



11.492

**Parlamentarische Initiative**

**Poggia Mauro.**

**KVG.**

**Vom System des Tiers garant  
zum System des Tiers payant**

**Initiative parlementaire**

**Poggia Mauro.**

**LAMal.**

**Passage du système du tiers garant  
au système du tiers payant**

*Vorprüfung – Examen préalable*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.03.13 (VORPRÜFUNG - EXAMEN PRÉALABLE)

*Antrag der Mehrheit*

Der Initiative keine Folge geben

*Antrag der Minderheit*

(Schenker Silvia, Carobbio Guscetti, Heim, Piller Carrard, Rossini, Steiert, van Singer)  
Der Initiative Folge geben

*Proposition de la majorité*

Ne pas donner suite à l'initiative

AB 2013 N 283 / BO 2013 N 283

*Proposition de la minorité*

(Schenker Silvia, Carobbio Guscetti, Heim, Piller Carrard, Rossini, Steiert, van Singer)  
Donner suite à l'initiative

**Präsidentin** (Graf Maya, Präsidentin): Sie haben einen schriftlichen Bericht der Kommission erhalten.

**Poggia Mauro** (-, GE): Je voudrais dire d'entrée de jeu que je suis président de l'Association suisse des assurés.

L'initiative parlementaire qui vous est proposée concerne la modification de l'article 42 de la LAMal, qui a pour but de substituer le principe du tiers payant à celui du tiers garant. Vous savez que le système du tiers payant est déjà en vigueur dans notre législation pour les factures d'hospitalisation. Il est en vigueur dans les faits pour les factures de pharmacie, dans la grande majorité des cas, en raison d'accords passés entre les assureurs et les sociétés de pharmaciens.

Madame Schenker Silvia avait interpellé le Conseil fédéral en décembre 2010, après le constat dramatique selon lequel des assurés n'étaient pas en mesure d'avancer eux-mêmes les frais de leurs médicaments auprès des pharmacies. Et la réponse du Conseil fédéral à cette occasion avait été particulièrement insatisfaisante, puisque le Conseil fédéral avait invité ces personnes ayant des difficultés financières, et malades de surcroît, soit à trouver des accords avec les pharmaciens, soit à payer leurs factures avec retard, soit encore à s'adresser à leur médecin traitant ou à des hôpitaux pour obtenir les médicaments qu'ils ne pouvaient pas





payer directement. Alors je veux bien croire que dans notre pays on ne meurt pas, du moins officiellement, par manque de soins, mais il n'y a aucune raison, au vu des primes d'assurance-maladie que nos concitoyens règlent chaque mois, que l'on doive être les banquiers de nos assureurs.

Les arguments des opposants à la généralisation du système du tiers payant – qui permettrait aux pharmaciens et aux médecins, pour les prestataires de soins, d'adresser directement leurs factures aux assurances – sont de trois types: on nous dit d'abord que le fait de payer les factures en avance et se les faire rembourser ensuite serait de nature à responsabiliser les assurés. Cette argumentation est évidemment trompeuse: vous et moi qui avons les moyens de payer les factures de nos médecins et de nos médicaments ne sommes pas dissuadés de nous soigner par le fait de devoir avancer les frais.

Ce sont les personnes modestes qui sont les premières victimes de cette situation. Soit des personnes qui ne vont pas chez le médecin parce qu'elles savent que la franchise est à leur charge et qu'elles ne pourront pas l'assumer, soit des personnes qui vont chez le médecin, qui ensuite envoient leur facture à l'assurance-maladie et qui, lorsqu'ils sont remboursés par l'assurance, utilisent cet argent, par la force des choses, à d'autres fins et qui, par voie de conséquence, ne retournent pas chez le médecin qu'ils n'ont pas payé. Tout cela crée une situation particulièrement malsaine car, vous le savez aussi bien que moi, le fait de retarder la prise en charge d'une maladie ne fait qu'accroître finalement les coûts de la santé.

Deuxième argument des opposants: la protection des données. Or vous savez que les factures qui sont adressées à nos assurances sont celles qui nous sont adressées en priorité, donc sans aucune modification. Ce système de l'envoi direct des factures est déjà instauré au niveau des hôpitaux. Et il y a toujours la possibilité, bien évidemment, de demander aux médecins de ne pas envoyer cette facture si l'on souhaite la régler directement – cela peut être le cas pour des traitements de psychiatrie par exemple. Donc le fait de vouloir protéger les données en évitant que les factures soient adressées directement à l'assurance est également un faux argument.

Dernier argument: le risque économique des médecins serait transféré à la communauté des assurés. Ce serait donc vous et moi qui supporterions le risque que les patients ne paient pas leurs médecins. Là aussi, vous le savez, depuis le 1er janvier 2012, la révision de l'article 64a de la LAMal est entrée en vigueur. Désormais, il n'y a plus de suspension des prestations des assureurs lorsqu'un assuré ne paie pas ses franchises, ses participations ou ses primes. En contrepartie, la simple présentation de l'acte de défaut de bien par les assureurs permet un remboursement immédiat de 85 pour cent du montant du découvert, avec en plus – j'allais dire en prime, sans jeu de mots! – la possibilité pour l'assureur de garder la totalité de la créance qu'il fait valoir ultérieurement auprès de l'assuré défaillant, avec uniquement l'obligation de rembourser le 50 pour cent des sommes finalement encaissées au canton qui a payé – je le rappelle – le 85 pour cent. Donc le risque économique est évidemment dérisoire; il l'est d'autant plus qu'on nous a dit, dans le cadre de la commission, que les personnes concernées par les bienfaits de l'initiative qui vous est proposée ne représentent qu'une petite quantité. Je pense que c'est une petite quantité de trop et une société comme la nôtre ne peut pas s'empêcher de s'en préoccuper. Je me demande alors si le but inavoué de l'opposition à cette initiative ne serait pas d'escompter que des factures se perdent, qu'elles soient oubliées et qu'elles ne soient finalement jamais envoyées à nos assureurs – vous admettez que ce n'est pas un argument que l'on peut soutenir dans le cadre de cet hémicycle.

Les avantages sont doubles. D'abord, simplifier les démarches administratives: les personnes malades, les personnes âgées doivent faire des démarches administratives qui sont pour elles complexes pour envoyer les factures à leur assurance, alors que ces factures pourraient être envoyées directement par les prestataires de soins.

Ensuite, puisqu'on nous sort constamment le principe du contrôle des factures par nos assureurs-maladie, quoi de mieux qu'un contrôle immédiat des factures par les assureurs, qui recevraient en première ligne les factures des prestataires de soins?

Vous le savez, les contrôles que nous faisons, vous et moi en tant que patients, sont des contrôles dérisoires puisque nous n'avons souvent pas les connaissances pour pouvoir vérifier si ce qui est facturé l'est à juste titre. Donc puisque nos assureurs prétendent vouloir contrôler, qu'ils le fassent!

Pour ces raisons, je vous demande de bien vouloir adopter cette initiative, pour le bien des 8 millions d'assurés de notre pays.

**Schenker** Silvia (S, BS): Stellen Sie sich vor, Sie haben eine chronische Krankheit, wegen der Sie dauernd Medikamente nehmen müssen. Stellen Sie sich weiter vor, diese Medikamente kosten mehrere Tausend Franken pro Monat. Stellen Sie sich zudem vor, dass Ihre Krankenkasse vom Recht Gebrauch macht, das System des Tiers garant anzuwenden. Mit anderen Worten: Sie werden die teuren Medikamente in bar bezahlen müs-



sen, damit sie diese überhaupt erhalten. Es machen längst nicht alle Krankenkassen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Dort jedoch, wo sie dies tun, kann das für die Patientinnen und Patienten zu grossen Problemen führen.

Als Präsidentin der Schweizerischen Gesundheitsligenkonferenz, der Dachorganisation der Gesundheitsligen, wurde ich auf dieses Problem aufmerksam gemacht. Ich habe damals mit einer Anfrage an den Bundesrat reagiert. Die Antwort des Bundesrates war sehr unbefriedigend. Der Bundesrat hat, kurz zusammengefasst, vorgeschlagen, dass die Versicherten in einem solchen Fall ihre Medikamente in einer Versandapotheke bestellen, die Rechnung an ihre Krankenkasse schicken und hoffen sollen, dass sie das Geld erhalten, bevor sie ihrerseits die Rechnung der Apotheke bezahlen müssen.

Nun hat Herr Poggia mit seiner parlamentarischen Initiative das Thema wieder aufgegriffen. Er schlägt vor, das KVG zu ändern, um den Krankenkassen diese Wahlmöglichkeit, das Tiers-garant-System anzuwenden, in Zukunft nicht mehr zu geben.

Ich bitte Sie im Namen der Minderheit, der parlamentarischen Initiative Folge zu geben.

Aus Sicht der Minderheit gibt es viele gute Gründe für eine Zustimmung. Es kommt erstens nicht mehr zu solchen

AB 2013 N 284 / BO 2013 N 284

Situationen, wie ich sie eingangs beschrieben habe. Die Apotheke kann die Medikamente ohne Probleme abgeben, schickt die Rechnung an die Krankenkasse, und die Krankenkasse stellt dem Versicherten den Betrag in Rechnung, den der Versicherte sonst aus seiner Tasche bezahlen müsste.

Das Tiers-payant-System ist zweitens auch für die Leistungserbringer vorteilhaft. Sie laufen nicht mehr Gefahr, ihre Rechnungen nicht bezahlt zu bekommen, weil Patientinnen und Patienten das Geld, das sie von der Krankenkasse für die eingeschickte Rechnung erhalten, für andere existenzielle Bedürfnisse verbraucht haben. Ein solches Verhalten ist zwar unschön, aber es kommt vor.

Drittens: Das Argument, mit dem Tiers-garant-System würden die Patienten zu kostenbewusstem Verhalten animiert, sticht aus Sicht der Minderheit nicht. Wenn das nämlich funktionieren würde, müsste man eigentlich dazu übergehen, das Tiers-garant-System insbesondere dort anzuwenden, wo hohe Kosten anfallen.

Das System des Tiers garant kann – das ist mein viertes Argument – besonders für Menschen, die materiell schlechtgestellt sind, zu unsozialen Härten oder zu einer Verschlechterung ihrer Gesundheitsversorgung führen.

Ich bitte Sie aus all diesen Gründen, der parlamentarischen Initiative Poggia Folge zu geben.

**Borer** Roland F. (V, SO), für die Kommission: Am 14. Februar dieses Jahres hat die SGK des Nationalrates diese parlamentarische Initiative behandelt, und sie hat mit 18 zu 7 Stimmen den Entscheid gefällt, ihr keine Folge zu geben.

Die Diskussion über die Frage, welches System wir anwenden wollen, das System des Tiers payant oder des Tiers garant, ist älter als das KVG selber. Im Vorfeld der Beratungen zum KVG im Jahre 1995 hat man sich entschieden, das System des Tiers garant anzuwenden. Das ist heute nach wie vor so.

Die Kommissionsmehrheit ist der Meinung, dass sich das bestehende System so, wie es heute angewendet wird, bewährt hat. Die Leistungsbezüger werden einerseits für die Kosten sensibilisiert, indem sie die Rechnung der Leistung, die sie bezogen haben, direkt sehen und diese dann an ihren Krankenversicherer weiterleiten. Ein Faktor, der auch nicht vergessen werden darf: Zwischen Leistungserbringern und Patienten besteht ja ein direktes Verhältnis, ohne dass ihnen ein Krankenversicherer über die Schultern blicken kann. Wer anders als der Leistungsbezüger selber kann denn schlussendlich kontrollieren, ob die Rechnung korrekt gestellt wird oder nicht?

Wir sind schon lange vom reinen System des Tiers garant weggekommen; das wurde von der Vertreterin der Minderheit auch erwähnt. Es ist eine Tatsache, dass stationäre Leistungen schon seit der Inkraftsetzung des KVG nach dem System des Tiers payant abgerechnet werden.

Nicht ganz korrekt ist die Aussage, dass Patienten mit sehr hohen Medikamentenkosten überfordert würden. Fakt ist auch hier, dass im Bereich der Medikamentenentschädigung von der absolut grossen Mehrheit der Krankenversicherer heute das System des Tiers payant angewendet wird. Als Versicherter gehen Sie heute mit der Versichertenkarte in die Apotheke, beziehen nach Rezept Ihre Medikamente, und die Abrechnung erfolgt auf dieser Basis. Jetzt in Bezug auf einen einzelnen oder vielleicht zwei Krankenversicherer zu legiferieren, ist nach Meinung der Mehrheit der Kommission der falsche Weg.

Nicht vergessen werden darf, dass ein Systemwechsel für alle Beteiligten massiven Mehraufwand zur Folge hätte. Im Übrigen, auch das ist ein Fakt, sind Ärzte freischaffende Selbstständigerwerbende. Wenn in Einzel-



fällen Patienten Entschädigungen vom Versicherer beziehen und damit nicht die Leistung bezahlen, die sie bezogen haben, so gehört das wie in anderen Sparten auch zum unternehmerischen Risiko des KMU-Betriebes Arztpraxis. Darüber kann man geteilter Meinung sein, aber diese Situation gibt es in allen anderen Bereichen auch.

Aus vorgenannten Gründen ist die Kommission mit 18 zu 7 Stimmen zum Schluss gekommen, dass wir am bewährten System des Tiers garant festhalten können und sollten, was ich Ihnen im Namen der Mehrheit hiermit auch beantrage.

**Cassis** Ignazio (RL, TI), pour la commission: L'initiative parlementaire Poggia demande le passage au système du tiers payant. Son but est donc l'introduction généralisée du système du tiers payant. Je vous rappelle la différence: en ce qui concerne le système du tiers payant, la caisse-maladie est le débiteur et, en ce qui concerne le système du tiers garant, l'assuré, le patient est le débiteur et il se fait rembourser par la caisse-maladie. Aujourd'hui, la loi prévoit que pour les soins à l'hôpital, c'est le système du tiers payant qui s'applique. La facture du patient est directement payée par sa caisse-maladie. Pour les soins ambulatoires, c'est en principe le système du tiers garant qui s'applique, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Les pharmaciens, par exemple, en tant que fournisseurs de prestations, ont une convention avec les caisses-maladie pour le système du tiers payant. La règle générale est que lorsque vous allez en pharmacie acheter des médicaments, la facture est envoyée directement à votre caisse-maladie et vous ne devez pas avancer l'argent.

Mais deux assureurs en particulier, Assura et Intras, ont décidé de se désolidariser des autres assureurs par rapport à cette méthode et ont introduit le système du tiers garant, ce qui crée évidemment des difficultés pour certains patients qui n'ont pas la possibilité de payer les médicaments. Voici pourquoi le problème est aujourd'hui traité au Parlement.

La majorité de la commission estime que le système actuel a fait ses preuves et que le changement proposé n'est donc pas nécessaire. De plus, une personne qui doit payer une facture est plus encline à la contrôler; et nous voulons, tous et toutes, que les factures des fournisseurs de prestations soient contrôlées.

Si une caisse-maladie ne veut pas du tiers payant avec les pharmaciens, les assurés ont bien sûr la liberté de changer de caisse. Celui qui achète une prestation médicale est débiteur de la facture du fournisseur de la prestation. Ceci est un rapport correct qui responsabilise les deux parties.

Pour ces quatre raisons que je viens d'énumérer, votre commission a décidé, lors de sa séance du 14 février 2013, de ne pas donner suite à l'initiative, par 18 voix contre 7. Au nom de la majorité de la commission, je vous invite à ne pas donner suite à l'initiative.

Cela dit, permettez-moi d'ajouter une note personnelle. Je profite de cette tribune pour inviter les deux assurances-maladie réfractaires au système du tiers payant, Assura et Intras, à passer, elles aussi, au système du tiers payant; elles nous éviteront ainsi de devoir faire une "loi Assura" ou une "loi Intras" pour corriger quelque chose qu'elles peuvent très bien faire par elles-mêmes. C'était une intervention personnelle et non au nom de la commission.

**Poggia** Mauro (-, GE): Merci, Monsieur Cassis, pour votre note personnelle. Mais elle ne concerne évidemment que les remboursements des médicaments et non les frais de médecin.

Ma question est la suivante: vous dites que le patient est plus à même de contrôler les factures. Avez-vous constaté que, dans l'initiative qui vous est proposée, il est prévu, comme d'ailleurs dans le domaine des frais hospitaliers, qu'un double de la facture soit adressé à l'assuré, ce qui veut dire qu'il y a un double contrôle simultané par l'assureur et par l'assuré?

**Cassis** Ignazio (RL, TI), pour la commission: Bien sûr, Monsieur Poggia: le système en vigueur aujourd'hui, par exemple en ce qui concerne le tiers payant dans le cas des hôpitaux, prévoit aussi que le patient reçoive une copie de la facture. Seulement voilà, vous savez que nous, les citoyens, ne lisons pas avec la même attention une vraie facture et la copie d'une facture payée par quelqu'un d'autre. Il y a donc un autre engagement personnel, une autre responsabilité de

AB 2013 N 285 / BO 2013 N 285

notre part face à une vraie facture. Mais cela dit, il est vrai qu'il y a ce double contrôle dans les deux cas, dans celui du tiers payant comme dans celui du tiers garant.

*Abstimmung – Vote*  
(namentlich – nominatif; 11.492/8654)





## AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Frühjahrssession 2013 • Neunte Sitzung • 13.03.13 • 15h00 • 11.492  
Conseil national • Session de printemps 2013 • Neuvième séance • 13.03.13 • 15h00 • 11.492



Für Folgegeben ... 58 Stimmen  
Dagegen ... 104 Stimmen

*Schluss der Sitzung um 18.55 Uhr*  
*La séance est levée à 18 h 55*

*AB 2013 N 286 / BO 2013 N 286*