 18 alinéa 2.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die grünliberale Fraktion unterstützt die Anträge der Mehrheit.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10638)

Für den Antrag der Mehrheit ... 130 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 50 Stimmen

(6 Enthaltungen)

Abs. 1quater – Al. 1quater

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10639)

Für den Antrag der Minderheit ... 63 Stimmen

Dagegen ... 125 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10640)

Für den Antrag der Mehrheit ... 124 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 65 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 19

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 20

Antrag der Mehrheit

Titel

Offenlegung des Entschädigungssystems und der Entschädigung der leitenden Organe

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates





Abs. 2

...

- a. ... der Entschädigungen und den höchsten auf ein Mitglied entfallenden Betrag ohne Nennung des Namens des betreffenden Mitglieds;
- b. ... Betrag ohne Nennung des Namens des betreffenden Mitglieds.

Abs. 3, 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Clottu, Heim, Parmelin, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 20

Proposition de la commission

Titre

Publication du système de rémunération et des indemnités des organes dirigeants

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

...

- a. ... accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, sans mention de nom;
- b. ... élevée, sans mention du nom.

Al. 3, 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Clottu, Heim, Parmelin, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Fehr Jacqueline (S, ZH): Ich beantrage Ihnen hier, dem Ständerat und damit dem Bundesrat zu folgen. Der ständerätliche Beschluss orientiert sich am Swiss Code of Best Practice for Corporate Governance. Dieser wurde von Economiesuisse im Jahre 2002 veröffentlicht und 2007 durch einen Anhang mit Empfehlungen zu Entschädigungen von Verwaltungsrat und oberstem Management ergänzt. In diesem Anhang steht unter Ziffer 9: "Aus dem Vergütungsbericht geht hervor, welche Vergütungen den Mitgliedern des Verwaltungsrates, der Geschäftsleitung insgesamt und ihrem höchstbezahlten Mitglied für das Geschäftsjahr zugesprochen wurden und warum diese Vergütungen im Geschäftsjahr gesunken oder gestiegen sind ..." Das sind die Vorgaben von Economiesuisse. Mit anderen Worten: Die Variante von Ständerat und Bundesrat im vorliegenden Gesetzentwurf und das, was die Wirtschaft im Bemühen um Selbstregulierung vorschlägt, decken sich beinahe buchstäblich.

Ich habe bis heute nicht herausgefunden, weshalb die Mehrheit der Meinung ist, dass man ausgerechnet für die Krankenversicherungen von diesen von Economiesuisse entworfenen Richtlinien abweichen und weniger strenge Vorschriften erlassen soll. Der böse Verdacht, es sei so, weil einige hier im Saal kein gutes Gefühl hätten, wenn ihre Verwaltungsratshonorare offengelegt würden, greift mir zu kurz. Ich bitte Sie also, hier plausibel darzulegen, weshalb ein Unternehmen, bei dem wir Zwangskunden sind, das bei unseren Bürgerinnen und Bürgern also quasi Steuern erhebt, weniger strengen Regeln unterworfen sein soll als irgendein anderes Unternehmen.

Das Vertrauen in die Krankenversicherung ist in der Bevölkerung auf einem Tiefpunkt. Wir hören das auf allen Podien und können es in den vielen Mails lesen, die wir von unseren Wählerinnen und Wählern tagtäglich erhalten. Dafür tragen diejenigen hier im Saal eine Mitverantwortung, die sich als politische Wasserträger für die Interessen der Versicherer bezahlen lassen.

Bieten Sie hier nun wenigstens Hand zu ein klein wenig Transparenz, zu so viel Transparenz, wie der unverdächtige Wirtschaftsdachverband Economiesuisse den Unternehmen als Tatbeweis für ihre Eigenverantwortung empfiehlt.

Ich bitte Sie, hier dem Ständerat und dem Bundesrat zu folgen.



Rossini Stéphane (S, VS): La transparence n'est pas un slogan, elle est une condition de bonne gouvernance des institutions démocratiques, qu'elles soient publiques ou parapubliques, ce qui est le cas des assureurs-maladie et de leurs organes. En effet, ces derniers sont financés par les primes

AB 2014 N 1365 / BO 2014 N 1365

d'une assurance sociale obligatoire, ce qui leur confère un positionnement particulier. La transparence doit donc se concrétiser par des actes. Parmi ceux-ci figurent les éléments qui concrétisent la publicité des rémunérations. Alors que le Conseil fédéral et le Conseil des Etats proposent de mentionner les noms et les fonctions des membres des organes responsables, la majorité de la commission renonce à en faire mention. Qu'y a-t-il à cacher dans une assurance sociale publique? Publique, car nous parlons ici de l'assurance sociale et non des assurances complémentaires privées. Qu'y a-t-il donc à cacher, à qui profitera ce silence? Cette question est légitime, car nous parlons abondamment de transparence dans ce dossier.

Je me permets, en vous invitant à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline, une analogie avec la gestion et le rapport de gestion de la Poste. Si on y jette un oeil, on découvre un certain nombre de précisions sur la rémunération des membres de la direction du groupe. Par exemple, on peut lire que "la rémunération se compose d'un salaire de base fixe et d'une part variable liée à la prestation pouvant atteindre au maximum 45 pour cent du salaire de base annuel brut (55 pour cent pour la directrice générale). Cette part variable dépend de la prestation individuelle (pondération de 20 pour cent), ainsi que d'indicateurs liés au groupe (40 pour cent) et à l'unité du groupe (40 pour cent). Elle peut cependant être réduite en présence d'une composante de malus dans la réalisation des objectifs". On peut y lire aussi que "les membres de la direction du groupe ont droit à un abonnement général première classe, un véhicule de fonction, un téléphone mobile, à une indemnité forfaitaire mensuelle pour frais. La Poste paie aussi les primes d'assurance risque. Enfin, en cas de contribution personnelle exceptionnelle, une prime de performance individuelle peut être versée". Concrètement, on y découvre aussi que le salaire de base de la directrice générale s'est monté à 530 000 francs, auquel s'ajoute la part liée à la prestation de 189 475 francs, alors que le président du conseil d'administration a été rémunéré à hauteur de 250 200 francs en 2013.

Voilà un exemple de transparence d'une entreprise qui est placée sous notre surveillance, et je pense que les caisses-maladie, financées par des primes qui sont une forme d'impôt car obligatoires, n'ont aucune raison de ne pas pratiquer de manière identique.

Je vous invite par conséquent à adopter la proposition de la minorité Fehr Jacqueline.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die SVP-Fraktion, die grünliberale Fraktion und die CVP/EVP-Fraktion unterstützen den Antrag der Mehrheit.

van Singer Christian (G, VD): Trouvez-vous normal que, dans une assurance sociale obligatoire, certains organes dirigeants touchent plusieurs fois le salaire d'un conseiller fédéral? Moi pas. C'est pourquoi je vous invite à suivre la proposition de la minorité Fehr Jacqueline, qui reprend le projet du Conseil fédéral. Il n'y a rien d'autre à ajouter!

Ces salaires trop élevés payés avec nos cotisations sont un scandale.

Berset Alain, conseiller fédéral: J'aimerais vous inviter ici à soutenir la version du Conseil fédéral et à voter en faveur de la minorité Fehr Jacqueline. Je crois que les arguments essentiels ont déjà été avancés. Il n'y a pas de raison ici de diverger par rapport à ce qui se fait dans d'autres cas. Nous sommes toujours partis de l'idée qu'une transparence aussi complète que possible, dans ce cas-là, susciterait moins de débats, de problèmes, de réflexions, de discussions qu'une sorte de transparence aux trois quarts. Mais si vous voulez une transparence aux trois quarts, c'est votre choix. Le Conseil fédéral est toutefois d'avis qu'il vaut la peine d'offrir ici une transparence aussi claire que possible de manière à éviter des débats inutiles sur ces questions à l'avenir.

Je vous invite donc à suivre la minorité Fehr Jacqueline.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Eine Offenlegungspflicht ist klar gegeben, aber die Frage ist letztlich die nach der Verhältnismässigkeit. Das ist auch das Problem, das hier zwischen Mehrheit und Minderheit zu lösen ist. Der wesentliche Punkt, der für die Mehrheit spricht, ist die geltende Regelung bei den übrigen obligatorischen Sozialversicherungen. So orientieren wir uns beispielsweise an den Pensionskassen, an der AHV, an den IV-Kommissionen, an der Suva. Die Mehrheit will die Regelung für die Krankenversicherungen in derselben Art handhaben.

Deshalb lehnt die Kommission mit 12 zu 10 Stimmen den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline ab.





Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die FDP-Liberale Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10641)

Für den Antrag der Mehrheit ... 108 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 65 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 21–24

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 25

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Pezzatti, Borer, Bortoluzzi, Cassis, de Courten, Frehner, Humbel, Schmid-Federer, Stahl, Stolz, Weibel)

Abs. 2

... anordnen. Die Kosten trägt der geprüfte Versicherer, falls der Verdacht auf schwere Mängel vorliegt.

Art. 25

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Pezzatti, Borer, Bortoluzzi, Cassis, de Courten, Frehner, Humbel, Schmid-Federer, Stahl, Stolz, Weibel)

Al. 2

... à la charge de l'assureur contrôlé s'il y a soupçon de manquements graves.

Pezzatti Bruno (RL, ZG): Der Antrag, der zum vorliegenden Minderheitsantrag geführt hat, wurde in der Kommission von Kollege Thomas Weibel eingereicht. Nachdem er in der Kommission als Berichterstatter unserer Kommission bestimmt wurde, habe ich als Mitunterzeichner dieses Minderheitsantrages mich bereiterklärt, ihn hier zu vertreten.

Obwohl die Bestimmung der Kostenüberwälzung aus dem VAG übernommen wurde, sind die beiden Systeme nicht miteinander vergleichbar, da die privaten Versicherer für die Aufsicht generell bezahlen. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung würde eine solche Regelung zu zusätzlichen Verwaltungskosten führen. Dies gibt dem Staat die Möglichkeit, die staatliche Finanzierung zulasten der Prämienzahler zu reduzieren. Muss der Versicherer diese Kosten übernehmen, bleibt ihm aufgrund der gesetzlichen Vorschriften nichts anderes übrig, als sie über Prämienhöhungen zu finanzieren. Damit tragen die Versicherten die Kostenfolgen dieses Artikels.

AB 2014 N 1366 / BO 2014 N 1366

Das Erlassen der Kosten in sogenannten Ausnahmefällen, wie es der Ständerat beschlossen hat, ergibt keine zufriedenstellende Lösung. Die Krankenversicherer sollen diese Kosten nur dann übernehmen, wenn ein Verdacht auf schwere Versäumnisse vorliegt. In Anbetracht der gemäss Botschaft nur minimalen personellen



Aufstockung der Aufsichtsbehörde ist es übrigens auch umso wichtiger, dafür zu sorgen, dass die Aufsichtstätigkeit nicht in zunehmendem Masse an externe Revisionsstellen delegiert wird. Diese Gefahr besteht aus meiner Sicht, wenn die Kosten im Regelfall vom Versicherer zu tragen sind.

In diesem Sinne ersuche ich Sie auch im Namen der FDP-Liberalen Fraktion, den Minderheitsantrag zu unterstützen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die grünliberale Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit.

Steiert Jean-François (S, FR): Ich empfehle Ihnen im Namen der SP-Fraktion, der Mehrheit zu folgen.

Das Prinzip der Kostenüberwälzung bei Zusatzmandaten der Aufsichtsbehörde ist aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz übernommen. Dies würde für eine gewisse Kohärenz zwischen den Bestimmungen über die Aufsicht in beiden Bereichen der Krankenversicherung, sowohl im obligatorischen wie im überobligatorischen Bereich, sorgen. Grundsätzlich ist der Minderheitsantrag Pezzatti sympathisch, auch aus Sicht der Versicherten, weil damit mehr Kosten über die Steuern abgewickelt würden, sie somit etwas sozialer finanziert würden, und etwas weniger über die Prämien; das heisst, wir hätten eine leichte Sozialisierung der Kosten. Dies als Antrag eines freisinnigen Kollegen ist grundsätzlich sympathisch, auch aus Sicht der Versicherten. Nur sollten wir nicht eine allzu rigide Lösung, wie sie eben Kollega Pezzatti beantragt, ins Gesetz schreiben. Wir brauchen vielmehr Lösungen, die in beide Richtungen flexibel sind und die der Situation des Versicherers Rechnung tragen.

Der Grundsatz muss sein: Der Versicherer trägt die Kosten. Bereitet dies erhebliche Schwierigkeiten, kann die Aufsichtsbehörde Ausnahmen bewilligen, wie das der Ständerat vorgesehen hat. Das Modell der Mehrheit ist vermutlich auch hinsichtlich der Praxis das sinnvollere. Es ist nicht nur vom Prinzip her sinnvoller, sondern auch administrativ, von den Verwaltungsaufwänden her, sehr viel einfacher zu handhaben als das Modell, das uns von der Minderheit vorgeschlagen wird. Noch einmal: Das Modell der Minderheit weckt bestimmte Sympathien, auch wegen der Verteilungseffekte, aber in der Praxis stellt es mehr Probleme, als es löst.

Ich empfehle Ihnen daher, der Mehrheit zu folgen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die BDP-Fraktion und die CVP/EVP-Fraktion unterstützen den Antrag der Minderheit. Die grüne Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit.

de Courten Thomas (V, BL): Herr Steiert, ich vertrete die gegenteilige Auffassung. Wir haben Aufsichtsfunktionen, die in diesem Gesetz geregelt werden sollen, wir haben die Aufsichtsbehörde, die ihre Arbeit machen muss, wir haben die externe Revisionsstelle, die ihre Tätigkeit ausüben soll, und wir haben jetzt nochmals die Aufsichtsbehörde in Artikel 25 Absatz 2, die der externen Revisionsstelle zusätzliche Prüfaufträge – zusätzlich zur ordentlichen Prüfung – erteilen kann. Wir haben die gleichen Mechaniken übrigens auch nochmals in Artikel 33 Absatz 4, wo es um die Kostenüberwälzung geht. Ich bin ein Stück weit mit Ihnen einverstanden, dass im ordentlichen Gesetzesvollzug die Kosten der Aufsicht auch durch die Versicherer getragen werden müssen. Aber wenn es um zusätzliche, ausserordentliche Prüfpunkte geht, dann müssen auch vonseiten der Aufsichtsbehörde ein klar begründbarer Verdacht oder entsprechende Fakten vorliegen, die diese Zusatzprüfungen, die ja nicht nur mehr kosten, sondern auch mit zusätzlichen administrativen Belastungen verbunden sind, entsprechend rechtfertigen. Wenn sich dieser Verdacht in der Prüfung erhärtet und diese Zusatzprüfung zu Recht erfolgt ist, bin ich einverstanden, dass die Kosten überwältzt werden. Das ist der Antrag der Minderheit Pezzatti. Aber wenn sich der Verdacht als unbegründet erweist und der Beauftragte seine Geschäftstätigkeit nach bestem Wissen und Gewissen und ordnungsgemäss ausgeübt hat, besteht kein Grund, ihm von der Behörde willkürlich zusätzliche Aufsichtskosten zu überbinden.

Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

Berset Alain, conseiller fédéral: A l'article 25 alinéa 2, je vous invite à suivre la majorité de la commission. En suivant le débat, on a l'impression qu'il s'agit de savoir qui va payer la facture si des éclaircissements devaient s'avérer nécessaires pour garantir la transparence et le bon fonctionnement du système d'assurance-maladie. La question n'est pas tellement de savoir si ce sont les caisses qui paieront ou si c'est l'Office fédéral de la santé publique qui devra financer ces éclaircissements. A la fin, ce sont les assurés, les personnes qui financent les primes, qui devront payer les éclaircissements supplémentaires. Je dis cela pour bien vous indiquer que les éclaircissements ne se feraient que dans les cas où cela est justifié par la stabilité et la transparence de l'ensemble du système. On ne doit donc pas partir de l'idée que de multiples études supplémentaires qui ne sont pas utiles, ni absolument nécessaires, seront faites pour je ne sais quelle raison. Cela ne ferait que charger plus les assurés qui paient des primes. Les études complémentaires doivent être fondées; il faut



expliquer pour quelles raisons elles doivent être faites.

Le critère posé par la proposition de la minorité Pezzatti ne suffit pas. Des mandats supplémentaires peuvent être confiés, et pas uniquement en cas de soupçon de manquements graves. Un éclaircissement peut en effet être rendu nécessaire dans d'autres cas, par exemple dans le cas d'une évolution très rapide du marché nécessitant d'infirmer ou de confirmer des faits.

Dans la proposition de la minorité Pezzatti, on part de l'idée que les seuls éclaircissements nécessaires seraient motivés par des manquements graves des caisses à leurs responsabilités. Nous ne partons pas de l'idée que les caisses commettent des manquements graves à leurs obligations. Au contraire. Mais nous partons de l'idée que parfois, avec l'évolution réelle du marché, il peut être nécessaire, dans des cas particuliers – mais on ne les connaît pas tous à l'avance, il faut une certaine flexibilité –, d'effectuer des recherches et des études complémentaires. Ensuite, si ces études complémentaires doivent être réalisées, la question se pose naturellement de savoir qui doit les financer.

De plus, j'aimerais faire remarquer un problème que nous pourrions rencontrer en suivant la proposition de la minorité Pezzatti. Il s'agirait du cas effectif de manquement grave, qui toucherait une caisse de taille petite ou moyenne, que les frais en études complémentaires pourraient conduire à des difficultés financières. Je dois bien admettre avec vous qu'il s'agit d'un cas un peu théorique; cela montre néanmoins que, rédigée de cette manière, la proposition de la minorité Pezzatti est trop rigide et ne permet pas de tenir compte de la multiplicité des cas qui peuvent se présenter dans la pratique, qui peut être complexe.

On ne peut pas imaginer aujourd'hui chaque détail. Je vous rappelle enfin que si des études complémentaires devaient être financées, elles le seraient in fine par les assurés; l'Office fédéral de la santé publique sera naturellement très attentif à ne le faire qu'en cas de nécessité absolue.

C'est par cette argumentation, qui est aussi celle de la majorité de la commission, qui a eu raison dans ce cas, que je vous invite, au nom du Conseil fédéral, à adopter la proposition de la majorité à l'article 25 alinéa 2.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Unbestritten ist, dass die Aufsichtsbehörde externen Revisionsstellen zusätzliche Aufträge erteilen und besondere Prüfungen anordnen kann. Der Knackpunkt ist nun aber die Frage, wer die

AB 2014 N 1367 / BO 2014 N 1367

Kosten für solche zusätzlichen Prüfungen der Versicherer trägt.

Die Mehrheit übernimmt die Regelung des Ständerates, welche aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz übernommen worden ist. Das ist kohärent, auch wenn in diesem Saal mehrfach darauf hingewiesen worden ist, dass die Geschäftsfelder wenig vergleichbar sind.

Die Minderheit verlangt, dass der geprüfte Versicherer die Kosten nur dann tragen soll, wenn er mit dem Verdacht auf schwere Mängel Anlass dazu gegeben hat. Es wurde auch argumentiert, dass das Ergebnis der Regelung der Mehrheit, wonach die Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen Kosten erlassen kann, unklar und die Umsetzung heute intransparent ist.

Die SGK beantragt Ihnen mit 12 zu 10 Stimmen, dem Ständerat zu folgen und den Antrag der Minderheit Pezzatti abzulehnen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Frau Moret, die Berichterstatterin französischer Sprache, verzichtet auf ein Votum.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10642)

Für den Antrag der Minderheit ... 117 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 63 Stimmen

(1 Enthaltung)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 26–32

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates





Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 33

Antrag der Mehrheit

Abs. 1–3, 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

... belastet werden, wenn bei der Kontrolle ...

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 33

Proposition de la majorité

Al. 1–3, 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

... concernée, si le contrôle révèle ...

Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): Ich werde kurz meinen Minderheitsantrag begründen: Mit Artikel 33 Absatz 4 sollen die Kosten einer Überprüfung der Einhaltung dieses Gesetzes dem kontrollierten Unternehmen belastet werden können. Mit meiner Minderheit will ich bei der Fassung von Bundesrat und Ständerat bleiben, damit die Liste der Fälle, in denen die Kosten übertragen werden können, nicht abschliessend ist. Eine abschliessende Aufzählung der Fälle ist hier nicht sinnvoll. Es ist nie im Voraus absehbar, welche Situationen eintreten können. Wenn eine Krankenkasse zum Beispiel die Arbeiten stark behindert und dadurch grosse Mehrkosten entstehen, sollte es ebenfalls möglich sein, die Kosten der Krankenkasse zu übertragen. Deshalb will ich eben bei der Fassung bleiben, die der Bundesrat beantragt hat, und bitte Sie, meiner Minderheit zu folgen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die SVP-Fraktion und die BDP-Fraktion unterstützen den Antrag der Mehrheit.

Heim Bea (S, SO): Ich verstehe, dass sich niemand zu Wort meldet, denn hier geht es um ein einziges Wort, um ein unverdächtiges Wort, um das Wort "insbesondere". Aber dieser Begriff hat es in sich. Warum will man dieses Wort streichen? Was wären die Folgen?

Absatz 4 besagt: "Zur Überprüfung der Einhaltung dieses Gesetzes kann die Aufsichtsbehörde jederzeit Dritte heranziehen. Die Kosten können dem kontrollierten Unternehmen belastet werden" – und nun kommt das besagte Wort –, "insbesondere wenn bei der Kontrolle Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen festgestellt werden." Würde das Wort "insbesondere" gestrichen, hätte dies zur Folge, dass in der Verordnung sämtliche Fälle, in denen die Kosten auf das Unternehmen, also auf die Versicherung, übertragen werden, abschliessend aufzuzählen wären. Das aber ist ein Ding der Unmöglichkeit. Denn alle erdenklichen Situationen quasi vorauszusehen ist schlicht nicht möglich. So muss es z. B. auch möglich sein, grosse Mehrkosten, die entstehen, wenn eine Kasse die Arbeiten gezielt oder stark behindert, dieser Kasse zu übertragen. Der Fantasie bezüglich solcher Behinderungsstrategien sind ja keine Grenzen gesetzt. Darum macht eine abschliessende Liste der Bedingungen, unter welchen solche Kosten auf die Kasse übertragen werden können, keinen Sinn.



Deshalb empfiehlt Ihnen die SP-Fraktion, der Minderheit zu folgen, also dieses Wort "insbesondere" nicht zu streichen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die grünliberale Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit. Die grüne Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit.

Humbel Ruth (CE, AG): Zwischen dieser Bestimmung und dem Beschluss, den wir soeben bei Artikel 25 Absatz 2 getroffen haben, besteht ein gewisser Zusammenhang, nämlich jener, dass wir unbestimmte Gesetzesbegriffe möglichst vermeiden und Klarheit schaffen möchten, wann die Aufsichtsbehörde eine externe Revisionsstelle beiziehen und die Kosten auf den geprüften Versicherer überwälzen kann.

Hier geht es um eine ähnliche Frage: Wann können die Kosten dem kontrollierten Unternehmen belastet werden? Für uns ist es auch wichtig und richtig, dass abschliessend definiert ist, wann die Aufsichtsbehörde eine dritte Stelle beiziehen kann, welche dann ebenfalls kontrolliert. Die Aufgabe, die Aufsicht wahrzunehmen, obliegt dem BAG. Es hat dann Externe beizuziehen, wenn gewisse Umstände gegeben sind, welche ein spezifisches Sachwissen notwendig machen. Deshalb ist es richtig, dass wir den unbestimmten Begriff "insbesondere" streichen und klar festschreiben, dass die Kosten überwält werden können, wenn Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen festgestellt werden.

Die CVP/EVP-Fraktion möchte diese Klarheit im Gesetz, auch um Rechtssicherheit gegenüber den Versicherten zu schaffen, und bittet Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Herr Bundesrat Berset verzichtet auf ein Votum.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Die Formulierung der Kommissionsmehrheit ist eindeutig und lässt keinen Interpretationsspielraum offen, da das Kriterium für

AB 2014 N 1368 / BO 2014 N 1368

Kosten, die durch den Einsatz Dritter anfallen und auf das kontrollierte Unternehmen überwält werden, klar abgegrenzt und klar formuliert ist; es handelt sich um eine abschliessende Aufzählung. Die Kommissionsminderheit bricht diese Präzision auf. Sie öffnet mit dem Begriff "insbesondere" die Möglichkeit für weitere, allenfalls auch willkürliche Fälle und schafft damit Rechtsunsicherheit.

Sie haben es gehört: Es wird argumentiert, dass eine abschliessende Auflistung nicht sinnvoll sei, weil Sonderfälle nicht adäquat abgehandelt werden könnten. Ich erinnere an das Votum bezüglich Behinderungsstrategie der Versicherer. In der Kommissionssitzung – das übernehme ich so zuhanden des Amtlichen Bulletins für den Fall, dass der Minderheitsantrag obsiegen sollte – hat die Verwaltung versprochen, von dieser Möglichkeit nicht exzessiv Gebrauch zu machen.

Dennoch will die Kommissionsmehrheit eine abschliessende Auflistung. Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 9 zu 5 Stimmen bei 1 Enthaltung, das Wort "insbesondere" zu streichen.

Abs. 4 – Al. 4

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10643)

Für den Antrag der Mehrheit ... 114 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 58 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 34–36

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 37





Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde verfügt angemessene sichernde Massnahmen ... erscheinen, wenn ein Versicherer die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG in schwerwiegender Weise verletzt, Anordnungen ...

Abs. 2

Sie kann:

...

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, van Singer)

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 37

Proposition de la majorité

Al. 1

Lorsqu'un assureur transgresse gravement les dispositions ... l'autorité de surveillance décide de mesures conservatoires appropriées qui lui paraissent ...

Al. 2

Elle peut:

...

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, van Singer)

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Steiert Jean-François (S, FR): Au nom de la minorité, je vous propose d'adhérer à la décision du Conseil des Etats.

La version adoptée par le Conseil des Etats prévoit des dispositions claires. Il s'agit d'assureurs qui ne respectent pas les dispositions de la présente loi ou de la LAMal, qui ne se conforment pas aux instructions de l'autorité de surveillance ou, de manière un peu plus générale, qui ne tiennent pas compte des intérêts des assurés dès lors que ces intérêts peuvent être menacés. La majorité de la commission demande une transgression grave des dispositions légales ou réglementaires pour justifier une intervention. Elle ouvre ainsi la porte à des recours à la moindre intervention et vide l'article d'une bonne partie de sa substance. Il est irritant par ailleurs que des représentants des assureurs s'engagent ainsi au sein même du Parlement et de la commission pour une réduction massive d'une surveillance qui les concerne directement. Cela nous pose, outre la question du contenu, aussi celle de la représentation d'entreprises, certes privées, mais qui agissent par délégation d'un mandat public.

La version du Conseil des Etats donne une petite marge d'appréciation au bénéfice des assurés. La version adoptée par la majorité de la commission donne une marge de manoeuvre importante au bénéfice des assureurs, c'est toute la différence. Avec la version de la majorité de la commission, pour être moins technique et argumenter dans des domaines plus connus, c'est un petit peu comme si le Code pénal prévoyait désormais que les tribunaux n'interviennent que pour certaines catégories de voleurs, mais pas pour tout le monde, ou que si un automobiliste passe au rouge, on ne dit rien la première fois, ni la deuxième, ni la troisième, ni la quatrième encore, mais qu'à partir de la cinquième, on commence à intervenir. C'est une manière de faire un peu étrange dans un Etat de droit.

Enfin, la proposition de la majorité formalise excessivement les mesures conservatoires qui doivent être prises, ce qui les ralentit et permet aux quelques assureurs qui ne seraient pas de bonne foi des mesures dilatoires devant la justice, même sans la moindre justification. Cette disposition va donc clairement à l'encontre des objectifs que poursuit la présente loi.

C'est la raison pour laquelle nous vous recommandons de soutenir la décision du Conseil des Etats.





Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die CVP/EVP-Fraktion und die grünliberale Fraktion unterstützen den Antrag der Mehrheit.

de Courten Thomas (V, BL): Mein Vorredner, Herr Steiert, hat soeben vom Rechtsstaat gesprochen, der in seinen Augen den Minderheitsantrag rechtfertigt. Wenn Sie die Fahne anschauen, sehen Sie, wo die Differenz zwischen Mehrheit einerseits und Minderheit beziehungsweise Bundesrat und Ständerat andererseits liegt. Die Mehrheit will, dass entsprechende sichernde Massnahmen, um welche es hier geht, dann zur Anwendung kommen, wenn gegen die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG in schwerwiegender Weise verstossen wird. Bei den sichernden Massnahmen geht es gemäss Absatz 2 um die freie Verfügung über die Vermögenswerte einer Krankenkasse, es geht um die Sperrung von Vermögenswerten einer Krankenkasse, und es geht darum, dass Befugnisse von Amtes wegen teilweise oder ganz Dritten übertragen werden. Es geht weiter darum, den gesamten Versicherungsbestand einer anderen Krankenkasse zu übertragen, es geht um die Abberufung der leitenden Organe, sowohl auf operativer wie auf strategischer Ebene, und es geht um Prämien erhöhungen, Sanierungspläne und Insolvenzerklärungen. All das sind schwerwiegendste Eingriffe in die unternehmerische Gestaltungsfreiheit der entsprechenden Versicherungsunternehmen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass lediglich die Formulierung "die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG nicht einhält" – wenn also irgendeine dieser Bestimmungen, die wir alle vorher beraten haben, nicht eingehalten wird – diese staatlichen Eingriffe in die unternehmerische Freiheit rechtfertigen soll. Das kann nicht sein!

AB 2014 N 1369 / BO 2014 N 1369

Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen, vernünftig zu bleiben und diese Eingriffe beziehungsweise dieses Instrumentarium nur freizugeben, wenn tatsächlich Gesetzesverletzungen "in schwerwiegender Weise" vorliegen.

Berset Alain, conseiller fédéral: En réalité, Monsieur de Courten a montré quelles sont les différences entre la version du Conseil fédéral, du Conseil des Etats et de la minorité de votre commission d'une part, et celle de la majorité d'autre part. J'ai compté pour ma part trois différences.

La première consiste à s'entendre sur ce qui constitue une transgression grave. La majorité propose de convenir qu'il faut qu'un assureur "transgresse gravement les dispositions" de la loi pour que des mesures conservatoires soient possibles. Cela pose tout de même le problème de la définition de ce qu'est une transgression grave, et automatiquement, la question de savoir si une petite transgression de la loi est possible, acceptable, si une petite inégalité par-ci par-là est du domaine de l'acceptable. Cela ne peut pas être le sens de la proposition de la majorité de la commission, parce que le principe du respect de la légalité et du fonctionnement en conformité aux lois est essentiel, et on ne peut pas, comme ça, y déroger. Il faudra donc préciser ce que l'on entend par là.

La deuxième différence, c'est qu'il est indiqué qu'il ne s'agit plus, pour l'autorité de surveillance, de prendre des mesures conservatoires, mais de décider de mesures conservatoires. La différence, ici, est qu'il faut pour cela une décision formelle de la part de l'autorité, ce qui ne peut conduire qu'à rallonger les procédures et notamment, peut-être, à laisser passer plus de temps que nécessaire avant que les mesures puissent être vraiment effectives.

La troisième différence concerne l'alinéa 2. La majorité de la commission souhaite une liste qui soit exclusive, complète, alors que, dans la version du Conseil fédéral, le "notamment" laissait une certaine ouverture. Je dois vous dire qu'il est possible que cette liste exclusive ait quelques effets qui ne soient pas souhaités par la majorité. En effet, on ne peut pas imaginer que l'autorité se serve de ce "notamment" pour prendre des mesures qui vont plus loin que ce qui est listé à l'alinéa 2. On peut, en revanche, imaginer des mesures qui aillent moins loin, qui soient un peu plus modérées. Or en enlevant cette marge de manoeuvre à l'autorité, vous allez plutôt la contraindre, là où une mesure plus légère eût été appropriée, à prendre en fait la mesure la plus dure. Si c'est ce que vous voulez, cela représente effectivement une possibilité d'agir pour l'Office fédéral de la santé publique, mais je ne crois pas que ce soit le sens de ce que souhaite la majorité.

A partir de là, j'ai bien perçu qu'il se pourrait que vous créiez une divergence avec le Conseil des Etats à ce sujet. Cela fera certainement encore l'objet de discussions.

Par cette argumentation, j'aimerais donc vous inviter à soutenir la version du Conseil fédéral, ce qui signifie dans le cas présent voter pour la proposition de la minorité de la commission.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Die Mehrheit der Kommission ist einverstanden, dass die Aufsichtsbehörde die Kompetenz haben soll, nach dem Prinzip der Verhältnismässigkeit die notwendigen Massnahmen, notfalls auch einschneidende Entscheide zu treffen. Diese Interventionen müssen jedoch klar umschrieben, voraussehbar und auch berechenbar sein. Das erfordert aber zwingend eine abschliessende



Auflistung der Massnahmen im Gesetz. Die Diskussion über die Wirkung des Wortes "insbesondere" haben wir ja soeben geführt. Die sichernden Massnahmen müssen zudem auf dem Verfügungsweg erlassen werden, damit Rechtssicherheit geschaffen wird. Mit diesem transparenten und sauberen Verfahren werden das Vertrauen in die Aufsichtsbehörde und deren Akzeptanz gestärkt.

Die Minderheit argumentiert, dass das Bundesamt eine unterjährige Prämienhöhung oder andere Sanierungsmassnahmen anordnen können muss, beispielsweise wenn die finanzielle Situation einer Kasse sehr schlecht ist und die Anforderungen betreffend Mindestreserven nicht mehr eingehalten werden können.

Die SGK empfiehlt mit 12 zu 8 Stimmen bei 2 Enthaltungen, den Antrag der Minderheit Steiert abzulehnen.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: La majorité de la commission considère qu'il est préférable de créer plus de clarté dans le texte et d'augmenter la sécurité juridique. Selon le principe de la proportionnalité, l'autorité de surveillance doit disposer de mesures appropriées et doit pouvoir prendre les décisions nécessaires. Ces interventions doivent être clairement décrites, prévisibles et quantifiables. Cela revient donc à lister ces mesures dans la loi. La transparence des procédures et des procédures claires permettent une plus grande confiance envers l'autorité de surveillance.

Pour ces motifs, la commission vous invite à rejeter la proposition de la minorité Steiert à l'article 37, par 12 voix contre 8 et 2 abstentions à l'alinéa 1 et par 13 voix contre 8 et 2 abstentions à l'alinéa 2.

Abs. 1, 2 – Al. 1, 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10644)

Für den Antrag der Mehrheit ... 114 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 57 Stimmen

(4 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 38

Antrag der Kommission

Abs. 1

... Aufsichtsmassnahmen gemäss Artikel 37 umzusetzen.

Abs. 2–4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 38

Proposition de la commission

Al. 1

... de surveillance au sens de l'article 37 qu'elle a ordonnées.

Al. 2–4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 39–42

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 43, 43a, 44–46

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates



Antrag der Minderheit

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 43, 43a, 44–46

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

AB 2014 N 1370 / BO 2014 N 1370

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

Art. 47–50

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 51

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Heim, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Rossini, Schenker Silvia, Steiert)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 51

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Heim, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Rossini, Schenker Silvia, Steiert)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Frau Heim verzichtet auf ein Votum zur Begründung ihres Minderheitsantrages zu Artikel 51.

Steiert Jean-François (S, FR): Die SP-Fraktion unterstützt die Minderheit Heim, das heisst den Entwurf des Bundesrates.

Der Beschluss des Ständerates, der von der Mehrheit zur Zustimmung empfohlen wird, ist etwas befremdend, weil er die Frage der Risikoabhängigkeit des Fonds auf eine etwas erstaunliche Art regelt. Wir befinden uns hier in einem ausgesprochenen Risikobereich. Es geht darum, nach Ausschöpfung der Reserven, nach Ausschöpfung allfälliger Rückstellungen für offene Rechnungen über quasi eine dritte Stufe für zusätzliche Risiken zu verfügen.

Wir haben heute im entsprechenden Fonds einen Betrag von 80 Millionen Franken. Wenn beispielsweise ein grosser Versicherer wie die Helsana heute in eine Situation käme, in der Reserven und Rückstellungen aufgebraucht wären und nach wie vor Verpflichtungen vorlägen, dann würden die Leistungen noch für drei bis vier Tage ausreichen. Drei bis vier Tage, das kann nicht seriös sein!





Aus Sicht der Versicherten besteht sicher kein Interesse an übermässigen Reserven. Die Vergangenheit hat uns aber gezeigt, dass gröbere Insolvenzfälle durchaus möglich sind. Wir wünschen sie alle nicht, aber sie geschehen immer wieder. Die Streichung der Risikoorientierung macht faktisch den ganzen Artikel weitgehend zu einem Papiertiger, was der Glaubwürdigkeit der Insolvenzbestimmungen und damit einer wichtigen Funktion dieses Gesetzes nicht zuträglich ist.

Aus diesen Gründen empfehlen wir Ihnen, der Position des Bundesrates zu folgen und über einen Fonds zu bestimmen, der risikoabhängig gestaltet werden kann.

Berset Alain, conseiller fédéral: J'aimerais vous inviter, à l'article 51, à suivre la minorité de la commission. Il s'agit de préciser que, quand l'institution commune fixe le montant du fonds d'insolvabilité, elle doit tenir compte des risques que le fonds doit couvrir, et non pas d'autres critères. Il vaut la peine de le formuler explicitement. L'alinéa 2 précise quels sont ces risques. Nous vous invitons à conserver aussi l'alinéa 3 parce qu'il permet à l'autorité qui est la mieux placée pour juger de la situation globale, à savoir l'autorité de surveillance, d'agir dans les cas où ce serait nécessaire.

En résumé, l'alinéa 1 devrait être adopté dans sa teneur d'origine, comme le proposent le Conseil fédéral et la minorité. Nous souhaiterions que les alinéas 2 et 3 soient également maintenus.

Je vous invite à suivre le Conseil fédéral et la minorité de la commission.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: Die Mehrheit der Kommission und der Ständerat sind überzeugt, dass der Insolvenzfonds sich bewährt hat. Es braucht keine detaillierte gesetzliche Regelung. Es macht durchaus Sinn, dass die gemeinsame Einrichtung die Höhe des Insolvenzfonds festlegt. Es braucht auch keine detaillierte Anweisung, aufgrund welcher Kriterien die Höhe festzulegen sei. Bereits der Ständerat hat dieser Änderung zugestimmt. Dass die gemeinsame Einrichtung nicht risikobasiert entscheidet, ist eine Unterstellung, die nicht zu belegen ist.

Die Minderheit will dem Bundesrat folgen. Der Entwurf des Bundesrates sieht vor, dass weiterhin die gemeinsame Einrichtung die Höhe des Insolvenzfonds festlegt. Im Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung sind auch die Versicherer vertreten. Dieser Stiftungsrat soll die Höhe des Fonds aufgrund der erkannten Risiken festlegen. Wenn beispielsweise eine Kasse rasch in Konkurs zu geraten droht, ist das Risiko hoch, und demzufolge muss auch der Insolvenzfonds höher dotiert werden. Wenn aber die gemeinsame Einrichtung den Fonds nicht erhöht oder die Aufsichtsbehörde der Auffassung ist, dass der Fonds höher sein müsste, dann könnte das Bundesamt diese Situation mit Absatz 3 steuern. Das Bundesamt würde bestimmen, wie hoch der Insolvenzfonds dotiert sein müsste. Es gehe hier nicht darum, möglichst viel Geld zu horten, sondern darum, dass genügend Geld vorhanden sei, damit bei einer allfälligen Insolvenz eines Versicherers die Situation überbrückt werden könne, bis die offenen Rechnungen bezahlt seien. So wurde in der Kommission seitens der Befürworter des Minderheitsantrages argumentiert.

Die Kommission empfiehlt mit 12 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung, dem Ständerat zu folgen und den Minderheitsantrag abzulehnen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Frau Moret, die Berichtstatterin französischer Sprache, verzichtet auf ein Votum. Die grünliberale Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützt.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10645)

Für den Antrag der Mehrheit ... 115 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 58 Stimmen

(3 Enthaltungen)

Art. 52–55

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 56

Antrag der Mehrheit





Abs. 1

...

a. ... Artikel 7, 8, 9 oder 34 verstösst;

...

c. Streichen

...

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

...

g. den Geschäftsbericht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist einreicht.

Abs. 4, 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

AB 2014 N 1371 / BO 2014 N 1371

Antrag der Minderheit

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, van Singer)

Abs. 1 Bst. a

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Abs. 1 Bst. c

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Humbel, Schmid-Federer)

Abs. 3 Bst. d

Streichen

Art. 56

Proposition de la majorité

Al. 1

...

a. ... aux articles 7 à 9 ou 34;

...

c. Biffer

...

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

...

g. ne présente pas le rapport de gestion dans le délai fixé par la loi.

Al. 4, 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, van Singer)

Abs. 1 let. a

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Al. 1 let. c





Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Humbel, Schmid-Federer)

Al. 3 let. d

Biffer

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Wir führen eine einzige Debatte über die Minderheitsanträge.

Rossini Stéphane (S, VS): A l'article 56, dans son élan de générosité ou de laxisme, c'est selon, en matière de rigueur de surveillance et de bonne gouvernance, la majorité de la commission a biffé comme motif d'amende le non-respect des délais fixés pour la remise du rapport de gestion.

Si je me mets un instant à la place d'un membre de la Commission de gestion, et que j'observe nos exigences sans cesse accrues en termes de délais imposés aux entreprises sur lesquelles nous appliquons, année après année, la haute surveillance, que j'observe notre attitude lorsque nous décortiquons les rapports d'activité avec les présidents, directrice et directeurs de la Poste, des CFF, de Swisscom, des écoles polytechniques et de la RUAG ou encore que j'observe nos exigences accrues à l'égard du Conseil fédéral en termes de raccourcissement des délais lorsqu'il s'agit de traiter le rapport annuel sur les assurances sociales, je m'étonne un peu de la passivité dont on fait preuve à l'égard de cet objet, à savoir le respect des délais pour la remise des rapports de gestion.

Cette décision donne une étrange impression, l'impression de faire des assureurs-maladie un acteur privilégié, un acteur protégé du système de santé. C'est une forme de toute-puissance qui s'exprime sur des points qui ne devraient pas faire l'objet de la moindre discussion.

Au cours de ces débats, on a très souvent observé que le bon sens et la bonne gouvernance, notamment à travers le respect des délais, ont peu d'influence lorsqu'il s'agit des caisses-maladie.

Cette attitude consistant à banaliser ce délai relativise les règles du jeu. Il n'y a pas de petites ou de grandes règles du jeu. Il y a des règles, ou il n'y en a pas. Nous viendrait-il à l'idée, dans le cadre des procédures judiciaires ou du fonctionnement des tribunaux par exemple, de sous-estimer ou de banaliser la question des délais? Jamais! Les délais sont importants. Le respect de tout délai fait partie des règles d'organisation et de fonctionnement de notre ordre juridique; c'est un élément qui structure les bonnes relations entre les acteurs et les partenaires concernés par l'application de la loi.

Je vous invite donc à soutenir ma proposition de minorité, soit la décision du Conseil des Etats et le projet du Conseil fédéral.

de Courten Thomas (V, BL): Es geht bei diesem letzten Artikel, zu dem es noch Minderheitsanträge gibt, um die Übertretung und die entsprechenden Strafmasse. Ich bitte Sie, da ein gewisses Augenmass zu bewahren. Um dieses Augenmass zu bewahren, empfehle ich Ihnen, bei Artikel 56 Absatz 1 die Anträge der Minderheiten Rossini abzulehnen und dafür meinem Minderheitsantrag zu Absatz 3 Buchstabe d zuzustimmen.

Wenn wir konkrete Fälle anschauen, in denen diese Strafbestimmungen greifen sollen, dann sehen wir, dass allein die Einreichung eines Geschäftsberichtes, die etwas nach der Frist erfolgt, zu einer Busse von einer halben Million Franken für den Krankenversicherer führen kann. Ich finde, dass das für eine Übertretung schlichtweg unverhältnismässig ist.

Gleiches gilt für die Strafandrohung von 100 000 Franken, wenn in der Leistungsabrechnung durch die Krankenkasse Fehler passieren. Es ist offensichtlich: Dort, wo Menschen arbeiten, passieren auch Fehler. Angestellte eines Krankenversicherers werden mit jeder "frisierter" Rechnung potenziell straffällig; beispielsweise bei der Wahl kostengünstiger, aber gleichwertiger Medikamente droht bereits diese hohe Busse. Dies darf nicht der Fall sein.

Wenn Herr Rossini vorhin in diesem Bereich für die Härte des Gesetzes gegenüber den Krankenversicherern plädiert hat, dann werde ich ihn daran erinnern, wenn es um Strafbestimmungen bei anderen Verzögerungen geht, beispielsweise im Asylwesen, beispielsweise im Sozialwesen oder beispielsweise bei den weichen Drogen.

Heim Bea (S, SO): Artikel 56 regelt die Sanktionen bei Übertretungen von Einzelpersonen, die mutwillig und absichtlich mit ihrem Verhalten dem System der sozialen Krankenversicherung schaden. Bestraft werden soll vor allem der Vorsatz. Das Strafmass für vorsätzliche Verstösse soll so abschreckend sein, dass es Leute davon abhalten kann, ihrer gesetzlichen Pflicht nicht nachzukommen. Vorsatz und Schwere des Vergehens zu beurteilen ist dann Sache des Gerichtes.





Wer nun bei Artikel 56 Absatz 1 Buchstabe a aber der Kommissionsmehrheit folgt, muss sich schon den Vorwurf gefallen lassen, Übertreterinnen und Übertreter zu schützen, z. B. Personen von Holdinggesellschaften, unter deren Dach eine oder mehrere Krankenkassen agieren und die dann aber ihrer Auskunftspflicht nicht nachkommen und die Daten oder Belege, die für die Aufsicht erforderlich sind, nicht zur Verfügung stellen. Die Höhe der möglichen Busse bis zu maximal 500 000 Franken, d. h. also von 0 bis zu 500 000 Franken, soll von solchen Taktiken abhalten. Die Busse, wie gesagt, legt das Gericht im Rahmen der üblichen Verhältnismässigkeit und Einzelfallbeurteilung fest und nicht die Behörde. Das ist der Vorschlag von Bundesrat und Ständerat.

AB 2014 N 1372 / BO 2014 N 1372

Ich bitte Sie im Namen der Minderheit Rossini, diesem Vorschlag zu folgen.

Ein zweiter Punkt: Die Mehrheit der Kommission will in Artikel 56 Absatz 1 den Buchstaben c streichen. Dieser besagt, dass Sanktionen ausgesprochen werden können, wenn der Geschäftsbericht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist eingereicht wird. Das mag auf den ersten Blick erstaunen. Auf den zweiten Blick aber ist klar, worum es hier geht, nämlich um den Tatbestand, dass jemand vorsätzlich den Geschäftsbericht nicht fristgerecht einreicht – nicht weil irgendein Fehler unterlaufen ist, sondern weil er vorsätzlich gewisse Informationen nicht offenlegen will. Es geht also um das bewusste Verheimlichen wichtiger Tatbestände. Was das Strafmass angeht, muss man sich bewusst sein, dass es auch hier um den Vorsatz geht, der bestraft werden soll, und dass die Angemessenheit und die Verhältnismässigkeit dabei wie immer von den zuständigen Gerichten geprüft werden.

Die SP-Fraktion empfiehlt deshalb dem Rat, auch hier der Minderheit Rossini und damit dem Bundesrat und dem Ständerat zu folgen.

Humbel Ruth (CE, AG): Die Strafen werden massiv erhöht. Bussen müssen eine gewisse abschreckende Wirkung haben, damit sie nicht einfach leichtfertig hingenommen werden. Wenn eine Krankenkasse vorsätzlich oder grobfahrlässig Pflichten verletzt und damit gegen die Interessen der Versicherten verstösst, soll sie spürbar bestraft werden. Es wird aber ziemlich absurd, wenn mit Busse bis zu 500 000 Franken bestraft wird, wer den Geschäftsbericht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist einreicht. Es geht ja nicht um inhaltliche, um materielle Mängel, sondern es geht rein um eine Fristverletzung, und da ist eine solche Busse übertrieben. Die Kommissionsmehrheit versucht hier, die Verhältnismässigkeit einigermaßen zu wahren.

Die CVP/EVP-Fraktion wird bei den Buchstaben a, b und c der Mehrheit folgen.

Bei Absatz 3 Buchstabe d unterstützen wir die Minderheit de Courten. Worum geht es da? Mit Busse bis zu 100 000 Franken soll bestraft werden, wer Vorschriften über die Leistungsvergütung nach Artikel 34 Absatz 1 KVG verletzt. Artikel 34 Absatz 1 KVG regelt die Pflichtleistungen, also die Leistungen, die die Krankenversicherer bezahlen müssen. Wer diese Bestimmung verletzt, würde mit Busse bis zu 100 000 Franken bestraft. Worum geht es konkret? In einer Schwangerschaft beispielsweise dürfen nur zwei Ultraschallkontrollen bezahlt werden. Wenn nun ein Krankenversicherer eine dritte Ultraschallkontrolle bezahlte, würde er gebüsst werden. Bei der Physiotherapie sind höchstens vierzig Sitzungen vorgesehen. Wenn ein Krankenversicherer mehr bezahlte, würde er gebüsst werden. Ziemlich speziell wird es bei den Inkontinenzhilfen: Eine leichte Inkontinenz ist nicht als Krankheit qualifiziert, und es gibt keinen Anspruch auf Rückerstattung. Der Grad der Inkontinenz wird gemessen. Wenn ein Krankenversicherer Inkontinenzhilfen trotzdem bezahlte, würde er bestraft werden. Das ist eine abstruse Überregulierung. Die Krankenversicherer werden in der Öffentlichkeit gerade in diesen sensiblen Bereichen gerügt, wenn sie nicht bezahlen. Nun sollen sie noch gebüsst werden, wenn sie solche Leistungen rückvergüten. Das ist eine überschüssende Regulierung zum Nachteil der versicherten Patientinnen und Patienten. Eine solche Strafbestimmung sollten wir nicht in dieses Gesetz aufnehmen.

Die CVP/EVP-Fraktion wird der Minderheit de Courten folgen.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die BDP-Fraktion unterstützt bei Absatz 1 Buchstabe c den Antrag der Mehrheit und bei Absatz 3 Buchstabe d den Antrag der Minderheit.

Berset Alain, conseiller fédéral: A l'article 56 alinéa 1 lettre c, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Rossini, soit à adhérer à la décision du Conseil des Etats et au projet du Conseil fédéral.

A l'article 56 alinéa 3 lettre d, j'attire votre attention sur un élément extrêmement important et je vous invite à suivre la majorité de la commission. Il faut voir à quoi conduit la proposition de la minorité de Courten. Elle conduit à ce qu'il n'y ait pas de conséquence ou pas de conséquence autre qu'un constat que la loi n'est pas respectée lorsqu'un assureur-maladie décide de ne plus se conformer au catalogue des prestations remboursées et qu'il décide de ne plus rembourser une prestation. Si c'est cela qui est prévu par la minorité de Courten – et c'est le résultat de l'analyse auquel nous arrivons – nous risquons, d'une part, de créer une



inégalité de traitement entre les assureurs et, d'autre part, d'ouvrir une brèche qui n'est pas souhaitable dans le système d'assurance-maladie.

Je vous invite donc, par cette argumentation, à suivre la majorité de la commission.

Weibel Thomas (GL, ZH), für die Kommission: In Artikel 56 geht es um die Sanktionen. Zu diskutieren haben wir zwei unabhängige Themen: Einerseits ist die Frage gestellt, mit wie hohen Bussen das vorsätzliche späte, nichtfristgerechte Einreichen des Geschäftsberichtes belegt werden soll. Sind maximal 100 000 Franken angemessen? Oder sollen es bis zu 500 000 Franken sein? Die Mehrheit ist der Meinung, dass 100 000 Franken genügen, und lehnt deshalb den Antrag der Minderheit Rossini, welche die Obergrenze auf 500 000 Franken setzen will, ab.

Ihre SGK empfiehlt Ihnen mit 11 zu 9 Stimmen, der Mehrheit zu folgen.

Im zweiten Bereich will die Minderheit de Courten den Passus, dass Verletzungen von Vorschriften über die Leistungsvergütungen gemäss Artikel 34 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes mit Busse bestraft werden, aus der Liste der Strafandrohungen streichen. Es wurde erwähnt, dass Artikel 34 Absatz 1 KVG die Pflichtleistungen betrifft. Aber es geht nicht darum, wie Nationalrätin Humbel gesagt hat, zu büssen, wenn mehr als die Pflichtleistungen ausbezahlt wird. Es geht darum, diejenigen Leute zu belangen, welche nicht einmal die Pflichtleistungen ausrichten.

Die Kommissionmehrheit will wie der Bundesrat und der Ständerat nicht auf diese Regelung verzichten. Sie empfiehlt – der Entscheid fiel mit 10 zu 9 Stimmen bei 2 Enthaltungen –, den Minderheitsantrag de Courten abzulehnen.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: Concernant la proposition de la minorité Rossini à l'alinéa 1 lettre c, il ne s'agit pas de biffer purement et simplement la possibilité d'infliger une amende, comme on pourrait le comprendre après les explications de Monsieur Rossini, mais de déplacer cette disposition à l'alinéa 3 lettre g. En effet, lorsque le rapport de gestion n'est pas remis dans le délai fixé par la loi, il y a donc une violation de la loi qui doit être punie par une amende.

La question qui se pose alors est la suivante: quel est le montant de l'amende pour ce type d'infraction? La minorité Rossini propose, comme le Conseil des Etats et le Conseil fédéral, que l'amende soit prévue à l'alinéa 1, c'est-à-dire que son montant puisse atteindre 500 000 francs au plus. La majorité de la commission estime qu'il s'agit d'une infraction qui doit relever de l'alinéa 3, c'est-à-dire qu'elle peut être sanctionnée par une amende se montant à 100 000 francs au plus. A titre de comparaison avec le montant actuel des amendes, je vous rappelle que la nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance-maladie permet de fixer des amendes dont le montant est largement plus élevé qu'auparavant.

La commission vous prie donc, à une très courte majorité, de rejeter la proposition défendue par la minorité Rossini.

Concernant l'article 56 alinéa 3 lettre d et la proposition de la minorité de Courten, je ne répéterai pas les propos de Monsieur le conseiller fédéral Berset puisque ceux-ci ont convaincu la commission qui vous invite, par 10 voix contre 9 et 2 abstentions, à rejeter la proposition défendue par la minorité de Courten.

AB 2014 N 1373 / BO 2014 N 1373

Abs. 1 Bst. a – Al. 1 let. a

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Der Antrag der Minderheit ist hinfällig aufgrund der Abstimmung zu Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe b.

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

Abs. 1 Bst. c – Al. 1 let. c

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 56 Absatz 3 Buchstabe g.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10647)

Für den Antrag der Mehrheit ... 120 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 60 Stimmen





(0 Enthaltungen)

Abs. 3 Bst. d – Al. 3 let. d

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 12.027/10648)

Für den Antrag der Mehrheit ... 98 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 85 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 57–62

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ziff. I

Antrag der Minderheit I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Einleitung

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 1a Titel

Geltungsbereich und Gegenstand

Art. 1a Abs. 3

Das vorliegende Gesetz regelt insbesondere die Aufsicht über:

a. die Krankenkassen;

abis. die privaten Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004 (VAG) unterstehen;

b. die Rückversicherer;

c. die gemeinsame Einrichtung.

Gliederungstitel vor Art. 3

2. Titel: Obligatorische Krankenpflegeversicherung; Versicherungspflicht

1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen

Art. 4 Abs. 1

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem vorliegenden Gesetz eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen.

Art. 6a Abs. 3

... Artikel 15 Absätze 2bis und 2ter bleiben vorbehalten.

Art. 7 Abs. 2

... Der Versicherer muss die neuen, von der Aufsichtsbehörde genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.

Art. 7 Abs. 4

Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Artikel 14j.

Art. 7 Abs. 7

Der bisherige Versicherer darf eine versicherte Person nicht dazu zwingen, bei einem Wechsel des Versicherers auch die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Artikel 11 Absatz 2 zu kündigen.

Art. 7 Abs. 8



Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Artikel 11 Absatz 2 nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass die versicherte Person den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.

Gliederungstitel vor Art. 8

2. Kapitel: Ruhen der Unfalldeckung

Gliederungstitel vor Art. 11

2a. Titel: Durchführung der Krankenversicherung und Aufsicht

1. Kapitel: Organisation

1. Abschnitt: Versicherer

Art. 11 Titel

Krankenkassen

Art. 11 Abs. 1

Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetz durchführen.

Art. 11 Abs. 2

Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetz auch Zusatzversicherungen anzubieten, ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben. Diese Versicherungen unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908.

Art. 11 Abs. 3

Die Krankenkassen können zudem die Unfallversicherung mit der Einschränkung nach Artikel 70 Absatz 2 UVG betreiben.

Art. 11a Titel

Private Versicherungsunternehmen, die dem VAG unterstehen

Art. 11a Text

Die privaten Versicherungsunternehmen, die dem VAG unterstehen, können die soziale Krankenversicherung durchführen, soweit sie im Besitz einer Bewilligung im Sinn von Artikel 11b sind.

Gliederungstitel vor Art. 11b

2. Abschnitt: Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung

Art. 11b Titel

Bewilligung

Art. 11b Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde bewilligt den Versicherern im Sinn der Artikel 11 und 11a, welche die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllen und die Interessen der Versicherten gewährleisten, die Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

Art. 11b Abs. 2

Sie veröffentlicht eine Liste der zugelassenen Versicherer.

Art. 11c Titel

Bewilligungsvoraussetzungen

Art. 11c Text

Die Versicherer müssen:

- a. die Rechtsform der Aktiengesellschaft, der Genossenschaft, des Vereins oder der Stiftung aufweisen;
- b. ihren Sitz in der Schweiz haben;
- c. über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
- d. über ein ausreichendes Startkapital verfügen und jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen

AB 2014 N 1374 / BO 2014 N 1374

nachzukommen, und insbesondere über die erforderlichen Reserven verfügen;

e. über eine zugelassene externe Revisionsstelle verfügen;

f. die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten; sie dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden;



- g. die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anbieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen; auf Gesuch hin kann die Aufsichtsbehörde Versicherer in besonderen Fällen von dieser Verpflichtung befreien;
- h. die freiwillige Taggeldversicherung nach dem vorliegenden Gesetz durchführen;
- i. in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige oder -berechtigte Person aufnehmen;
- j. in der Lage sein, alle anderen Anforderungen dieses Gesetzes zu erfüllen.

Art. 11d Titel

Übertragung von Aufgaben

Art. 11d Abs. 1

Die Versicherer dürfen einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe, einem Verband der Versicherer oder Dritten Aufgaben übertragen.

Art. 11d Abs. 2

Nicht übertragen werden dürfen:

- a. die Oberleitung und die Kontrolle durch den Verwaltungsrat;
- b. sonstige zentrale Führungsaufgaben, einschliesslich des Erlasses von Verfügungen im Sinne von Artikel 49 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Art. 11d Abs. 3

Die Versicherer müssen sicherstellen, dass die Aufsicht über übertragene Aufgaben uneingeschränkt wahrgenommen werden kann.

Art. 11e Titel

Bewilligungsgesuch

Art. 11e Abs. 1

Das Bewilligungsgesuch muss der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.

Art. 11e Abs. 2

Dem Gesuch ist der Geschäftsplan beizulegen. Dieser muss folgende Angaben und Unterlagen enthalten:

- a. die Statuten, die Gründungsurkunde und den Handelsregisterauszug (Eintragung);
- b. die Organisation des Versicherers und gegebenenfalls der Versicherungsgruppe, zu der der Versicherer gehört;
- c. die namentliche Bezeichnung und die Lebensläufe der Mitglieder des Verwaltungsrates, des Stiftungsrates oder des Vorstandes und der Geschäftsleitung;
- d. die namentliche Bezeichnung der externen Revisionsstelle und des leitenden Revisors oder der leitenden Revisorin;
- e. Angaben über Personen, die direkt oder indirekt mit mindestens 10 Prozent des Kapitals oder der Stimmen am Versicherer beteiligt sind oder dessen Geschäftstätigkeit auf andere Weise massgebend beeinflussen können;
- f. Angaben zur finanziellen Ausstattung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach dem vorliegenden Gesetz;
- g. die Eröffnungsbilanz der Krankenkasse;
- h. die Planbilanzen und Planerfolgsrechnungen für die ersten drei Geschäftsjahre der Krankenkasse;
- i. falls vorhanden, den Rückversicherungsplan und die Rückversicherungsverträge;
- j. Angaben zur Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken;
- k. Angaben über den örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers;
- l. falls vorhanden, die Verträge oder sonstige Absprachen, durch die wesentliche Aufgaben des Versicherers übertragen werden sollen;
- m. die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung;
- n. die Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 62) und über die freiwillige Taggeldversicherung (Art. 67 bis 77) sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen;
- o. falls die Krankenkasse Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten zu betreiben beabsichtigt, die Mitteilung, dass sie bei der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (Finma) ein entsprechendes Gesuch gestellt hat;
- p. falls der Versicherer die Krankenversicherung im Fürstentum Liechtenstein durchführen will, die Mitteilung, dass er dort ein entsprechendes Gesuch gestellt hat.

Art. 11e Abs. 3

Die Aufsichtsbehörde kann weitere Angaben und Unterlagen verlangen, sofern diese für die Beurteilung des Gesuchs erforderlich sind.



Art. 11f Titel

Änderungen des Geschäftsplans

Art. 11f Abs. 1

Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 11e Absatz 2 Buchstaben a, i und k bis n betreffen, bedürfen einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde.

Art. 11f Abs. 2

Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 11e Absatz 2 Buchstaben b bis f, j, o und p betreffen, sind der Aufsichtsbehörde vorgängig mitzuteilen. Sie gelten als bewilligt, sofern die Aufsichtsbehörde nicht innert acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.

Art. 11g Titel

Änderung der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Versichertenbestandübertragung

Art. 11g Abs. 1

Beabsichtigt ein Versicherer eine Änderung seiner rechtlichen Struktur oder eine Vermögensübertragung nach dem Fusionsgesetz vom 3. Oktober 2003, so hat er dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

Art. 11g Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde kann eine Änderung innert acht Wochen nach deren Mitteilung untersagen oder an Bedingungen knüpfen, wenn die Änderung nach Art und Umfang den Versicherer oder die Interessen der Versicherten gefährden kann.

Art. 11g Abs. 3

Überträgt ein Versicherer seinen Versichertenbestand gestützt auf eine vertragliche Vereinbarung ganz oder teilweise auf einen anderen Versicherer, so bedarf dies der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde bewilligt die Übertragung, wenn die Interessen der Versicherten insgesamt gewahrt werden.

Art. 11h Titel

Beteiligungen

Art. 11h Abs. 1

Ein Versicherer, der beabsichtigt, sich an einem anderen Unternehmen zu beteiligen, hat dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen, wenn die Beteiligung 10, 20, 33 oder 50 Prozent des Kapitals oder der Stimmrechte des anderen Unternehmens erreicht oder überschreitet.

Art. 11h Abs. 2

Wer beabsichtigt, sich direkt oder indirekt an einem Versicherer zu beteiligen, hat dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen, wenn die Beteiligung 10, 20, 33 oder 50 Prozent des Kapitals oder der Stimmrechte des Versicherers erreicht oder überschreitet.

Art. 11h Abs. 3

Wer beabsichtigt, seine Beteiligung an einem Versicherer unter die Schwellen von 10, 20, 33 oder 50 Prozent des Kapitals oder der Stimmrechte herabzusetzen oder die Beteiligung so zu verändern, dass ein Versicherer nicht mehr Tochtergesellschaft ist, hat dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

Art. 11h Abs. 4

Die Aufsichtsbehörde kann eine Beteiligung untersagen oder an Bedingungen knüpfen, wenn die Beteiligung nach

AB 2014 N 1375 / BO 2014 N 1375

Art und Umfang den Versicherer oder die Interessen der Versicherten gefährden kann.

Art. 11i Titel

Weitere Bestimmungen

Art. 11i Text

Die Vorschriften des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 betreffend die Beurteilung von Unternehmenszusammenschlüssen sowie des Fusionsgesetzes vom 3. Oktober 2003 bleiben vorbehalten.

Gliederungstitel vor Art. 12

2. Kapitel: Ausübung der Versicherungstätigkeit und Rückversicherung

1. Abschnitt: Finanzierung

Art. 12 Titel

Finanzierungsverfahren

Art. 12 Text

Die Versicherer müssen die soziale Krankenversicherung nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanzieren.

Art. 12a Titel

Versicherungstechnische Rückstellungen



Art. 12a Abs. 1

Die Versicherer sind verpflichtet, angemessene versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden.

Art. 12a Abs. 2

Die versicherungstechnischen Rückstellungen umfassen die Leistungsrückstellungen zur Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen, die Rückstellungen von noch nicht abgerechneten Versicherungsfällen in der freiwilligen Taggeldversicherung sowie Alterungsrückstellungen der freiwilligen Taggeldversicherung, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden.

Art. 12b Titel

Reserven

Art. 12b Abs. 1

Die Versicherer müssen zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung ausreichende Reserven bilden.

Art. 12b Abs. 2

Der Bundesrat bestimmt ein Modell zur Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven bzw. der Solvenz. Dieses basiert auf den durch den Versicherer im gesamten Tätigkeitsbereich eingegangenen versicherungstechnischen Risiken sowie den Markt- und Kreditrisiken.

Art. 12c Titel

Gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung

Art. 12c Abs. 1

Die Versicherer müssen die Ansprüche aus Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung sicherstellen. Sie müssen der Aufsichtsbehörde den entsprechenden Nachweis jährlich erbringen; die Aufsichtsbehörde kann den Nachweis jederzeit verlangen.

Art. 12c Abs. 2

Der Sollbetrag des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung entspricht den versicherungstechnischen Rückstellungen.

Art. 12c Abs. 3

Die Werte des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung müssen gekennzeichnet sein. Sie dürfen ausschliesslich für die durch das gebundene Vermögen der sozialen Krankenversicherung sicherzustellenden Ansprüche verwendet werden.

Art. 12d Titel

Genehmigung der Prämientarife

Art. 12d Abs. 1

Die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Einzeltaggeldversicherung bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung nur mit dem Hinweis auf die ausstehende Genehmigung veröffentlicht werden.

Art. 12d Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versicherers und die Interessen der Versicherten nach diesem Gesetz gewährleisten.

Art. 12d Abs. 2bis

Die Prämien des Versicherers decken die kantonal unterschiedlichen Kosten. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Der Versicherer berücksichtigt im Weiteren insbesondere den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton.

Art. 12d Abs. 3

Die Aufsichtsbehörde verweigert die Genehmigung des Prämientarifs, wenn dieser Prämien vorsieht, die:

- a. den gesetzlichen Vorgaben nicht entsprechen;
- b. die entsprechenden Kosten nicht decken;
- c. unangemessen hoch über den entsprechenden Kosten liegen;
- d. zu übermässigen Reserven führen.

Art. 12d Abs. 4

Bei Nichtgenehmigung des Prämientarifs verfügt die Aufsichtsbehörde die zu ergreifenden Massnahmen.

Art. 12d Abs. 5

Vor der Genehmigung des Prämientarifs können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen, das Genehmigungsverfahren darf dadurch nicht verzögert werden. Die Kantone können bei den Versicherern und der Aufsichtsbehörde die dazu



benötigten Informationen einholen. Vor der Genehmigung des Prämientarifs dürfen diese Informationen nicht veröffentlicht oder weitergeleitet werden.

Art. 12d Abs. 6

Werden die Prämientarife für weniger als ein Jahr genehmigt, so verlangt die Aufsichtsbehörde, dass der Versicherer mit den Tarifen auch die Dauer der Genehmigung bekanntgibt.

Art. 12e Titel

Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen

Art. 12e Abs. 1

Lagen die Prämieeinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton, so kann der Versicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich machen. Die Höhe des entsprechenden Ausgleichs ist durch den Versicherer im Genehmigungsantrag explizit auszuweisen und zu begründen. Der Antrag ist bis Ende Juni des Folgejahres bei der Aufsichtsbehörde einzureichen.

Art. 12e Abs. 1bis

Der Prämienausgleich hat grundsätzlich das Gleichgewicht zwischen Prämien und Kosten innert zwei Jahren wiederherzustellen.

Art. 12e Abs. 2

Für die Beurteilung der Angemessenheit des Prämienausgleichs stützt sich die Aufsichtsbehörde auf das Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämien des Versicherers. Sie berücksichtigt den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton. Zusätzlich wird die gesamte wirtschaftliche Situation des Versicherers berücksichtigt.

Art. 12e Abs. 3

Der Bundesrat erlässt die notwendigen Ausführungsbestimmungen zum Prämienausgleich. Er hört dazu die Versicherer an.

Art. 12ebis Titel

Modalitäten der Rückerstattungen

Art. 12ebis Text

Die Rückerstattung erfolgt in der Form einer Rückvergütung des Versicherers an diejenigen Personen, welche am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien rückerstattet werden, versichert waren. Die Rückvergütung muss im Kalenderjahr erfolgen, in dem der Antrag gestellt wurde.

Art. 12f Titel

Verwaltungskosten

Art. 12f Abs. 1

Die Versicherer müssen die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken. Zu den

AB 2014 N 1376 / BO 2014 N 1376

Verwaltungskosten zählen u. a. die Kosten für Vermittlertätigkeiten und Werbung.

Art. 12f Abs. 1bis

Der Versicherer weist in seiner Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlerprovisionen gesondert aus.

Art. 12f Abs. 1ter

Die Versicherer können eine Vereinbarung abschliessen, welche ermöglicht, die Telefonwerbung, den Verzicht auf Leistungen der Call Centers und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit zu regeln.

Gliederungstitel vor Art. 12g

2. Abschnitt: Unternehmensführung und Revision

Art. 12g Titel

Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit

Art. 12g Abs. 1

Personen, die dem Verwaltungsrat, dem Stiftungsrat, dem Vorstand oder der Geschäftsleitung eines Versicherers oder der gemeinsamen Einrichtung angehören, müssen einen guten Ruf geniessen und Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten.

Art. 12g Abs. 2

Der Bundesrat legt fest, welche beruflichen Fähigkeiten diese Personen haben müssen.

Art. 12g Abs. 3





Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates, des Stiftungsrates oder des Vorstandes darf nicht zugleich der Geschäftsleitung vorsitzen.

Art. 12g Abs. 4

Der Bundesrat erlässt Bestimmungen zur Offenlegung von Interessenbindungen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten.

Art. 12h Titel

Offenlegung des Entschädigungssystems und der Entschädigungen der leitenden Organe

Art. 12h Abs. 1

Die Versicherer legen im Geschäftsbericht ihr Entschädigungssystem offen.

Art. 12h Abs. 2

Sie veröffentlichen im Geschäftsbericht:

- a. für den Verwaltungsrat, den Stiftungsrat oder den Vorstand: den Gesamtbetrag der Entschädigung und den höchsten auf ein Mitglied entfallenden Betrag ohne Nennung des Namens des betreffenden Mitglieds;
- b. für die Geschäftsleitung: den Gesamtbetrag der Entschädigungen und den höchsten auf ein Mitglied entfallenden Betrag ohne Nennung des Namens des betreffenden Mitglieds.

Art. 12h Abs. 3

Sie erläutern im Geschäftsbericht die Gründe für Veränderungen der Entschädigungen im Vergleich zum Vorjahr.

Art. 12h Abs. 4

Als Entschädigungen gelten insbesondere:

- a. Honorare, Löhne, Bonifikationen und Gutschriften;
- b. Antritts- und Abgangsentschädigungen;
- c. sämtliche Leistungen für zusätzliche Arbeiten.

Art. 12i Titel

Risikomanagement

Art. 12i Abs. 1

Die Versicherer müssen so organisiert sein, dass sie insbesondere alle wesentlichen Risiken erfassen, begrenzen und überwachen können.

Art. 12i Abs. 2

Der Bundesrat erlässt Vorschriften zum Ziel, zum Inhalt und zur Dokumentation des Risikomanagements sowie zur Überwachung der Risiken durch die Versicherer.

Art. 12j Titel

Interne Kontrolle

Art. 12j Abs. 1

Die Versicherer richten ein wirksames internes Kontrollsystem zur Überwachung der Geschäftstätigkeit ein, das der Grösse und der Komplexität des Unternehmens angepasst ist. Sie bestellen eine von der Geschäftsführung unabhängige interne Revisionsstelle.

Art. 12j Abs. 2

Die interne Revisionsstelle erstellt über ihre Tätigkeit mindestens einmal jährlich einen Bericht und reicht ihn der externen Revisionsstelle ein.

Art. 12k Titel

Berichterstattung

Art. 12k Abs. 1

Die Versicherer erstellen jährlich auf den 31. Dezember einen Geschäftsbericht, der aus der Jahresrechnung, dem Jahresbericht und, wenn das Obligationenrecht (OR) dies vorschreibt, der Konzernrechnung besteht.

Art. 12k Abs. 2

Die Versicherer reichen der Aufsichtsbehörde den Geschäftsbericht über das abgelaufene Geschäftsjahr bis zum 30. April ein. Der Beschluss des zuständigen Organs des Versicherers über die Genehmigung der Rechnung kann bis zum 30. Juni nachgereicht werden.

Art. 12k Abs. 3

Die Aufsichtsbehörde kann unterjährige Berichterstattungen anordnen.

Art. 12k Abs. 4

Der Bundesrat legt die Rechnungslegungsvorschriften fest. Er stellt Anforderungen an die Berichterstattung nach den Absätzen 1 bis 3 zuhanden der Aufsicht und kann besondere Anforderungen an den Geschäftsbericht stellen. Er kann diese Kompetenzen der Aufsichtsbehörde übertragen.

Art. 12l Titel



Externe Revisionsstelle

Art. 12l Abs. 1

Die Versicherer bezeichnen eine zugelassene externe Revisionsstelle, die:

- a. die Jahresrechnung und gegebenenfalls die Konzernrechnung ordentlich prüft (Art. 727ff. OR);
- b. die Ordnungsmässigkeit der Geschäftsführung prüft.

Art. 12l Abs. 2

Als Revisionsstelle tätig sein dürfen Revisionsunternehmen, die als Revisionsexpertinnen und Revisionsexperten nach dem Revisionsaufsichtsgesetz vom 16. Dezember 2005 zugelassen sind.

Art. 12l Abs. 3

Als leitender Revisor oder leitende Revisorin tätig sein dürfen natürliche Personen, die als Revisionsexpertinnen und Revisionsexperten nach dem Revisionsaufsichtsgesetz vom 16. Dezember 2005 zugelassen sind.

Art. 12m Titel

Aufgaben der externen Revisionsstelle

Art. 12m Abs. 1

Die externe Revisionsstelle prüft:

- a. ob die Jahresrechnung hinsichtlich Form und Inhalt den gesetzlichen Vorschriften, den Statuten und den Reglementen entspricht;
- b. ob, nach Massgabe der Weisungen der Aufsichtsbehörde, die Bestimmungen dieses Gesetzes und von dessen Vollzugsverordnungen eingehalten sind.

Art. 12m Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde kann der externen Revisionsstelle zusätzliche Aufträge erteilen und besondere Prüfungen anordnen. Die Kosten trägt der geprüfte Versicherer. In Ausnahmefällen kann die Aufsichtsbehörde die Kosten ganz oder teilweise erlassen.

Art. 12m Abs. 3

Die externe Revisionsstelle hält ihre Prüfungsergebnisse und Feststellungen in einem Bericht nach Artikel 728b OR fest. Sie stellt diesen Bericht der Aufsichtsbehörde jeweils bis zum 30. April zu.

Art. 12n Titel

Meldepflicht der externen Revisionsstelle

Art. 12n Text

Die externe Revisionsstelle meldet der Aufsichtsbehörde unverzüglich, wenn sie Folgendes feststellt:

- a. Straftaten;
- b. schwerwiegende Unregelmässigkeiten;
- c. Verstösse gegen die Grundsätze einer einwandfreien Geschäftstätigkeit;

AB 2014 N 1377 / BO 2014 N 1377

- d. Sachverhalte, die geeignet sind, die Solvenz des Versicherers oder die Interessen der Versicherten anderweitig zu gefährden.

Gliederungstitel vor Art. 13

3. Kapitel: Rückversicherung

Art. 13 Titel

Bewilligung

Art. 13 Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde erteilt die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung, wenn der Rückversicherer die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllt und die Interessen der Versicherten gewährleistet.

Art. 13 Abs. 2

Sie veröffentlicht eine Liste der zugelassenen Rückversicherer.

Art. 13a Titel

Bewilligungsvoraussetzungen

Art. 13a Abs. 1

Als Rückversicherer tätig sein können:

- a. Versicherer nach Artikel 11 mit einem vom Bundesrat festgesetzten Mindestbestand an Versicherten;
- b. private Versicherer, die nach dem VAG zur Rückversicherung zugelassen sind (private Rückversicherer).

Art. 13a Abs. 2

Die Rückversicherer müssen:

- a. die Rechtsform der Aktiengesellschaft, der Genossenschaft, des Vereins oder der Stiftung aufweisen;



- b. ihren Sitz in der Schweiz haben;
- c. über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
- d. jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen, und insbesondere als Krankenkasse über ausreichende Reserven verfügen oder als privater Rückversicherer die finanziellen Anforderungen nach dem VAG erfüllen;
- e. über eine zugelassene externe Revisionsstelle verfügen.

Art. 13b Titel

Bewilligungsgesuch

Art. 13b Abs. 1

Das Bewilligungsgesuch muss der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.

Art. 13b Abs. 2

Dem Gesuch ist ein Geschäftsplan beizulegen. Dieser muss folgende Angaben und Unterlagen enthalten:

- a. falls der Rückversicherer Risiken bei einer weiteren Gesellschaft rückversichern will, den Retrozessionsplan für die soziale Krankenversicherung;
- b. für das Geschäft der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung in den nächsten drei Geschäftsjahren die geplanten Erfolgsrechnungen und Rückstellungen.

Art. 13b Abs. 3

Der Geschäftsplan eines privaten Rückversicherers muss zudem folgende Angaben und Unterlagen enthalten:

- a. die Organisation des privaten Rückversicherers und gegebenenfalls der Versicherungsgruppe, der er angehört;
- b. die namentliche Bezeichnung und die Lebensläufe der Mitglieder des Verwaltungsrates, des Stiftungsrates oder des Vorstandes und der Geschäftsleitung;
- c. Angaben über Personen, die direkt oder indirekt mit mindestens 10 Prozent des Kapitals oder der Stimmen am Rückversicherer beteiligt sind oder dessen Geschäftstätigkeit auf andere Weise massgebend beeinflussen können;
- d. Angaben zur finanziellen Ausstattung des Rückversicherers; eine Bestätigung der Finma, wonach der Rückversicherer die finanziellen Anforderungen nach dem VAG erfüllt, um die Rückversicherung im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu betreiben;
- e. die namentliche Bezeichnung der externen Revisionsstelle und des leitenden Revisors oder der leitenden Revisorin.

Art. 13b Abs. 4

Die Aufsichtsbehörde kann weitere Angaben und Unterlagen verlangen, sofern diese für die Beurteilung des Gesuchs erforderlich sind.

Art. 13c Titel

Änderungen des Geschäftsplans

Art. 13c Text

Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans betreffen, sind der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

Art. 13d Titel

Mindestanteil der Versicherer an den Versicherungsrisiken

Art. 13d Text

Der Bundesrat legt den Mindestanteil der Versicherungsrisiken fest, den die Versicherer selber übernehmen müssen.

Art. 13e Titel

Rückversicherungsverträge

Art. 13e Abs. 1

Die Prämien für die Rückversicherung müssen den übernommenen Risiken entsprechen. Sie bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Art. 13e Abs. 2

Die Rückversicherer haben der Aufsichtsbehörde jährlich Planerfolgsrechnungen für das Geschäft der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung und eine Abrechnung über jeden Rückversicherungsvertrag einzureichen.

Gliederungstitel vor Art. 14

4. Kapitel: Aufsicht

1. Abschnitt: Allgemeines

Art. 14 Titel



Zweck der Aufsicht

Art. 14 Text

Die Aufsicht bezweckt namentlich die Interessen der Versicherten nach dem vorliegenden Gesetz zu schützen, indem insbesondere die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung sowie die Solvenz der Versicherer gewährleistet werden.

Art. 14a Titel

Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde

Art. 14a Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde überwacht die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a. sie wacht darüber, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes eingehalten werden;
- b. sie prüft, ob Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit geboten wird;
- c. sie wacht über die Einhaltung des Geschäftsplans;
- d. sie wacht darüber, dass die Versicherer solvent sind, die Reserven und Rückstellungen vorschriftsgemäss bilden und die Vermögenswerte ordnungsgemäss verwalten und anlegen sowie die gesamten Kapitalerträge der sozialen Krankenversicherung zukommen lassen;
- e. sie schützt die Versicherten vor Missbräuchen.

Art. 14a Abs. 2

Sie sorgt für die gesetzeskonforme und dauerhafte Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen durch die Versicherer. Bei Nichteinhaltung der Voraussetzungen verlangt die Aufsichtsbehörde die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes.

Art. 14a Abs. 3

Sie kann den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen und bei ihnen Inspektionen durchführen. Die Inspektionen können auch unangekündigt durchgeführt werden. Der Aufsichtsbehörde ist freier Zugang zu sämtlichen von ihr im Rahmen der Inspektion als relevant erachteten Informationen zu verschaffen.

Art. 14a Abs. 4

Zur Überprüfung der Einhaltung der Artikel 11 bis 15g kann die Aufsichtsbehörde jederzeit Dritte heranziehen. Die Kosten können dem kontrollierten Unternehmen belastet werden, wenn bei der Kontrolle Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen festgestellt werden. Die beauftragten Personen sind gegenüber der Aufsichtsbehörde von der Geheimhaltungspflicht entbunden.

AB 2014 N 1378 / BO 2014 N 1378

Art. 14a Abs. 5

Die Durchführung der Versicherungen nach Artikel 11 Absatz 2 wird von der Finma nach dem VAG beaufsichtigt. Die Aufsichtsbehörde und die Finma koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten. Sie informieren sich gegenseitig, sobald sie von Vorkommnissen Kenntnis haben, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind.

Art. 14b Titel

Auskunfts- und Meldepflicht

Art. 14b Abs. 1

Die beaufsichtigten Unternehmen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde, der externen Revisionsstelle oder der von der Aufsichtsbehörde beauftragten Person alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen, die für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erforderlich sind.

Art. 14b Abs. 2

Sie sind verpflichtet, jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung anfallen. Die Aufsichtsbehörde kann diese Angaben auch häufiger verlangen.

Art. 14b Abs. 3

Die Versicherer müssen der Aufsichtsbehörde zudem unverzüglich Vorkommnisse melden, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind.

Art. 14c Titel

Informationsaustausch und Amtshilfe

Art. 14c Abs. 1

In Abweichung von Artikel 33 ATSG ist die Aufsichtsbehörde befugt, im Bereich der sozialen Krankenversicherung anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden und den Kantonen nicht öffentlich zugängliche Auskünfte und Unterlagen zu übermitteln, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.



Art. 14c Abs. 2

Die Verwaltungs- und Rechtspflegebehörden des Bundes und der Kantone sind unter Vorbehalt spezialgesetzlicher Bestimmungen verpflichtet, an Abklärungen der Aufsichtsbehörde mitzuwirken und ihr die dafür notwendigen Daten auf schriftliche und begründete Anfrage bekanntzugeben. Für die Amtshilfe dürfen der Aufsichtsbehörde keine Kosten belastet werden.

Art. 14d Titel

Veröffentlichung der Entscheide

Art. 14d Text

Die Aufsichtsbehörde kann die Öffentlichkeit in Abweichung von Artikel 33 ATSG über ihre Massnahmen und über strafrechtliche Sanktionen informieren.

Gliederungstitel vor Art. 14e

2. Abschnitt: Aufsichtsmassnahmen

Art. 14e Titel

Sichernde Massnahmen

Art. 14e Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde verfügt angemessene sichernde Massnahmen, die ihr zur Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich erscheinen, wenn ein Versicherer die Bestimmungen dieses Gesetzes in schwerwiegender Weise verletzt, Anordnungen der Aufsichtsbehörde nicht nachkommt oder die Interessen der Versicherten anderweitig gefährdet erscheinen.

Art. 14e Abs. 2

Sie kann:

- a. die freie Verfügung über Vermögenswerte des Versicherers untersagen;
- b. die Hinterlegung oder die Sperre der Vermögenswerte des Versicherers anordnen;
- c. den Organen eines Versicherers zustehende Befugnisse ganz oder teilweise auf eine Drittperson übertragen;
- d. den Versichertenbestand einem anderen Versicherer nach Artikel 14g übertragen;
- e. die Verwertung des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung anordnen;
- f. die Abberufung der mit der Oberleitung, Aufsicht, Kontrolle oder Geschäftsführung betrauten Personen anordnen;
- g. Prämien erhöhungen anordnen;
- h. die Umsetzung eines Finanzierungs- oder Sanierungsplans anordnen;
- i. eine Person ernennen und ihr besondere Aufträge und Befugnisse nach Artikel 14f erteilen;
- j. Vermögenswerte des Versicherers dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung bis zur Höhe des Sollbetrages nach Artikel 12c Absatz 2 zuordnen;
- k. bei Insolvenzgefahr eines Versicherers die Nachlassstundung nach den Artikeln 293 bis 304 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs anordnen;
- l. vom Versicherer den Abschluss eines Rückversicherungsvertrages verlangen.

Art. 14e Abs. 3

Ist die finanzielle Situation eines Versicherers gefährdet und ergreifen die statutarischen Organe keine ausreichenden Massnahmen, so kann die Aufsichtsbehörde die Massnahmen nach Absatz 2 Buchstaben g und h ergreifen, damit die gesetzlichen Vorgaben in den kommenden zwei Jahren erfüllt bleiben.

Art. 14f Titel

Von der Aufsichtsbehörde beauftragte Person

Art. 14f Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde kann eine unabhängige und fachkundige Person damit beauftragen, bei einem beaufsichtigten Unternehmen Aufsichtsmassnahmen gemäss Artikel 14a umzusetzen.

Art. 14f Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde umschreibt die Aufgaben der beauftragten Person. Sie legt fest, in welchem Umfang die beauftragte Person anstelle der Organe des beaufsichtigten Unternehmens handeln darf.

Art. 14f Abs. 3

Für die Informationsbefugnisse der beauftragten Person und für die Auskunftspflicht des beaufsichtigten Unternehmens ihr gegenüber ist Artikel 14b sinngemäss anwendbar.

Art. 14f Abs. 4

Die Kosten für die beauftragte Person trägt das beaufsichtigte Unternehmen. Es hat auf Anordnung der Aufsichtsbehörde einen Kostenvorschuss zu leisten. In Ausnahmefällen kann die Aufsichtsbehörde die Kosten ganz oder teilweise erlassen.



Art. 14g Titel

Verfahren bei der Übertragung des Versichertenbestandes

Art. 14g Abs. 1

Im Hinblick auf die Übertragung eines Versichertenbestandes ist die Aufsichtsbehörde gegenüber interessierten Versicherern und Verbänden von Versicherern von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Art. 14g Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde kann den Versichertenbestand eines Versicherers mit dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung, den Reserven und den Rechten und Pflichten, die damit zusammenhängen, ganz oder teilweise auf einen anderen Versicherer übertragen, sofern dieser seine Zustimmung erteilt. Sie verfügt die Bedingungen der Übertragung.

Art. 14h Titel

Konkurseröffnung

Art. 14h Abs. 1

Die Eröffnung des Konkurses über einen Versicherer bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Diese erteilt die Zustimmung, wenn keine Sanierungsmöglichkeit besteht.

Art. 14h Abs. 2

Sie kann die Eröffnung des Konkurses über eine Krankenkasse beim Konkursgericht beantragen.

Art. 14i Titel

Darlehen zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen

Art. 14i Abs. 1

Zur Überbrückung von vorübergehenden Liquiditätsengpässen kann der Bundesrat der gemeinsamen Einrichtung Tresoreriedarlehen zu marktüblichen Bedingungen gewähren. Die Gewährung der Tresoreriedarlehen kann an Bedingungen geknüpft werden.

AB 2014 N 1379 / BO 2014 N 1379

Art. 14i Abs. 2

Zur Sicherstellung der Rückzahlung der Tresoreriedarlehen nach spätestens fünf Jahren kann der Bundesrat einen Prämienzuschlag zugunsten des Insolvenzfonds von höchstens 1 Prozent des Prämienvolumens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festlegen.

Gliederungstitel vor Art. 14j

3. Abschnitt: Beendigung der Versicherungstätigkeit

Art. 14j Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde entzieht einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung oder einem Rückversicherer die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung, wenn er darum ersucht oder wenn er die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt.

Art. 14j Abs. 2

Ein allfälliger Vermögensüberschuss fällt in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung, wenn die Bewilligung vollständig entzogen wird und das Vermögen und der Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen werden.

Art. 14j Abs. 3

Entzieht die Aufsichtsbehörde einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereichs, so hat der Versicherer einen Anteil seiner Reserven abzugeben. Dieser Betrag ist auf die Versicherer umzuverteilen, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsbereichs betroffenen Versicherten aufnehmen. Die Aufsichtsbehörde kann den Betrag festlegen und die Umverteilung des Betrags der gemeinsamen Einrichtung übertragen.

Art. 14j Abs. 4

Beendet ein Versicherer oder ein Rückversicherer die Versicherungstätigkeit, so verfügt die Aufsichtsbehörde die Entlassung aus der Aufsicht.

Art. 14j Abs. 5

Die Aufsichtsbehörde teilt ihre Verfügung dem Handelsregisteramt mit und veröffentlicht sie auf Kosten des Unternehmens.

Gliederungstitel vor Art. 14k

4. Abschnitt: Besondere Bestimmungen zur Aufsicht über Krankenversicherer

Art. 14k Abs. 1



Die Aufsichtsbehörde kann die Transaktionen zwischen einem Versicherer in der sozialen Krankenversicherung und anderen Unternehmen prüfen.

Art. 14k Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde kann diese Prüfung an die externe Revisionsstelle delegieren.

Art. 14k Abs. 3

Die Aufsichtsbehörde kann Vorschriften zum Risikomanagement und zum internen Kontrollsystem erlassen, sofern die Versicherer davon betroffen sind.

Art. 14k Abs. 4

Die Artikel 12g und 14e Absatz 2 Buchstabe f gelten sinngemäss für die Holdinggesellschaft.

Art. 14k Abs. 5

In Bezug auf Absatz 1 und Absatz 3 gilt die Auskunftspflicht nach Artikel 14b sinngemäss für die führende Holdinggesellschaft.

Gliederungstitel vor Art. 15

5. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung

1. Abschnitt: Allgemeines

Art. 15 Titel

Gründung und Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung

Art. 15 Abs. 1

Die Versicherer gründen eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung. Die Stiftungsurkunde und die Reglemente der Einrichtung bedürfen der Genehmigung durch das Departement. Kommt die Gründung der gemeinsamen Einrichtung nicht zustande, so nimmt der Bundesrat sie vor. Er erlässt die nötigen Vorschriften, wenn sich die Versicherer über den Betrieb der Einrichtung nicht einigen können.

Art. 15 Abs. 2

Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 15f.

Art. 15 Abs. 2bis

Die gemeinsame Einrichtung entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.

Art. 15 Abs. 2ter

Sie weist Rentner und Rentnerinnen sowie deren Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen und die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.

Art. 15 Abs. 2quater

Sie unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung nach Artikel 65a für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.

Art. 15 Abs. 2quinquies

Sie führt die Prämienverbilligung nach Artikel 66a durch.

Art. 15 Abs. 2sexies

Die gemeinsame Einrichtung kann von den Kantonen gegen Entschädigung weitere Vollzugsaufgaben übernehmen.

Art. 15 Abs. 3

Der Bundesrat kann der gemeinsamen Einrichtung weitere Aufgaben übertragen, namentlich zur Erfüllung internationaler Verpflichtungen.

Art. 15 Abs. 4

Die Versicherer können ihr im gegenseitigen Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen, namentlich im administrativen und technischen Bereich.

Art. 15 Abs. 5

Zur Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 4 müssen die Versicherer zulasten der sozialen Krankenversicherung Beiträge an die gemeinsame Einrichtung entrichten. Die gemeinsame Einrichtung fordert diese Beiträge ein und erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins. Die Höhe der Beiträge und des Verzugszinses bemisst sich nach den Reglementen der gemeinsamen Einrichtung.

Art. 15 Abs. 5bis

Der Bund übernimmt die Finanzierung der Aufgaben nach den Absätzen 2bis bis 2quinquies.

Art. 15 Abs. 6



Der Bundesrat regelt die Finanzierung der Aufgaben, die er der gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 3 überträgt.

Art. 15 Abs. 7

Die gemeinsame Einrichtung führt für jede ihrer Aufgaben eine getrennte Rechnung. Sie geniesst Steuerfreiheit nach Artikel 80 ATSG.

Art. 15 Abs. 8

Auf Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht gegen Verfügungen der gemeinsamen Einrichtung nach den Absätzen 2bis, 2ter und 2quinties ist Artikel 85bis Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sinngemäss anwendbar.

Art. 15a Titel

Externe Revisionsstelle

Art. 15a Text

Die gemeinsame Einrichtung bezeichnet eine externe Revisionsstelle. Die Artikel 12l bis 12n sind sinngemäss anwendbar.

Art. 15b Titel

Berichterstattung

Art. 15b Text

Die gemeinsame Einrichtung reicht der Aufsichtsbehörde bis zum 30. Juni des Folgejahres einen Jahresbericht über ihre Tätigkeit ein. Dem Jahresbericht beizufügen sind:

- a. eine Betriebsrechnung für jeden Aufgabenbereich;
- b. eine Gesamtbetriebsrechnung;
- c. eine Bilanz;

AB 2014 N 1380 / BO 2014 N 1380

d. eine Übersicht über die Reserven (Bereich Prämienverbilligung);

e. der Bericht der Revisionsstelle.

Gliederungstitel vor Art. 15c

2. Abschnitt: Insolvenzfonds

Art. 15c Titel

Führung eines Insolvenzfonds

Art. 15c Text

Die gemeinsame Einrichtung führt einen Insolvenzfonds, dessen Zweck die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von insolventen Versicherern nach Artikel 15 Absatz 2 ist.

Art. 15d Titel

Finanzierung des Insolvenzfonds

Art. 15d Text

Der Insolvenzfonds wird finanziert durch:

- a. Beiträge der Versicherer;
- b. Vermögensüberschüsse von aufgelösten Versicherern, deren Vermögen und Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen worden sind;
- c. Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die gemeinsame Einrichtung zurückerstattet werden;
- d. mittels Rückgriff durchgesetzte Ansprüche (Art. 79b Abs. 4).

Art. 15e Titel

Höhe des Insolvenzfonds

Art. 15e Text

Die gemeinsame Einrichtung setzt die Höhe des Insolvenzfonds fest.

Art. 15f Titel

Insolvenz

Art. 15f Abs. 1

Die Insolvenz eines Versicherers ist gegeben, wenn über ihn der Konkurs eröffnet worden ist oder er sonst in absehbarer Zeit nicht mehr in der Lage sein wird, den finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.

Art. 15f Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde stellt auf Antrag des Versicherers, auf Antrag der gemeinsamen Einrichtung oder von Amtes wegen die Insolvenz des Versicherers formell fest. Gleichzeitig legt sie den Beginn der Leistungspflicht des Insolvenzfonds fest und informiert die gemeinsame Einrichtung.



Art. 15g Titel

Art und Umfang der Leistungsübernahme

Art. 15g Abs. 1

Die gemeinsame Einrichtung übernimmt zulasten des Insolvenzfonds den Betrag, der dem insolventen Versicherer für die Bezahlung der gesetzlichen Leistungen fehlt. Diese umfassen:

- a. die Kosten für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b. die Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung;
- c. die Abgaben in den Risikoausgleich nach Ziffer 2 Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich);
- d. die mit der Gewährung der Leistungen nach den Buchstaben a bis c verbundenen Verwaltungskosten.

Art. 15g Abs. 2

Sie legt im Einzelfall die zweckmässige Art der Leistungsbearbeitung fest.

Art. 15g Abs. 3

Sie meldet die Höhe der vom Insolvenzfonds übernommenen Leistungen bei der Liquidations- oder Konkursverwaltung fortlaufend an. Die gemeldeten Leistungen werden als Liquidations- oder Konkursförderungen behandelt.

Gliederungstitel vor Art. 16

6. Kapitel: Statistiken

Art. 16 Abs. 1

Das Bundesamt für Statistik erarbeitet die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes. Es erhebt zu diesem Zweck bei den Versicherern, den Leistungserbringern und der Bevölkerung die notwendigen Daten.

Art. 16 Abs. 2

Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Informationen sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Art. 16 Abs. 3

Das Bearbeiten von Daten zu statistischen Zwecken erfolgt nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992.

Art. 18

Aufheben

Gliederungstitel vor Art. 19

2b. Titel: Förderung der Gesundheit

Art. 20 Abs. 3

... Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt) zur Genehmigung vorzulegen.

Art. 21–23

Aufheben

Gliederungstitel vor Art. 24

2c. Titel: Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Leistungen und Leistungserbringer

1. Kapitel: Leistungen

1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs

Art. 24 Abs. 2

Die übernommenen Leistungen werden dem Datum bzw. der Periode der Behandlung zugeordnet.

Gliederungstitel vor Art. 35

2. Kapitel: Leistungserbringer

1. Abschnitt: Zulassung

Art. 59a Titel

Daten der Leistungserbringer

Art. 59a Abs. 1

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekanntzugeben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

- a. Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;



e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
f. medizinische Qualitätsindikatoren.

Art. 59a Abs. 2

Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Art. 59a Abs. 3

Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

Art. 59a Abs. 4

Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Gliederungstitel vor Art. 60, Art. 60

Aufheben

Gliederungstitel vor Art. 61

2d. Titel: Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Prämien, Kostenbeteiligung und Prämienverbilligung

1. Kapitel: Prämien der Versicherten

Art. 61 Abs. 2

Der Versicherer stuft die Prämien gemäss den kantonalen Kostenunterschieden ab. Für sehr kleine kantonale Versichertenbestände kann davon abgewichen werden. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person.

AB 2014 N 1381 / BO 2014 N 1381

Art. 61 Abs. 2bis

Der Versicherer kann die Prämien regional abstufen. Das Departement legt die Regionen sowie die maximal zulässigen Prämienunterschiede basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen einheitlich fest.

Art. 61 Abs. 5

Aufheben

Gliederungstitel vor Art. 64

2. Kapitel: Kostenbeteiligung

Gliederungstitel vor Art. 64a

3. Kapitel: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Gliederungstitel vor Art. 65

4. Kapitel: Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand

Art. 67 Abs. 1

Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr vollendet hat, kann bei einem Versicherer nach Artikel 11 oder 11a eine Taggeldversicherung abschliessen.

Art. 68

Aufheben

Art. 72 Abs. 1bis

Die übernommenen Leistungen werden der Periode der Arbeitsunfähigkeit zugeordnet.

Art. 75

Aufheben

Einfügen vor dem Gliederungstitel des 5. Titels

Art. 79b Titel

Rückgriffsrecht der gemeinsamen Einrichtung

Art. 79b Abs. 1

Gegenüber einem haftbaren Organ oder einer Drittperson, die für die Insolvenz des Versicherers haftet, tritt die gemeinsame Einrichtung bis zur Höhe der vom Insolvenzfonds übernommenen gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche des insolventen Versicherers ein. Sie gibt ihre Forderungen im Konkurs ein.

Art. 79b Abs. 2

Mehrere Haftpflichtige haften für die Rückgriffsansprüche der gemeinsamen Einrichtung solidarisch.

Art. 79b Abs. 3



Auf die übergegangenen Ansprüche sind die gleichen Verjährungsfristen anwendbar, wie sie gegenüber dem Versicherer anwendbar waren. Für den Rückgriffsanspruch der gemeinsamen Einrichtung beginnen die relativen Verjährungsfristen erst mit Kenntnis der Leistungspflicht und der ersatzpflichtigen Person zu laufen.

Art. 79b Abs. 4

Das Ergebnis dient nach Abzug der Inkassokosten zur Deckung des vom Insolvenzfonds nach Artikel 15g übernommenen Betrages. Der Überschuss fällt in die Konkursmasse.

Art. 79b Abs. 5

Die Ansprüche, die nicht auf die gemeinsame Einrichtung übergehen, bleiben der Konkursmasse gewahrt.

Art. 84a Abs. 1 Bst. f

Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG bekanntgeben:

f. den zuständigen kantonalen Behörden, wenn es sich um Daten nach Artikel 59a handelt und diese für die Planung der Spitäler und Pflegeheime sowie für die Beurteilung der Tarife erforderlich sind;

Art. 90a Abs. 1

Über Beschwerden gegen die aufgrund von Artikel 15 Absätze 2bis und 2ter erlassenen Verfügungen und Einspracheentscheide der gemeinsamen Einrichtung entscheidet in Abweichung von Artikel 58 Absatz 2 ATSG das Bundesverwaltungsgericht. Es entscheidet auch über Beschwerden gegen die aufgrund von Artikel 15 Absatz 2quinquies erlassenen Verfügungen der gemeinsamen Einrichtung.

Art. 92 Abs. 1

Mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Verbrechen oder Vergehen des Strafgesetzbuches vorliegt, wird bestraft, wer:

Art. 92 Abs. 1 Bst. c

Aufheben

Art. 92 Abs. 2

Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe wird bestraft, wer vorsätzlich:

a. ohne Bewilligung einen zur Versicherungstätigkeit nicht zugelassenen Versicherer oder eine zur Versicherungstätigkeit nicht zugelassene Rückversicherung betreibt;

b. aus dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung Werte ausscheidet oder belastet, so dass der Sollbetrag nicht mehr gedeckt ist;

c. andere Handlungen vornimmt, welche die Sicherheit der Werte des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung vermindern.

Art. 92 Abs. 3

Wer in den in Absatz 2 erwähnten Fällen fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen bestraft.

Art. 93 Titel

Übertretungen

Art. 93 Abs. 1

Mit Busse bis zu 500 000 Franken wird bestraft, wer vorsätzlich:

a. gegen eine Pflicht nach den Artikeln 11f bis 11h oder 14b verstösst;

b. in Verletzung der Auskunftspflicht unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert;

bbis. in Verletzung der Mitteilungspflicht der beaufsichtigten Unternehmen unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert;

c. Aufheben

d. die nach Artikel 12a vorgesehenen Rückstellungen nicht bildet;

e. als Durchführungsorgan im Sinn dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht;

f. sich einer von der Aufsichtsbehörde angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf eine andere Weise verunmöglicht;

g. sich der Pflicht zur Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 32 ATSG und nach Artikel 82 entzieht;

h. gegen das Verbot nach Artikel 62 Absatz 2bis oder Artikel 64 Absatz 8 verstösst.

Art. 93 Abs. 2

Wer in den Fällen nach Absatz 1 fahrlässig handelt, wird mit Busse bis zu 150 000 Franken bestraft.

Art. 93 Abs. 3

Mit Busse bis zu 100 000 Franken wird bestraft, wer vorsätzlich:



- a. einer rechtskräftigen Verfügung der Aufsichtsbehörde oder einem Entscheid der Rechtsmittelinstanzen nicht Folge leistet oder zuwiderhandelt;
- b. die Durchsetzung der Versicherungspflicht nach den Artikeln 4, 4a, 5 und 7 erschwert;
- c. Vorschriften über das Finanzierungsverfahren und die Rechnungslegung verletzt;
- d. Vorschriften über die Leistungsvergütung nach Artikel 34 Absatz 1 verletzt;
- e. Vorschriften über die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 verletzt;
- f. Vorschriften über die Prämien der Versicherten nach den Artikeln 61 bis 63 verletzt;
- g. den Geschäftsbericht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist einreicht.

Art. 93 Abs. 4

Wer in den Fällen nach Absatz 3 Buchstaben b bis f fahrlässig handelt, wird mit Busse bis zu 20 000 Franken bestraft.

Art. 93 Abs. 5

Haben die Aufsichtsbehörde oder die beauftragte Person Auskünfte unter Mitwirkung einer Person erlangt, so dürfen diese in einem Strafverfahren gegen dieselbe Person nur

AB 2014 N 1382 / BO 2014 N 1382

verwendet werden, wenn die Person zustimmt oder die Auskünfte auch ohne ihre Mitwirkung hätten erlangt werden können.

Art. 93a

Aufheben

Art. 94 Titel

Widerhandlung in Geschäftsbetrieben

Art. 94 Text

Von der Ermittlung der strafbaren Personen kann Umgang genommen und an ihrer Stelle der Geschäftsbetrieb zur Bezahlung der Busse verurteilt werden, wenn:

- a. die Ermittlung der Personen, die nach Artikel 6 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974 über das Verwaltungsstrafrecht strafbar sind, Untersuchungsmaßnahmen bedingt, die im Hinblick auf die verwirkte Strafe unverhältnismässig wären; und
- b. für die Widerhandlung gegen diese Strafbestimmung eine Busse von höchstens 20 000 Franken in Betracht fällt.

Art. 96 Titel

Bundesrat

Einfügen vor dem 7. Titel

Art. 96a Titel

Zuständige Aufsichtsbehörde

Art. 96a Text

Das Bundesamt übt die Aufsicht nach diesem Gesetz aus.

Antrag der Minderheit II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 1a Abs. 3 Bst. ater

ater. die Versicherungsgruppen;

Antrag der Minderheit II

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert)

Art. 12cbis Titel

Prämienunterschied

Art. 12cbis Abs. 1

Der Prämienunterschied zwischen den einzelnen Kassen in einem Kanton oder in einer Region darf für eine Prämienkategorie 20 Prozent nicht übersteigen.

Art. 12cbis Abs. 2

Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der Umsetzung.

Antrag der Minderheit II

(Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 12d Abs. 1



... durch die Aufsichtsbehörde. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung nicht veröffentlicht oder angewendet werden.

Antrag der Minderheit II

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Stahl)

Art. 12d Abs. 3 Bst. d

Streichen

Antrag der Minderheit II

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Stahl)

Art. 12d Abs. 4bis

Im Beschwerdefall ist vorläufig die höhere der von der Aufsichtsbehörde verfügt und der von dem Krankenversicherer geforderten Prämie anzuwenden.

Antrag der Minderheit II

(de Courten, Borer, Frehner, Stahl)

Art. 12f Abs. 1

... die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken. (Rest streichen)

Antrag der Minderheit II

(Clottu, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Moret, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 12f Abs. 1quater

Hält der Bundesrat die Vereinbarung für unzureichend, kann er nach Anhörung der betroffenen Kreise die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln.

Art. 12f Abs. 2

Der Bundesrat kann die Entschädigung der Vermittlertätigkeit und die Kosten für Werbung regeln.

Antrag der Minderheit II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Clottu, Heim, Parmelin, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 12h Abs. 2

...

a. ... der Entschädigungen und den auf jedes Mitglied entfallenden Betrag unter Nennung des Namens und der Funktion des betreffenden Mitglieds;

b. ... entfallenden Betrag unter Nennung des Namens und der Funktion des betreffenden Mitglieds.

Antrag der Minderheit II

(Pezzatti, Borer, Bortoluzzi, Cassis, de Courten, Frehner, Humbel, Schmid-Federer, Stahl, Stolz, Weibel)

Art. 12m Abs. 2

... der geprüfte Versicherer, falls der Verdacht auf schwere Mängel vorliegt.

Antrag der Minderheit II

(Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14a Abs. 4

... belastet werden, insbesondere wenn bei der Kontrolle ...

Antrag der Minderheit II

(Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, van Singer)

Art. 14e Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde trifft die sichernden Massnahmen ... dieses Gesetzes nicht einhält, Anordnungen der Aufsichtsbehörde ...

Art. 14e Abs. 2

Sie kann insbesondere:

...

Antrag der Minderheit II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)



Art. 14k Titel

Versicherungsgruppen

Art. 14k Text

Zwei oder mehrere Unternehmen bilden eine Versicherungsgruppe, wenn:

- a. mindestens eines ein Versicherer nach Artikel 11 oder 11a ist;
- b. sie in ihrer Gesamtheit hauptsächlich im Versicherungsbereich tätig sind; und
- c. sie eine wirtschaftliche Einheit bilden oder auf andere Weise durch Einfluss oder Kontrolle miteinander verbunden sind.

Antrag der Minderheit II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14l Titel

Verhältnis zur Einzelaufsicht

Art. 14l Abs. 1

Die Aufsicht über Versicherungsgruppen erfolgt in Ergänzung zur Einzelaufsicht über die Versicherer nach den Artikeln 11 und 11a.

Art. 14l Abs. 2

Der Bundesrat kann Vorschriften zur Überwachung gruppeninterner Vorgänge, zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem und zur gruppenweiten Risikokonzentration

AB 2014 N 1383 / BO 2014 N 1383

erlassen. Er kann diese Kompetenzen der Aufsichtsbehörde übertragen.

Antrag der Minderheit II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14m Titel

Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit und externe Revisionsstelle

Art. 14m Abs. 1

Artikel 12g gilt sinngemäss für die führende Holdinggesellschaft.

Art. 14m Abs. 2

Versicherungsgruppen müssen über eine externe Revisionsstelle verfügen. Die Artikel 12l bis 12n gelten sinngemäss.

Antrag der Minderheit II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14n Titel

Auskunftspflicht

Art. 14n Text

Die Auskunftspflicht nach Artikel 13b gilt für die führende Holdinggesellschaft.

Antrag der Minderheit II

(Heim, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Rossini, Schenker Silvia, Steiert)

Art. 15e Abs. 1

Die gemeinsame Einrichtung setzt die Höhe des Insolvenzfonds fest. Diese richtet sich nach den Risiken, die mit dem Insolvenzfonds abgedeckt werden müssen.

Art. 15e Abs. 2

Die Risiken nach Absatz 1 bestimmen sich nach der finanziellen Situation der Versicherer.

Art. 15e Abs. 3

Die Aufsichtsbehörde kann zur Sicherung des Krankenversicherungssystems die Erhöhung des Insolvenzfonds anordnen.

Antrag der Minderheit II

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, van Singer)

Art. 93 Abs. 1 Bst. a

- a. gegen eine Pflicht nach den Artikeln 11f bis 11h oder 14b oder 14n verstösst;



Antrag der Minderheit II

(Rossini, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 93 Abs. 1 Bst. c

c. den Geschäftsbericht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist einreicht;

Antrag der Minderheit II

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Humbel, Schmid-Federer)

Art. 93 Abs. 3 Bst. d

Streichen

Ch. I

Proposition de la minorité I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Introduction

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Art. 1a titre

Champ d'application et objet

Art. 1a al. 3

La présente loi règle en particulier la surveillance sur:

a. les caisses-maladie;

abis. les entreprises d'assurance privées soumises à la loi du 1er décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA);

b. les réassureurs;

c. l'institution commune.

Titre précédant l'art. 3

Titre 2: Assurance obligatoire des soins: obligation de s'assurer

Chapitre 1: Dispositions générales

Art. 4 al. 1

Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale en vertu de la présente loi.

Art. 6a al. 3

... L'article 15 alinéas 2bis et 2ter est réservé.

Art. 7 al. 2

... L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'autorité de surveillance au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur.

Art. 7 al. 4

L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'article 14j, lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

Art. 7 al. 7

Lorsque l'assuré change d'assureur, l'ancien assureur ne peut le contraindre à résilier également les assurances complémentaires au sens de l'article 11 alinéa 2 conclues auprès de lui.

Art. 7 al. 8

L'assuré ne peut pas résilier les assurances complémentaires au sens de l'article 11 alinéa 2 au seul motif que l'assuré change d'assureur pour l'assurance-maladie sociale.

Titre précédant l'art. 8

Chapitre 2: Suspension de la couverture des accidents

Titres précédant l'art. 11

Titre 2a: Exercice de l'activité d'assurance et surveillance

Chapitre 1: Organisation

Section 1: Assureurs

Art. 11 titre

Caisses-maladie

Art. 11 al. 1

Les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui pratiquent l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi.

Art. 11 al. 2



Elles ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral. Toutes ces assurances sont régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance.

Art. 11 al. 3

Les caisses-maladie peuvent au surplus pratiquer l'assurance-accidents dans les limites prévues par l'article 70 alinéa 2 LAA.

Art. 11a titre

Entreprises d'assurance privées soumises à la LSA

Art. 11a texte

Les entreprises d'assurance privées soumises à la LSA peuvent pratiquer l'assurance-maladie sociale dans la mesure où elles sont au bénéfice d'une autorisation au sens de l'article 11b.

Titre précédant l'art. 11b

Section 2: Autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale

Art. 11b titre

Régime de l'autorisation

Art. 11b al. 1

L'autorité de surveillance autorise les assureurs au sens des articles 11 et 11a qui satisfont aux exigences de la présente loi et qui garantissent les intérêts des assurés à pratiquer l'assurance-maladie sociale.

Art. 11b al. 2

Elle publie la liste des assureurs admis.

AB 2014 N 1384 / BO 2014 N 1384

Art. 11c titre

Conditions d'autorisation

Art. 11c texte

Les assureurs doivent remplir les conditions suivantes:

- a. revêtir la forme juridique de la société anonyme, de la coopérative, de l'association ou de la fondation;
- b. avoir leur siège en Suisse;
- c. disposer d'une organisation et pratiquer une gestion qui garantissent le respect des dispositions légales;
- d. disposer d'un capital initial suffisant, être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps et disposer en particulier des réserves nécessaires;
- e. disposer d'un organe de révision externe agréé;
- f. pratiquer l'assurance-maladie sociale selon le principe de la mutualité, garantir l'égalité de traitement entre les assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci;
- g. offrir aux personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège la possibilité de s'affilier à l'assurance-maladie sociale; dans des cas particuliers, l'autorité de surveillance peut exempter de cette obligation les assureurs qui en font la demande;
- h. pratiquer l'assurance facultative d'indemnités journalières conformément à la présente loi;
- i. admettre, dans les limites de leur champ territorial d'activité, toute personne tenue de s'assurer et toute personne qui est en droit de conclure un contrat d'assurance d'indemnités journalières;
- j. être en mesure de satisfaire aux autres exigences fixées par la présente loi.

Art. 11d titre

Délégation de tâches

Art. 11d al. 1

L'assureur peut déléguer des tâches à une autre entité de son groupe d'assurance, à une fédération d'assureurs ou à des tiers.

Art. 11d al. 2

Il ne peut pas déléguer:

- a. les tâches relevant de la direction générale et du contrôle par le conseil d'administration;
- b. les autres tâches centrales de direction, y compris la compétence de rendre des décisions au sens de l'article 49 LPGA.

Art. 11d al. 3

Il doit garantir que la surveillance sur les tâches qu'il délègue puisse être exercée sans restriction.

Art. 11e titre

Demande d'autorisation



Art. 11e al. 1

La demande d'autorisation est soumise à l'autorité de surveillance.

Art. 11e al. 2

Elle doit être accompagnée d'un plan d'exploitation. Celui-ci doit contenir les informations et documents suivants:

- a. les statuts de l'assureur, son acte constitutif et un extrait du registre du commerce (inscription);
- b. l'organisation de l'assureur et, le cas échéant, du groupe d'assurance dont l'assureur fait partie;
- c. l'identité et le curriculum vitae des membres du conseil d'administration, du conseil de fondation ou du comité et des membres de la direction;
- d. l'identité de l'organe de révision externe et de la personne responsable de l'exécution du mandat;
- e. des indications sur les personnes qui détiennent, directement ou indirectement, au moins 10 pour cent du capital ou des droits de vote ou qui, d'une manière, peuvent exercer une influence déterminante sur la gestion de l'assureur;
- f. des indications relatives à la dotation financière de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la présente loi;
- g. le bilan d'ouverture de la caisse-maladie;
- h. les bilans et les comptes de profits et pertes prévisionnels de la caisse-maladie pour les trois premiers exercices annuels;
- i. s'ils existent, le plan de réassurance et les contrats de réassurance;
- j. les moyens de recensement, de limitation et de contrôle des risques;
- k. le champ territorial d'activité de l'assureur;
- l. s'ils existent, les contrats et autres ententes par lesquels l'assureur entend déléguer des tâches importantes à des tiers;
- m. les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières;
- n. les dispositions sur les formes particulières d'assurance obligatoire des soins prévues à l'article 62 et sur l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 à 77, ainsi que les conditions générales d'assurance;
- o. si la caisse-maladie prévoit de pratiquer des assurances complémentaires et d'autres branches d'assurance, la communication selon laquelle elle a déposé une requête auprès de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA);
- p. si l'assureur entend pratiquer l'assurance-maladie dans la Principauté du Liechtenstein, la communication selon laquelle il a déposé une requête en ce sens dans cet Etat.

Art. 11e al. 3

L'autorité de surveillance peut requérir les autres informations et documents qui lui sont nécessaires pour statuer sur la demande.

Art. 11f titre

Modifications du plan d'exploitation

Art. 11f al. 1

Toute modification des parties du plan d'exploitation mentionnées à l'article 11e alinéa 2 lettres a, i et k à n, requiert l'autorisation de l'autorité de surveillance.

Art. 11f al. 2

Toute modification des parties du plan d'exploitation mentionnées à l'article 11e alinéa 2 lettres b à f, j, o et p doit être communiquée préalablement à l'autorité de surveillance. Une modification est réputée autorisée si l'autorité de surveillance n'engage pas une procédure d'examen dans un délai de huit semaines à compter de la communication.

Art. 11g titre

Modification de la structure juridique, transfert de patrimoine et transfert de l'effectif des assurés

Art. 11g al. 1

L'assureur qui entend modifier sa structure juridique ou opère un transfert de patrimoine au sens de la loi du 3 octobre 2003 sur la fusion le communique à l'autorité de surveillance.

Art. 11g al. 2

L'autorité de surveillance peut, dans un délai de huit semaines à compter de la communication, interdire une modification ou la soumettre à des conditions lorsque sa nature ou son importance risque d'être préjudiciable à l'assureur ou de porter atteinte aux intérêts des assurés.

Art. 11g al. 3



L'assureur qui entend transférer tout ou partie de son effectif d'assurés à un autre assureur en vertu d'une convention doit obtenir l'autorisation de l'autorité de surveillance. Celle-ci autorise le transfert s'il permet de sauvegarder les intérêts de l'ensemble des assurés.

Art. 11h titre

Participations

Art. 11h al. 1

Tout assureur qui entend prendre une participation dans une autre entreprise doit en informer l'autorité de surveillance lorsque cette participation atteint ou dépasse 10, 20, 33 ou 50 pour cent du capital ou des droits de vote de l'autre entreprise.

Art. 11h al. 2

Quiconque entend prendre, directement ou indirectement, une participation dans un assureur doit en informer l'autorité de surveillance lorsque cette participation atteint ou dépasse 10, 20, 33 ou 50 pour cent du capital ou des droits de vote de l'assureur.

AB 2014 N 1385 / BO 2014 N 1385

Art. 11h al. 3

Quiconque entend diminuer sa participation dans un assureur au-dessous des seuils de 10, 20, 33 ou 50 pour cent du capital ou des droits de vote ou modifier sa participation de telle façon que l'assureur cesse d'être sa filiale doit en informer l'autorité de surveillance.

Art. 11h al. 4

L'autorité de surveillance peut interdire une participation ou la soumettre à des conditions lorsque sa nature ou son importance risque d'être préjudiciable à l'assureur ou de porter atteinte aux intérêts des assurés.

Art. 11i titre

Autres dispositions

Art. 11i texte

Les dispositions de la loi du 6 octobre 1995 sur les cartels concernant l'appréciation des concentrations d'entreprises et les dispositions de la loi du 3 octobre 2003 sur la fusion sont réservées.

Titre précédant l'art. 12

Chapitre 2: Exercice de l'activité d'assurance et réassurance

Section 1 Financement

Art. 12 titre

Système de financement

Art. 12 texte

Les assureurs financent l'assurance-maladie sociale en appliquant le système de la couverture des besoins.

Art. 12a titre

Provisions techniques

Art. 12a al. 1

Les assureurs constituent des provisions techniques appropriées.

Art. 12a al. 2

Les provisions techniques comprennent les provisions destinées à couvrir les coûts des traitements passés qui n'ont pas encore été facturés, les provisions pour les cas d'assurance qui n'ont pas encore été facturés dans l'assurance facultative d'indemnités journalières et, si les primes sont échelonnées en fonction de l'âge d'entrée, les provisions de vieillissement de l'assurance facultative d'indemnités journalières.

Art. 12b titre

Réserves

Art. 12b al. 1

Dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les assureurs constituent des réserves suffisantes pour garantir leur solvabilité.

Art. 12b al. 2

Le Conseil fédéral règle le calcul du niveau minimal des réserves ou de la solvabilité. Celui-ci se fonde sur les risques d'assurance, les risques de marché et les risques de crédit auxquels l'assureur est exposé pour l'ensemble de ses activités.

Art. 12c titre

Fortune liée de l'assurance-maladie sociale

Art. 12c al. 1



Les assureurs constituent une fortune liée de l'assurance-maladie sociale destinée à garantir les obligations découlant des rapports d'assurance et des contrats de réassurance qu'ils ont conclus. Ils en apportent la preuve à l'autorité de surveillance chaque année; l'autorité de surveillance peut demander cette preuve en tout temps.

Art. 12c al. 2

Le débit de la fortune liée de l'assurance-maladie sociale correspond aux provisions techniques d'assurance.

Art. 12c al. 3

Les biens affectés à la fortune liée de l'assurance-maladie sociale doivent être désignés en tant que tels. Ils ne peuvent répondre que des obligations que l'assurance-maladie sociale est destinée à garantir.

Art. 12d titre

Approbation des tarifs de primes

Art. 12d al. 1

Les tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières sont soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance. Tant qu'ils n'ont pas été avalisés, ils peuvent être rendus publics uniquement avec mention de la procédure d'approbation en cours.

Art. 12d al. 2

L'autorité de surveillance vérifie que les tarifs garantissent la solvabilité de l'assureur et les intérêts des assurés au sens de la présente loi.

Art. 12d al. 2bis

Les primes facturées par les différents assureurs couvrent les coûts spécifiques des cantons. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'assureur tient compte notamment de la compensation des risques, des variations des provisions ainsi que de la taille et de l'évolution permanente de l'effectif des assurés dans le canton donné.

Art. 12d al. 3

L'autorité de surveillance n'approuve pas les tarifs lorsque les primes:

- a. ne respectent pas les prescriptions légales;
- b. ne couvrent pas les coûts correspondants;
- c. dépassent de manière inappropriée les coûts correspondants;
- d. entraînent des réserves excessives.

Art. 12d al. 4

Si elle n'approuve pas les tarifs, l'autorité de surveillance ordonne les mesures à prendre.

Art. 12d al. 5

Avant l'approbation des tarifs, les cantons peuvent donner leur avis aux assureurs et à l'autorité de surveillance sur l'évaluation des coûts pour leur territoire, pour autant que ces échanges ne prolongent pas la procédure d'approbation. Les cantons peuvent obtenir les informations nécessaires auprès des assureurs et de l'autorité de surveillance. Ces informations ne peuvent être rendues publiques ni être transmises à des tiers.

Art. 12d al. 6

Si les tarifs sont approuvés pour une durée de moins d'une année, l'autorité de surveillance exige que l'assureur rende publique avec la publication des tarifs la durée de l'approbation des tarifs.

Art. 12e titre

Compensation des primes encaissées en trop

Art. 12e al. 1

Si, dans un canton, les primes encaissées par un assureur pour une année donnée étaient nettement plus élevées que les coûts cumulés dans ce canton-là, l'assureur peut, dans le canton concerné, procéder à une compensation des primes l'année suivante. Le montant de la compensation doit être clairement indiqué et motivé par l'assureur dans la demande d'approbation. Celle-ci doit être déposée auprès de l'autorité de surveillance au plus tard à la fin du mois de juin de l'année suivante.

Art. 12e al. 1bis

La compensation des primes doit rétablir l'équilibre entre les primes et les coûts.

Art. 12e al. 2

Pour apprécier le caractère approprié de la compensation des primes, l'autorité de surveillance se fonde sur le rapport entre les coûts et les primes de l'assureur. Elle tient compte de la compensation des risques, des variations des provisions ainsi que de la taille et de l'évolution permanente de l'effectif des assurés dans le canton donné. Elle prend également en considération l'ensemble de la situation économique de l'assureur.

Art. 12e al. 3



Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution nécessaires concernant la compensation des primes. Il entend pour ce faire les assureurs.

Art. 12ebis titre

Modalités du remboursement

Art. 12ebis texte

Le remboursement prend la forme d'une ristourne accordée par l'assureur aux personnes qui étaient assurées auprès de lui au 31 décembre de l'année pour laquelle les primes sont remboursées. Il est effectué durant l'année civile au cours de laquelle la demande a été déposée.

AB 2014 N 1386 / BO 2014 N 1386

Art. 12f titre

Frais d'administration

Art. 12f al. 1

Les assureurs doivent contenir les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale dans les limites qu'impose une gestion économique. Font notamment partie des frais d'administration les coûts des intermédiaires et les dépenses de publicité.

Art. 12f al. 1bis

Dans ses comptes annuels, l'assureur atteste de manière séparée les dépenses de publicité et les commissions versées aux intermédiaires.

Art. 12f al. 1ter

Les assureurs peuvent conclure un accord visant à régler le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de l'indemnisation des intermédiaires.

Titre précédant l'art. 12g

Section 2: Gestion d'entreprise et révision

Art. 12g titre

Garantie d'une activité irréprochable

Art. 12g al. 1

Les membres du conseil d'administration, du conseil de fondation ou du comité, les membres de la direction d'un assureur et les membres de l'institution commune doivent jouir d'une bonne réputation et offrir la garantie d'une activité irréprochable.

Art. 12g al. 2

Le Conseil fédéral fixe les qualifications professionnelles que ces personnes doivent présenter.

Art. 12g al. 3

Le président du conseil d'administration, du conseil de fondation ou du comité ne peut pas présider la direction.

Art. 12g al. 4

Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la publication des liens d'intérêts et sur la prévention des conflits d'intérêts.

Art. 12h titre

Publication du système de rémunération et des indemnités des organes dirigeants

Art. 12h al. 1

Les assureurs présentent leur système de rémunération dans le rapport de gestion.

Art. 12h al. 2

Ils publient dans le rapport de gestion:

- a. pour le conseil d'administration, le conseil de fondation ou le comité: le montant global des indemnités accordées à leurs membres et le montant accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, sans mention de son nom;
- b. pour la direction: le montant global des indemnités accordées à ses membres et le montant accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, sans mention de son nom.

Art. 12h al. 3

Ils exposent dans le rapport de gestion les raisons pour lesquelles les montants des indemnités ont changé par rapport à l'exercice précédent.

Art. 12h al. 4

Les indemnités comprennent notamment:

- a. les honoraires, les salaires, les bonifications et les notes de crédit;
- b. les indemnités à l'engagement et de départ;
- c. l'ensemble des prestations rémunérant les travaux supplémentaires.



Art. 12i titre

Gestion des risques

Art. 12i al. 1

Les assureurs sont organisés de manière à pouvoir, en particulier, recenser, limiter et contrôler tous les risques principaux.

Art. 12i al. 2

Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur l'objectif de la gestion des risques, son contenu et les documents qui s'y rapportent et sur la surveillance des risques par les assureurs.

Art. 12j titre

Contrôle interne

Art. 12j al. 1

Les assureurs mettent en place un système de contrôle interne efficace et adapté à la taille et à la complexité de l'entreprise. Ils mandatent un organe de révision interne indépendant de la direction.

Art. 12j al. 2

L'organe de révision interne établit au moins une fois par an un rapport d'activité et le remet à l'organe de révision externe.

Art. 12k titre

Rapports

Art. 12k al. 1

Les assureurs établissent au 31 décembre de chaque année un rapport de gestion composé des comptes annuels, du rapport annuel, et, lorsque le Code des obligations le prévoit, des comptes du groupe.

Art. 12k al. 2

Ils remettent leur rapport de gestion sur le dernier exercice à l'autorité de surveillance, au plus tard le 30 avril suivant. La décision de l'organe compétent de l'assureur concernant l'approbation des comptes peut être remise ultérieurement, au plus tard le 30 juin.

Art. 12k al. 3

L'autorité de surveillance peut demander des rapports intermédiaires.

Art. 12k al. 4

Le Conseil fédéral fixe les règles de comptabilité. Il fixe les exigences auxquelles les rapports remis à la surveillance conformément aux alinéas 1 à 3 doivent satisfaire; il peut fixer des exigences particulières pour le rapport de gestion. Il peut déléguer ces compétences à l'autorité de surveillance.

Art. 12l titre

Organe de révision externe

Art. 12l al. 1

Les assureurs mandatent un organe de révision externe agréé; celui-ci est chargé des tâches suivantes:

- a. procéder au contrôle ordinaire des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes de groupe (art. 727ss. CO);
- b. examiner la régularité de la gestion.

Art. 12l al. 2

Seules les entreprises de révision agréées en qualité d'experts-réviseurs au sens de la loi du 16 décembre 2005 sur la surveillance de la révision peuvent être mandatées.

Art. 12l al. 3

Seule une personne physique agréée en qualité d'expert-réviseur ou d'experte-réviseur selon la loi du 16 décembre 2005 sur la surveillance de la révision peut exercer la tâche de chef réviseur.

Art. 12m titre

Tâches de l'organe de révision externe

Art. 12m al. 1

L'organe de révision externe examine:

- a. si les comptes annuels sont établis, tant sur la forme que sur le fond, conformément aux lois, aux statuts et aux règlements;
- b. si, sur la base des instructions de l'autorité de surveillance, les dispositions de la présente loi et de ses ordonnances d'exécution sont respectées.

Art. 12m al. 2

L'autorité de surveillance peut confier des mandats supplémentaires à l'organe de révision externe et ordonner des contrôles particuliers. Les frais sont à la charge de l'assureur contrôlé. Exceptionnellement, l'autorité de surveillance peut accorder une exonération totale ou partielle de ces frais.



Art. 12m al. 3

L'organe de révision externe consigne les résultats de ses vérifications et ses constatations dans un rapport au sens de l'article 728b CO. Il remet ce rapport à l'autorité de surveillance le 30 avril au plus tard.

Art. 12n titre

Obligation d'information de l'organe de révision externe

AB 2014 N 1387 / BO 2014 N 1387

Art. 12n texte

L'organe de révision externe informe immédiatement l'autorité de surveillance lorsqu'il constate:

- a. des infractions pénales;
- b. de graves irrégularités;
- c. la non-observation des principes d'une activité irréprochable;
- d. des faits de nature à compromettre la solvabilité de l'assureur ou à porter atteinte de toute autre manière aux intérêts des assurés.

Titre précédant l'art. 13

Chapitre 3: Réassurance

Art. 13 titre

Régime de l'autorisation

Art. 13 al. 1

L'autorité de surveillance autorise un réassureur à pratiquer la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale s'il remplit les exigences légales et qu'il garantit les intérêts des assurés.

Art. 13 al. 2

Elle publie la liste des réassureurs autorisés à pratiquer.

Art. 13a titre

Conditions d'autorisation

Art. 13a al. 1

Peuvent pratiquer la réassurance:

- a. les assureurs au sens de l'article 11 comptant un nombre minimum d'assurés fixé par le Conseil fédéral;
- b. les entreprises d'assurance privées qui ont obtenu une autorisation de pratiquer la réassurance conformément à la LSA (réassureurs privés).

Art. 13a al. 2

Les réassureurs doivent remplir les conditions suivantes:

- a. revêtir la forme juridique de la société anonyme, de la coopérative, de l'association ou de la fondation;
- b. avoir leur siège en Suisse;
- c. disposer d'une organisation et pratiquer une gestion qui garantissent le respect des dispositions légales;
- d. être en mesure de s'acquitter de leurs obligations financières en tout temps et en particulier, pour les caisses-maladie, avoir constitué les réserves nécessaires ou, pour les réassureurs privés, satisfaire aux exigences financières fixées par la LSA;
- e. disposer d'un organe de révision externe agréé.

Art. 13b titre

Demande d'autorisation

Art. 13b al. 1

La demande doit être soumise à l'autorité de surveillance.

Art. 13b al. 2

Elle doit être accompagnée d'un plan d'exploitation. Celui-ci doit contenir les informations et documents suivants:

- a. lorsque le réassureur entend réassurer les risques auprès d'une autre société, le plan de rétrocession pour l'assurance-maladie sociale;
- b. pour la réassurance de l'assurance-maladie sociale pendant les trois prochains exercices, les comptes de profits et pertes prévisionnels et les provisions prévues.

Art. 13b al. 3

Le plan d'exploitation du réassureur privé doit contenir au surplus les indications et documents suivants:

- a. l'organisation du réassureur privé et, le cas échéant, celle du groupe d'assurance auquel il appartient;
- b. l'identité et le curriculum vitae des membres du conseil d'administration, du conseil de fondation ou du comité et des membres de la direction;



- c. des indications sur les personnes qui détiennent, directement ou indirectement, au moins 10 pour cent du capital ou des droits de vote ou qui, d'une autre manière, peuvent exercer une influence déterminante sur la gestion du réassureur;
- d. des indications relatives à la dotation financière du réassureur et une attestation de la FINMA selon laquelle le réassureur satisfait les exigences financières fixées par la LSA pour la pratique de réassurance en matière d'assurance-maladie sociale;
- e. l'identité de l'organe de révision externe et de la personne responsable de l'exécution du mandat.

Art. 13b al. 4

L'autorité de surveillance peut requérir les autres informations et documents qui lui sont nécessaires pour statuer sur la demande.

Art. 13c titre

Modifications du plan d'exploitation

Art. 13c texte

Toute modification des parties du plan d'exploitation doit être communiquée à l'autorité de surveillance.

Art. 13d titre

Participation minimale des assureurs aux risques

Art. 13d texte

Le Conseil fédéral fixe la part minimale des risques d'assurance que les assureurs doivent assumer eux-mêmes.

Art. 13e titre

Contrats de réassurance

Art. 13e al. 1

Les primes de réassurance doivent correspondre aux risques assumés. Elles sont soumises à l'approbation de l'autorité de surveillance.

Art. 13e al. 2

Les réassureurs remettent chaque année à l'autorité de surveillance les comptes de profits et pertes prévisionnels pour l'activité de réassurance en matière d'assurance-maladie sociale et un décompte pour chaque contrat de réassurance.

Titres précédant l'art. 14

Chapitre 4: Surveillance

Section 1: Généralités

Art. 14 titre

Buts de la surveillance

Art. 14 texte

La surveillance a notamment pour but la protection des intérêts des assurés conformément à la présente loi, en particulier par la garantie de la transparence de l'assurance-maladie sociale et de la solvabilité des assureurs.

Art. 14a titre

Tâches, pouvoirs et compétences de l'autorité de surveillance

Art. 14a al. 1

L'autorité de surveillance contrôle la pratique de l'assurance-maladie sociale. Elle accomplit en particulier les tâches suivantes:

- a. elle veille au respect des dispositions de la présente loi;
- b. elle s'assure de la garantie d'une activité irréprochable;
- c. elle veille au respect du plan d'exploitation;
- d. elle veille à ce que les assureurs soient solvables, à ce qu'ils constituent les réserves et les provisions conformément aux prescriptions, à ce qu'ils gèrent et investissent leurs biens correctement et à ce que tous les rendements du capital reviennent à l'assurance-maladie sociale;
- e. elle protège les assurés contre les abus.

Art. 14a al. 2

Elle veille à ce que les assureurs remplissent durablement les conditions d'autorisation prévues par la loi. Si les conditions ne sont plus remplies, elle exige le rétablissement de l'ordre légal.

Art. 14a al. 3

Elle peut donner des instructions aux assureurs visant à l'application uniforme du droit fédéral et procéder à des inspections auprès de ces derniers. Ces inspections peuvent être effectuées sans préavis. Lors de celles-ci, l'autorité de surveillance doit avoir libre accès à toutes les informations qu'elle juge pertinentes.

Art. 14a al. 4



Elle peut en tout temps charger des tiers de vérifier que les articles 11 à 15g sont respectés. Les frais peuvent être mis à la charge de l'entreprise concernée si le contrôle révèle des irrégularités ou des actes illégaux. Les personnes mandatées ne sont pas tenues de garder le secret à l'égard de l'autorité de surveillance.

Art. 14a al. 5

La FINMA surveille la pratique des assurances visées à l'article 11 alinéa 2 conformément à la LSA. L'autorité de surveillance et la FINMA coordonnent leurs activités de

AB 2014 N 1388 / BO 2014 N 1388

surveillance. Elles s'informent dès qu'elles ont connaissance de faits importants pour l'autre autorité de surveillance.

Art. 14b titre

Obligation de renseigner et d'annoncer

Art. 14b al. 1

Les entreprises surveillées sont tenues de fournir à l'autorité de surveillance, à l'organe de révision externe ou aux personnes mandatées par l'autorité de surveillance tous les renseignements et documents nécessaires à l'exécution de la surveillance de l'assurance-maladie sociale.

Art. 14b al. 2

Elles sont tenues de fournir chaque année à l'autorité de surveillance des indications sur les données liées à leur activité en matière d'assurance-maladie sociale. L'autorité de surveillance peut leur demander ces indications plusieurs fois par an.

Art. 14b al. 3

Les assureurs doivent au surplus annoncer sans délai à l'autorité de surveillance les faits qui sont de grande importance pour la surveillance.

Art. 14c titre

Echange d'informations et assistance administrative

Art. 14c al. 1

En dérogation à l'article 33 LPGa, l'autorité de surveillance peut, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, transmettre à d'autres autorités de surveillance suisses et aux cantons des informations et documents non accessibles au public dont ceux-ci ont besoin pour accomplir leurs tâches.

Art. 14c al. 2

Les autorités administratives et judiciaires de la Confédération et des cantons sont tenues, sous réserve de dispositions légales spécifiques, de coopérer aux vérifications de l'autorité de surveillance et, sur demande écrite et motivée, de mettre à sa disposition les documents nécessaires. L'assistance administrative doit lui être accordée sans frais.

Art. 14d titre

Publication des décisions

Art. 14d texte

En dérogation à l'article 33 LPGa, l'autorité de surveillance peut informer le public sur les mesures qu'elle a prises et les sanctions pénales qu'elle a prononcées.

Titre précédant l'art. 14e

Section 2 Mesures de surveillance

Art. 14e titre

Mesures conservatoires

Art. 14e al. 1

Lorsqu'un assureur transgresse gravement les dispositions de la présente loi ou ne se conforme pas aux instructions de l'autorité de surveillance ou lorsque les intérêts des assurés paraissent menacés de toute autre manière, l'autorité de surveillance décide de mesures conservatoires appropriées qui lui paraissent nécessaires pour sauvegarder les intérêts des assurés.

Art. 14e al. 2

Elle peut:

- a. interdire à l'assureur de disposer librement de ses actifs;
- b. ordonner le dépôt ou le blocage d'actifs de l'assureur;
- c. déléguer totalement ou partiellement à un tiers des compétences appartenant aux organes de l'assureur;
- d. transférer l'effectif des assurés d'un assureur à un autre assureur, conformément à l'article 14g;
- e. ordonner la réalisation de la fortune liée de l'assurance-maladie sociale;



- f. ordonner la révocation des personnes chargées de la direction générale, de la surveillance, du contrôle ou de la gestion;
- g. ordonner des augmentations de primes;
- h. ordonner la réalisation d'un plan de financement ou d'assainissement;
- i. nommer une personne et lui confier des tâches et des attributions particulières, conformément à l'article 14f;
- j. attribuer des avoirs de l'assureur à la fortune liée de l'assurance-maladie sociale jusqu'au montant du débit défini à l'article 12c alinéa 2;
- k. accorder un sursis concordataire en cas de risque d'insolvabilité d'un assureur conformément aux articles 293 à 304 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite;
- l. ordonner à l'assureur la conclusion d'un contrat de réassurance.

Art. 14e al. 3

Si la situation d'un assureur est compromise et que les organes statutaires n'ont pas pris de mesures suffisantes, l'autorité de surveillance peut prendre les mesures prévues à l'alinéa 2 lettres g et h pour assurer le respect des prescriptions légales pendant les deux années suivantes.

Art. 14f titre

Délégué de l'autorité de surveillance

Art. 14f al. 1

L'autorité de surveillance peut charger un spécialiste indépendant de mettre en oeuvre auprès d'une entreprise surveillée les mesures de surveillance au sens de l'article 14e qu'elle a ordonnées.

Art. 14f al. 2

Elle définit les tâches de son délégué. Elle détermine dans quelle mesure celui-ci peut agir à la place des organes de l'entreprise surveillée.

Art. 14f al. 3

L'article 14b s'applique par analogie aux compétences en matière d'information du délégué et à l'obligation faite aux entreprises surveillées de le renseigner.

Art. 14f al. 4

Les frais du délégué sont à la charge de l'entreprise surveillée. A la demande de l'autorité de surveillance, celle-ci verse une avance de frais. Exceptionnellement, l'autorité de surveillance peut accorder une exonération totale ou partielle de ces frais.

Art. 14g titre

Procédure applicable au transfert de l'effectif des assurés

Art. 14g al. 1

Lors de la préparation du transfert de l'effectif des assurés, l'autorité de surveillance est déliée de son obligation de garder le secret à l'égard des assureurs et des fédérations d'assureurs intéressés.

Art. 14g al. 2

Elle peut transférer à un autre assureur, moyennant son accord, tout ou partie de l'effectif des assurés d'un assureur, avec sa fortune liée de l'assurance-maladie sociale, ses réserves et les droits et obligations liés à ces dernières. Elle fixe les conditions du transfert par voie de décision.

Art. 14h titre

Ouverture de la faillite

Art. 14h al. 1

L'ouverture de la faillite d'un assureur est soumise à l'autorisation de l'autorité de surveillance. Celle-ci donne son autorisation s'il n'existe aucune possibilité d'assainissement.

Art. 14h al. 2

L'autorité de surveillance peut demander au tribunal des faillites l'ouverture de la faillite d'une caisse-maladie.

Art. 14i titre

Prêt destiné à surmonter une pénurie de liquidités

Art. 14i al. 1

Le Conseil fédéral peut, pour surmonter une pénurie passagère de liquidités, accorder à l'institution commune un prêt de trésorerie aux conditions du marché. La garantie de ce prêt peut être soumise à des conditions.

Art. 14i al. 2

Pour garantir le remboursement du prêt de trésorerie, le Conseil fédéral peut décider dans les cinq ans d'un supplément de prime de 1 pour cent au plus sur le volume des primes de l'assurance obligatoire des soins au profit du fonds d'insolvabilité.

Titre précédant l'art. 14j

Section 3: Fin de l'activité d'assurance

*Art. 14j al. 1*

L'autorité de surveillance retire à l'assureur l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale et au réassureur l'autorisation de pratiquer la réassurance en matière

AB 2014 N 1389 / BO 2014 N 1389

d'assurance-maladie sociale s'ils en font la demande ou s'ils ne remplissent plus les conditions légales.

Art. 14j al. 2

Si l'autorisation est totalement retirée et que la fortune et l'effectif des assurés ne sont pas transférés par convention à un autre assureur, l'excédent éventuel de la fortune des assureurs est versé au fonds d'insolvabilité de l'institution commune.

Art. 14j al. 3

Si l'autorité de surveillance ne retire à un assureur l'autorisation de pratiquer l'assurance obligatoire des soins que pour certaines parties de son champ territorial d'activité, l'assureur doit céder une part de ses réserves. Ce montant est réparti entre les assureurs qui reprennent les assurés touchés par la limitation du champ d'activité. L'autorité de surveillance peut fixer le montant et confier sa répartition à l'institution commune.

Art. 14j al. 4

Si un assureur ou un réassureur cesse son activité d'assurance, l'autorité de surveillance statue sur la libération de la surveillance.

Art. 14j al. 5

L'autorité de surveillance communique sa décision à l'office du registre du commerce et la publie aux frais de l'entreprise.

Titre précédant l'art. 14k

Section 4: Dispositions particulières applicables à la surveillance des assureurs-maladie

Art. 14k al. 1

L'autorité de surveillance peut vérifier les transactions entre les assureurs pratiquant l'assurance-maladie sociale et d'autres entreprises.

Art. 14k al. 2

L'autorité de surveillance peut déléguer cette vérification à l'organe de révision externe.

Art. 14k al. 3

L'autorité de surveillance peut édicter des dispositions sur la gestion des risques et sur le système de contrôle interne pour autant que les assureurs soient concernés.

Art. 14k al. 4

Les articles 12g et 14e alinéa 2 lettre f s'appliquent par analogie à la société holding.

Art. 14k al. 5

S'agissant des alinéas 1 à 3, l'obligation de renseigner prévue à l'article 14b s'applique par analogie à la société holding dirigeante.

Titres précédant l'art. 15

Chapitre 5: Institution commune

Section 1: Généralités

Art. 15 titre

Création et tâches de l'institution commune

Art. 15 al. 1

Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fondation. L'acte de fondation et les règlements de l'institution sont soumis à l'approbation du département. Le Conseil fédéral crée l'institution commune si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de l'institution.

Art. 15 al. 2

L'institution commune prend en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles conformément à l'article 15f.

Art. 15 al. 2bis

L'institution commune statue sur les demandes de dérogation à l'obligation de s'assurer déposées par des rentiers et des membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.

Art. 15 al. 2ter



Elle affine d'office les rentiers ainsi que les membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile.

Art. 15 al. 2quater

Elle assiste les cantons dans l'exécution de la réduction des primes prévue à l'article 65a en faveur des assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.

Art. 15 al. 2quinquies

Elle procède à la réduction des primes conformément à l'article 66a.

Art. 15 al. 2sexies

L'institution commune peut assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution qui lui sont confiées par les cantons.

Art. 15 al. 3

Le Conseil fédéral peut confier à l'institution d'autres tâches, notamment afin de remplir des engagements internationaux.

Art. 15 al. 4

Les assureurs peuvent convenir de lui confier certaines tâches d'intérêt commun, notamment dans les domaines administratif et technique.

Art. 15 al. 5

Pour financer les tâches de l'institution visées aux alinéas 2 et 4, les assureurs doivent lui verser des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. L'institution réclame ces contributions et perçoit un intérêt moratoire en cas de retard dans le paiement. Le montant des contributions et de l'intérêt moratoire est fixé par les règlements de l'institution.

Art. 15 al. 5bis

La Confédération assume le financement des tâches visées aux alinéas 2bis à 2quinquies.

Art. 15 al. 6

Le Conseil fédéral règle le financement des tâches confiées à l'institution commune en application de l'alinéa 3.

Art. 15 al. 7

L'institution commune tient des comptes distincts pour chacune de ses tâches. Elle bénéficie de l'exonération d'impôts en vertu de l'article 80 LPGA.

Art. 15 al. 8

L'article 85bis alinéas 2 et 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants s'applique par analogie aux recours formés devant le Tribunal administratif fédéral contre les décisions de l'institution commune fondées sur les alinéas 2bis, 2ter et 2quinquies.

Art. 15a titre

Organe de révision externe

Art. 15a texte

L'institution commune mandate un organe de révision externe. Les articles 12l à 12n sont applicables par analogie.

Art. 15b titre

Rapports

Art. 15b texte

L'institution commune remet à l'autorité de surveillance un rapport annuel sur son activité, au plus tard le 30 juin de l'année suivante. Les documents suivants y sont joints:

- a. un compte d'exploitation pour chaque domaine de tâches;
- b. un compte d'exploitation global;
- c. un bilan;
- d. une vue d'ensemble des réserves (domaine réduction des primes);
- e. le rapport de l'organe de révision.

Titre précédant l'art. 15c

Section 2: Fonds d'insolvabilité

Art. 15c titre

Gestion d'un fonds d'insolvabilité

Art. 15c texte

L'institution commune gère un fonds d'insolvabilité destiné à prendre en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles, conformément à l'article 15 alinéa 2.



Art. 15d titre

Financement du fonds d'insolvabilité

Art. 15d texte

Le fonds d'insolvabilité est financé par les sources suivantes:

a. les contributions des assureurs;

AB 2014 N 1390 / BO 2014 N 1390

b. l'excédent de fortune des assureurs dissous dont la fortune et l'effectif des assurés n'ont pas été transférés par contrat à un autre assureur;

c. l'excédent de recettes que les entreprises pharmaceutiques remboursent à l'institution commune sur la base du contrôle de l'économicité des médicaments de la liste des spécialités;

d. le produit des actions récursoires (art. 79b al. 4).

Art. 15e titre

Montant du fonds d'insolvabilité

Art. 15e texte

L'institution commune fixe le montant du fonds d'insolvabilité.

Art. 15f titre

Insolvabilité

Art. 15f al. 1

Un assureur est insolvable quand une procédure de liquidation judiciaire est ouverte contre lui ou qu'il ne sera plus en mesure de remplir ses obligations financières dans un avenir proche.

Art. 15f al. 2

L'autorité de surveillance constate formellement l'insolvabilité de l'assureur sur demande de ce dernier, sur demande de l'institution commune ou d'office. Elle fixe simultanément le moment à partir duquel le fonds d'insolvabilité a l'obligation d'allouer des prestations et informe l'institution commune.

Art. 15g titre

Nature et étendue de la prise en charge des prestations

Art. 15g al. 1

L'institution commune prend en charge, au débit du fonds d'insolvabilité, le montant qui manque à l'assureur insolvable pour payer les prestations légales. Celles-ci englobent les frais suivants:

a. les coûts des prestations de l'assurance obligatoire des soins;

b. les prestations de l'assurance facultative d'indemnités journalières;

c. les redevances à la compensation des risques prévues au chiffre 2 alinéa 1 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques);

d. les frais d'administration qui résultent de l'octroi des prestations mentionnées aux lettres a à c.

Art. 15g al. 2

L'institution commune règle cas par cas la manière appropriée de fournir les prestations.

Art. 15g al. 3

Elle communique au fur et à mesure à l'administration de la liquidation ou de la faillite le montant des prestations prises en charge par le fonds d'insolvabilité. Les prestations annoncées sont traitées comme des créances exigibles.

Titre précédant l'art. 16

Chapitre 6: Statistiques

Art. 16 al. 1

L'Office fédéral de la statistique établit les bases statistiques nécessaires à l'examen du fonctionnement et des effets de la présente loi. Il collecte auprès des assureurs, des fournisseurs de prestations et de la population les données nécessaires à cet effet.

Art. 16 al. 2

Les personnes physiques ou morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les informations doivent être mises gratuitement à disposition.

Art. 16 al. 3

Le traitement des données à des fins statistiques est régi par la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale.

Art. 18

Abroger

Titre précédant l'art. 19

Titre 2b: Promotion de la santé



Art. 20 al. 3

... Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation à l'Office fédéral de la santé publique (office).

Art. 21–23

Abroger

Titres précédant l'art. 24

Titre 2c: Assurance obligatoire des soins: prestations et fournisseurs de prestations

Chapitre 1: Prestations

Section 1: Catalogue

Art. 24 al. 2

Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement.

Titres précédant l'art. 35

Chapitre 2: Fournisseurs de prestations

Section 1: Admission

Art. 59a titre

Données des fournisseurs de prestations

Art. 59a al. 1

Les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Les indications suivantes doivent notamment être communiquées:

- a. le genre d'activité, l'infrastructure et l'équipement, et la forme juridique;
- b. l'effectif du personnel, le nombre de places de formation et leur structure;
- c. le nombre de patients et la structure de leur effectif, sous une forme anonyme;
- d. le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies;
- e. les charges, les produits et le résultat d'exploitation;
- f. les indicateurs de qualité médicaux.

Art. 59a al. 2

Les personnes physiques et morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les données doivent être fournies gratuitement.

Art. 59a al. 3

Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique. Celui-ci met à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, du Surveillant fédéral des prix, de l'Office fédéral de la justice, des cantons, des assureurs et des institutions figurant à l'article 84a les données par fournisseur de prestations énumérées à l'alinéa 1 aux fins de l'application de la présente loi. Ces données sont publiées.

Art. 59a al. 4

Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement, la transmission et la publication des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Titres précédant l'art. 60, art. 60

Abroger

Titres précédant l'art. 61

Titre 2d: Assurance obligatoire des soins: primes, participation aux coûts et réduction des primes

Chapitre 1: Primes des assurés

Art. 61 al. 2

L'assureur échelonne les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons. Des exceptions sont possibles pour les effectifs très peu importants. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant.

Art. 61 al. 2bis

L'assureur peut échelonner les primes selon les régions. Le département délimite uniformément les régions ainsi que les différences maximales admissibles de primes fondées sur les différences de coûts entre les régions.

Art. 61 al. 5

Abroger

Titres précédant l'art. 64

Chapitre 2: Participation aux coûts

Titres précédant l'art. 64a

Chapitre 3: Non-paiement des primes et des participations aux coûts

Titres précédant l'art. 65



Chapitre 4: Réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics

AB 2014 N 1391 / BO 2014 N 1391

Art. 67 al. 1

Toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de 15 ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des articles 11 ou 11a.

Art. 68

Abroger

Art. 72 al. 1bis

Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail.

Art. 75

Abroger

Insérer avant le titre du titre 5

Art. 79b titre

Droit de recours de l'institution commune

Art. 79b al. 1

L'institution commune assume, vis-à-vis d'un organe ou d'un tiers responsable de l'insolvabilité de l'assureur, les prétentions de l'assureur à concurrence des prestations légales que le fonds d'insolvabilité a prises en charge à sa place. Elle produit ses créances dans la procédure de faillite.

Art. 79b al. 2

Lorsqu'il y a plusieurs responsables, ceux-ci répondent solidairement à l'égard de l'institution commune.

Art. 79b al. 3

Les délais de prescription applicables aux droits de l'assureur lésé sont également applicables aux droits qui ont passé à l'institution commune. Pour les prétentions récursoires de l'institution commune, ils ne commencent pas à courir avant que celle-ci ait eu connaissance des prestations qu'elle doit allouer et du responsable.

Art. 79b al. 4

Le produit des prétentions sert, après déduction des coûts de recouvrement, à couvrir le montant pris en charge par le fonds d'insolvabilité en vertu de l'article 15g. Le solde est versé à la masse en faillite.

Art. 79b al. 5

Les prétentions qui ne passent pas à l'institution commune demeurent dans la masse en faillite.

Art. 84a al. 1 let. f

Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'article 33 LPGA:

f. aux autorités cantonales compétentes, s'agissant des données visées à l'article 59a qui sont nécessaires à la planification des hôpitaux et des établissements médicosociaux ainsi qu'à l'examen des tarifs;

Art. 90a al. 1

En dérogation à l'article 58 alinéa 2 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition de l'institution commune prises en vertu de l'article 15 alinéas 2bis et 2ter peuvent faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral. Celui-ci statue également sur les recours contre les décisions de l'institution commune prises en vertu de l'article 15 alinéa 2quinquies.

Art. 92 al. 1

Est puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde prévue par le Code pénal, quiconque:

Art. 92 al. 1 let. c

Abroger

Art. 92 al. 2

Est puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire quiconque, intentionnellement:

- gère sans autorisation un assureur ou un réassureur non autorisé à exercer l'activité d'assurance;
- retire ou grève des biens appartenant à la fortune liée de l'assurance-maladie sociale de sorte que son débit n'est plus couvert;
- comme tout autre acte ayant pour effet de diminuer la sécurité des biens affectés à la fortune liée.

Art. 92 al. 3



Si l'auteur agit par négligence dans les cas visés à l'alinéa 2, il est puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus.

Art. 93 titre

Contraventions

Art. 93 al. 1

Est puni d'une amende de 500 000 francs au plus quiconque, intentionnellement:

- a. viole une obligation prévue aux articles 11f à 11h ou 14b;
- b. fournit, en violation de son obligation de renseigner, des renseignements inexacts ou refuse de fournir des renseignements;
- bbis. fournit, en violation de l'obligation de communiquer des entreprises surveillées, des renseignements inexacts ou refuse de fournir des renseignements;
- c. Abroger
- d. ne constitue pas les provisions requises par l'article 12a;
- e. en sa qualité d'organe d'exécution au sens de la présente loi, viole ses obligations, notamment celle de garder le secret, ou abuse de sa fonction au détriment d'un tiers, pour se procurer un avantage ou pour procurer à un tiers un avantage illicite;
- f. s'oppose à un contrôle ordonné par l'autorité de surveillance ou le rend impossible de toute autre manière;
- g. se soustrait au devoir d'assistance administrative visé à l'article 32 LPG et à l'article 82 de la présente loi;
- h. viole l'interdiction prévue aux articles 62 alinéa 2bis et 64 alinéa 8.

Art. 93 al. 2

Si l'auteur agit par négligence dans les cas visés à l'alinéa 1, il est puni d'une amende de 150 000 francs au plus.

Art. 93 al. 3

Est puni d'une amende de 100 000 francs au plus quiconque, intentionnellement:

- a. viole une décision entrée en force de l'autorité de surveillance ou une décision de l'instance de recours ou ne s'y conforme pas;
- b. entrave l'obligation de s'assurer visée aux articles 4, 4a, 5 et 7;
- c. viole les prescriptions relatives à la procédure de financement et à la présentation des comptes;
- d. viole les prescriptions relatives au remboursement des prestations au sens de l'article 34 alinéa 1;
- e. viole les prescriptions relatives à la participation aux coûts au sens de l'article 64;
- f. viole les prescriptions relatives aux primes des assurés au sens des articles 61 à 63;
- g. ne présente pas le rapport de gestion dans le délai fixé par la loi.

Art. 93 al. 4

Si l'auteur agit par négligence dans les cas visés à l'alinéa 3 lettres b à f, il est puni d'une amende de 20 000 francs au plus.

Art. 93 al. 5

Les renseignements que l'autorité de surveillance ou la personne mandatée a obtenus grâce à la collaboration d'une personne ne peuvent être utilisés contre celle-ci dans une procédure pénale que si la personne concernée donne son consentement ou que si ces renseignements auraient pu être obtenus sans sa collaboration.

Art. 93a

Abroger

Art. 94 titre

Infractions commises dans une entreprise

Art. 94 texte

L'autorité compétente peut renoncer à poursuivre les personnes punissables et condamner à leur place l'entreprise au paiement de l'amende si les conditions suivantes sont réunies:

- a. l'enquête à l'égard des personnes punissables selon l'article 6 de la loi fédérale du 22 mars 1974 sur le droit pénal administratif requerrait des mesures d'instruction disproportionnées par rapport à la peine encourue;

AB 2014 N 1392 / BO 2014 N 1392

- b. l'amende entrant en ligne de compte pour l'infraction à la présente disposition pénale ne dépasse pas 20 000 francs.

Art. 96 titre

Conseil fédéral

Introduire avant le titre du titre 7

Art. 96a titre





Autorité de surveillance compétente

Art. 96a texte

L'office exerce la surveillance au sens de la présente loi.

Proposition de la minorité II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscelli, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 1a al. 3 let. ater

ater. les groupes d'assurance;

Proposition de la minorité II

(Rossini, Carobbio Guscelli, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert)

Art. 12cbis titre

Ecart de prime

Art. 12cbis al. 1

L'écart de prime entre les assureurs, au sein d'un même canton, d'une même région et pour une même catégorie de prime, ne peut dépasser 20 pour cent.

Art. 12cbis al. 2

Le Conseil fédéral règle les modalités d'application.

Proposition de la minorité II

(Carobbio Guscelli, Fehr Jacqueline, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 12d al. 1

... l'approbation de l'autorité de surveillance. Ils ne peuvent être rendus publics ni être appliqués avant leur approbation.

Proposition de la minorité II

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Stahl)

Art. 12d al. 3 let. d

Biffer

Proposition de la minorité II

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Stahl)

Art. 12d al. 4bis

En cas de recours, la prime la plus élevée parmi celle décidée par l'autorité de surveillance et celle proposée par l'assureur s'applique provisoirement.

Proposition de la minorité II

(de Courten, Borer, Frehner, Stahl)

Art. 12f al. 1

... dans les limites qu'impose une gestion économique. (Biffer le reste)

Proposition de la minorité II

(Clottu, Carobbio Guscelli, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Moret, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 12f al. 1quater

S'il considère l'accord comme insuffisant, le Conseil fédéral peut régler l'indemnisation des intermédiaires, après avoir pris l'avis des milieux intéressés.

Art. 12f al. 2

Le Conseil fédéral peut régler l'indemnisation des intermédiaires et les dépenses de publicité.

Proposition de la minorité II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscelli, Clottu, Heim, Parmelin, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 12h al. 2

...

- a. ... et le montant accordé à chacun d'entre eux, avec mention de leur nom et de leur fonction;
- b. ... et le montant accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, avec mention de son nom et de sa fonction.



Proposition de la minorité II

(Pezzatti, Borer, Bortoluzzi, Cassis, de Courten, Frehner, Humbel, Schmid-Federer, Stahl, Stolz, Weibel)

Art. 12m al. 2

... des contrôles particuliers. Les frais sont à la charge de l'assureur contrôlés s'il y a soupçon de manquements graves.

Proposition de la minorité II

(Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14a al. 4

... à la charge de l'entreprise concernée, notamment si le contrôle révèle ...

Proposition de la minorité II

(Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, van Singer)

Art. 14e al. 1

Lorsqu'un assureur ne respecte pas les dispositions de la présente loi ... de toute autre manière, l'autorité de surveillance prend les mesures conservatoires qui lui paraissent nécessaires ...

Art. 14e al. 2

Elle peut notamment:

...

Proposition de la minorité II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14k titre

Les groupes d'assurance

Art. 14k texte

Deux entreprises ou plus forment un groupe d'assurance si les conditions suivantes sont remplies:

- l'une d'entre elles au moins est un assureur au sens de l'article 11 ou 11a;
- l'activité qu'elles exercent globalement dans le domaine de l'assurance est prédominante;
- elles forment une unité économique ou sont liées entre elles par des facteurs d'influence ou un contrôle.

Proposition de la minorité II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14l titre

Relations avec la surveillance individuelle

Art. 14l al. 1

La surveillance des groupes d'assurance s'exerce en complément à la surveillance individuelle sur les assureurs au sens des articles 11 et 11a.

Art. 14l al. 2

Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions sur la surveillance des opérations internes des groupes, la gestion des risques, le système interne de contrôle et le cumul des risques au sein des groupes. Il peut déléguer ces compétences à l'autorité de surveillance.

Proposition de la minorité II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 14m titre

Garantie d'une activité irréprochable et organe de révision externe

Art. 14m al. 1

L'article 12g s'applique par analogie à la société holding dirigeante.

Art. 14m al. 2

Les groupes d'assurance doivent disposer d'un organe de révision externe. Les articles 12l à 12n s'appliquent par analogie.

AB 2014 N 1393 / BO 2014 N 1393

Proposition de la minorité II

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Gilli, Heim, Ingold, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)





Art. 14n titre

Organisation de renseigner

Art. 14n texte

La société holding dirigeante est soumise à l'obligation de renseigner prévue à l'article 14b.

Proposition de la minorité II

(Heim, Carobbio Guscelli, Fehr Jacqueline, Gilli, Rossini, Schenker Silvia, Steiert)

Art. 15e al. 1

L'institution commune fixe le montant du fonds d'insolvabilité. Le montant dépend des risques que le fonds doit couvrir.

Art. 15e al. 2

Les risques au sens de l'alinéa 1 sont définis en fonction de la situation financière des assureurs.

Art. 15e al. 3

L'autorité de surveillance peut ordonner l'augmentation du fonds d'insolvabilité pour assurer la pérennité du système d'assurance-maladie.

Proposition de la minorité II

(Rossini, Carobbio Guscelli, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, van Singer)

Art. 93 al. 1 let. a

a. viole une obligation prévue aux articles 11f à 11h ou 14b ou 14n;

Proposition de la minorité II

(Rossini, Carobbio Guscelli, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

Art. 93 al. 1 let. c

c. ne présente pas le rapport de gestion dans le délai fixé par la loi;

Proposition de la minorité II

(de Courten, Borer, Clottu, Frehner, Humbel, Schmid-Federer)

Art. 93 al. 3 let. d

Biffer

Ziff. II

Antrag der Minderheit I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Die Änderung bisherigen Rechts wird im Anhang geregelt.

Ch. II

Proposition de la minorité I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

La modification du droit en vigueur est réglée en annexe.

Ziff. III

Antrag der Minderheit I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Titel

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

Abs. 1

Die Versicherer müssen bis spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom ...

- a. über einen Geschäftsplan nach Artikel 11e Absatz 2 Buchstaben a bis f und i bis p verfügen und diesen der Aufsichtsbehörde einreichen;
- b. die Ansprüche aus Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung nach Artikel 12c sicherstellen;
- c. über ein Risikomanagement nach Artikel 12i verfügen;
- d. über eine interne Revisionsstelle nach Artikel 12j verfügen.

Abs. 2

Sie müssen bis spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom ...



- a. die Anforderungen nach Artikel 11d erfüllen;
- b. Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit nach Artikel 12g bieten.

Ch. III

Proposition de la minorité I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Titre

Dispositions transitoires de la modification du ...

Al. 1

Les assureurs doivent respecter les dispositions suivantes dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du ...

- a. disposer d'un plan d'exploitation conformément à l'article 11e alinéa 2 lettres a à f et i à p, et le remettre à l'autorité de surveillance;
- b. garantir, au moyen de la fortune liée constituée conformément à l'article 12c, les obligations découlant des rapports d'assurance et des contrats de réassurance qu'ils ont conclus;
- c. gérer leurs risques conformément à l'article 12i;
- d. disposer d'un organe de révision interne tel que prévu à l'article 12j.

Al. 2

Ils doivent respecter les dispositions suivantes dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du ...

- a. remplir les exigences fixées à l'article 11d;
- b. garantir une activité irréprochable au sens de l'article 12g.

Ziff. IV

Antrag der Minderheit I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Abs. 1

Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

Abs. 2

Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Ch. IV

Proposition de la minorité I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Al. 1

La présente loi est sujette au référendum.

Al. 2

Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die Anträge der Minderheit I (de Courten) auf den Seiten 48 bis 88 der Fahne sowie sämtliche Anträge der Minderheiten II, die einen Abänderungsantrag zu den Anträgen der Minderheit I darstellen, sind mit dem Entscheid für das Konzept der Mehrheit zu Beginn der Debatte abgelehnt worden und hinfällig.

Änderung bisherigen Rechts

Modification du droit en vigueur

Ziff. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats



Angenommen – Adopté

AB 2014 N 1394 / BO 2014 N 1394

Ziff. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

mit Ausnahme von:

Art. 61 Abs. 2

Der Versicherer stuft die Prämien gemäss den kantonalen Kostenunterschieden ab. Für sehr kleine kantonale Versicherungsbestände kann davon abgewichen werden. Massgebend ist der Wohnort.

Art. 61 Abs. 2bis

Der Versicherer kann die Prämien kantonal abstufen. Das Departement legt die Regionen sowie die maximal zulässigen Prämienunterschiede basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen einheitlich fest.

Antrag der Minderheit I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Streichen

Ch. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

à l'exception de:

Art. 61 al. 2

L'assureur échelonne les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons. Des exceptions sont possibles pour les effectifs très peu importants. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant.

Art. 61 al. 2bis

L'assureur peut échelonner les primes selon les régions. Le département délimite uniformément les régions ainsi que les différences maximales admissibles de primes fondées sur les différences de coûts entre les régions.

Proposition de la minorité I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Biffer

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. 3

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

mit Ausnahme von:

Art. 31 Abs. 2

Diese Regelung geht der Vereinbarung nach Artikel 31a vor.

Art. 31a Titel

Vereinbarung zwischen Versicherungsunternehmen

Art. 31a Text

Die Versicherungsunternehmen können eine Vereinbarung abschliessen, welche ermöglicht, die Telefonwerbung, den Verzicht auf Leistungen der Call Centers und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit zu regeln.

Antrag der Minderheit I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Art. 80 Abs. 2





Die Finma und die Aufsichtsbehörde nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten. Sie informieren sich gegenseitig, sobald sie von Vorkommissen Kenntnis erhalten, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind.

Ch. 3

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

à l'exception de:

Art. 31 al. 2

Cette réglementation prime l'accord visé à l'article 31a.

Art. 31a titre

Accord entre entreprises d'assurance

Art. 31a texte

Les entreprises d'assurance peuvent conclure un accord visant à régler le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de l'indemnisation des intermédiaires.

Proposition de la minorité I

(de Courten, Borer, Bortoluzzi, Clottu, Frehner, Herzog, Humbel)

Art. 80 al. 2

La FINMA et l'autorité de surveillance au sens de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie coordonnent leurs activités de surveillance. Elles s'informent dès qu'elles ont connaissance de faits importants pour l'autre autorité de surveillance.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 12.027/10649)

Für Annahme des Entwurfes ... 139 Stimmen

Dagegen ... 40 Stimmen

(8 Enthaltungen)

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse

gemäss Brief an die eidgenössischen Räte

Proposition du Conseil fédéral

Classer les interventions parlementaires

selon lettre aux Chambres fédérales

Angenommen – Adopté