



04.031

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Gesamtstrategie, Risikoausgleich,
Pflegetarife, Spitalfinanzierung****Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
Révision partielle. Stratégie globale,
compensation des risques,
tarifs des soins,
financement des hôpitaux***Erstrat – Premier Conseil*

CHRONOLOGIE

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

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Nous voilà donc à nouveau dans le débat sur la révision de la législation sur l'assurance-maladie. En effet, l'échec de la deuxième révision de la LAMal, par le vote négatif du Conseil national au cours de la session d'hiver 2003, n'a en rien supprimé la nécessité d'une réforme de l'assurance-maladie. Nous partageons l'analyse du Conseil fédéral selon laquelle une des principales raisons de l'échec de la deuxième révision de la LAMal est le nombre important de thèmes les plus divers que l'on a ajoutés au projet initial du Conseil fédéral aux cours des débats parlementaires. Les oppositions à des sujets isolés traités dans la révision se sont ainsi cumulées pour aboutir à la formation d'une majorité opposée au projet. C'est pourquoi le Conseil fédéral a décidé de saisir le Parlement de différents trains de mesures, toujours dans une stratégie d'ensemble, mais avec des révisions législatives distinctes les unes des autres.

A l'issue d'une première discussion, la commission a, dans sa majorité, suivi le Conseil fédéral dans sa démarche en estimant qu'il était préférable d'aborder la révision de la loi sur l'assurance-maladie point par point plutôt que de ficeler toute la révision dans un seul paquet. Dans le premier train de mesures, le Conseil fédéral nous a saisis de quatre messages.

Le premier message porte sur la prolongation de la compensation des risques, la reconduction et le gel des tarifs des soins, la prolongation de la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux, ainsi que sur les prescriptions relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs ou encore celles relatives à la carte d'assuré.

Le deuxième message porte sur la liberté de contracter, car le principe du contrat dans le secteur ambulatoire devait être introduit en lieu et place du gel des admissions.

Le troisième message porte sur la réduction des primes qui est l'élément correcteur social central de la prime par tête, ainsi que sur le montant des subventions fédérales.

Le quatrième message porte sur la participation aux coûts en augmentant la quote-part des assurés adultes de 10 à 20 pour cent.





Dans un deuxième train de mesures, le Conseil fédéral nous saisit de la révision du financement hospitalier d'une part, et d'une révision portant sur l'ancrage dans la loi des réseaux de soins intégrés d'autre part.

Enfin, dans un troisième train de mesures, le Conseil fédéral nous proposera un message concernant la réforme du financement des soins.

Pour l'instant, la commission n'a bien sûr traité que les propositions contenues dans le premier train de mesures, mais elle a pris connaissance avec intérêt des autres mesures envisagées, vu que ce sont essentiellement ces dernières qui auront un effet bénéfique sur les coûts de la santé.

La commission est entrée en matière sur l'ensemble des projets de loi faisant l'objet du premier train de mesures. Toutefois, en ce qui concerne le message 1B sur la liberté de contracter, la commission a assorti sa décision d'entrer en matière d'une décision de reporter le traitement de cet objet au moment des délibérations sur le deuxième train de mesures. C'est la raison pour laquelle la commission a également décidé d'incorporer la question du gel de l'admission des fournisseurs de prestations dans le premier paquet législatif dont nous débattons aujourd'hui, puisque, dans l'optique du Conseil fédéral, c'est la liberté de contracter qui devait remplacer le gel des admissions qui arrive à échéance en juillet 2005.

Quant au message 1C sur la réduction des primes, qui était prévu à l'ordre du jour demain, la commission n'a pas réussi à vous présenter un projet dans les temps nécessaires en raison de l'opposition résolue et, semble-t-il, tout à fait définitive des cantons non seulement au projet du Conseil fédéral, mais également aux propositions que nous essayons d'élaborer en commission. La commission a donc dû renvoyer le traitement de cet objet en attendant une étude plus approfondie.

La commission vous invite à entrer en matière sur ce premier paquet de lois.

Forster-Vannini Erika (RL, SG): Vor nicht allzu langer Zeit haben wir uns hier im Rat ausführlich und in aller Breite über die Revision des KVG unterhalten und haben in unzähligen Differenzvereinbarungen mit dem Nationalrat am Ziel "Kostendämpfung im Gesundheitswesen" gefeilt – vergeblich, wie wir leider im letzten Winter feststellen mussten. Der Bundesrat geht davon aus – Sie haben es bereits von Frau Brunner gehört –, dass die Kumulierung einer hohen Zahl verschiedenster Themen wohl eine Ursache des Scheiterns der 2. KVG-Revision war. Deshalb legt er uns jetzt Teilpakete vor. Ob die Rechnung letztlich aufgeht, wird sich erst nach Monaten zeigen, nämlich dann, wenn wir alle Pakete behandelt und mögliche Referenden überstanden haben.

Sicher ist es für die Bürgerinnen und Bürger einfacher und übersichtlicher, zu einzelnen und daher weniger komplexen Fragen Stellung zu nehmen. Die Gefahr besteht aber, dass man dabei die Strategie aus den Augen verliert und beispielsweise der Prämienverbilligung, nicht aber der Vertragsfreiheit und der erweiterten Kostenbeteiligung zustimmt. So kommen wir aber dem Ziel "Kostendämpfung, Verstärkung der Wettbewerbselemente und Schaffung von Transparenz" kaum näher. Zudem kann auch die Paketlösung nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine tragende und dauerhafte Reform bei den nach wie vor stark divergierenden Interessen nicht machbar ist, wenn nicht alle Seiten Kompromisse eingehen.

Im ersten Gesetzgebungspaket legt uns der Bundesrat nach dem Motto "Dringliches sofort" diejenigen Gesetzesänderungen vor, bei denen ein dringender Handlungsbedarf besteht. Im Weiteren soll politisch Nötiges rasch angegangen werden. Ich bin mit dem Bundesrat der Meinung, dass diejenigen Gesetzesänderungen an die Hand genommen werden müssen, die aus terminlichen Gründen keinen Aufschub erleiden dürfen. Dies trifft meines Erachtens auf die Vertragsfreiheit nicht zu. Deshalb ist es auch durchaus vernünftig, wenn wir uns hier nochmals Zeit geben und die Frage der Vertragsfreiheit auch im Lichte der Managed-Care-Modelle beurteilen. Hier besteht ein innerer Zusammenhang. Es ist sicher richtig, wenn wir diese beiden Fragen zusammen beurteilen. Klar festhalten möchte ich aber, dass damit die Frage der Vertragsfreiheit nicht vom Tisch ist – dies, weil sie

AB 2004 S 451 / BO 2004 E 451

die liberalere und aus wirtschaftlicher und bildungspolitischer Perspektive weit sinnvollere Lösung ist als der Zulassungsstopp. Zudem trägt der Zulassungsstopp kaum etwas zur Kostendämpfung bei und trifft ausschliesslich die in den Spitälern nach dem neuesten Stand ausgebildeten Ärzte, was sich innovationshemmend auswirkt.

Betreffend den Risikoausgleich haben wir in der Kommission beschlossen, diesen zu verlängern. Nun konnten wir aber in den Freitagszeitungen lesen, dass der geltende Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen gemäss einer Studie der Gesundheitsökonomien nicht funktioniere. Er fördere vielmehr die Risikoselektion, gefährde damit die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, verzerre den Wettbewerb und halte die Kassen davon ab, ihre Ressourcen in wirkungsvolle Systeme zur Kostensenkung zu investieren. Wenn dem so ist – ich





kann das nicht abschliessend beurteilen –, ist es zwingend, dass wir den geltenden Risikoausgleich möglich rasch ablösen und Druck aufsetzen, damit hier Ordnung geschaffen wird.

Die Frage der Prämienverbilligung konnten wir in der Kommission nicht mit der notwendigen Sorgfalt angehen. Dem Antrag des Bundesrates standen einige Anträge aus der Mitte der Kommission sowie ein Vorschlag der Kantone gegenüber. Während der Bundesrat die Einführung eines gesamtschweizerischen, einheitlichen Sozialzieles vorsieht, wehren sich die Kantone mit Händen und Füssen gegen dieses Ansinnen. Ihr Antrag bzw. ihr Ansinnen geht dahin, alle Kinder integral von den Krankenversicherungsprämien zu befreien. Die anderen Anträge in der Kommission gingen davon aus, Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre vollständig oder teilweise von den Prämien zu befreien. Hieb- und stichfeste Zahlen betreffend die finanziellen Auswirkungen lagen uns in der Kommission leider auch in der gestrigen Sitzung nicht vor.

Eine seriöse Auseinandersetzung mit den vorliegenden Argumenten war in der Kommission in der kurzen Zeit nicht möglich, geschweige denn eine vertiefte Auseinandersetzung in den Fraktionen. Ich bin deshalb froh und dankbar, dass die Kommission entschieden hat, das Geschäft von der Traktandenliste zu nehmen und eine Subkommission einzusetzen, die offene Fragen zu klären hat. Dies gelingt aber innert nützlicher Zeit nur – davon bin ich überzeugt –, wenn die Kantone und das Departement gewillt sind, Hand zu bieten, um eine für alle befriedigende Lösung zu suchen.

In diesem Sinne bin auch ich für Eintreten und bitte Sie, den Anträgen der Kommission zuzustimmen.

Brändli Christoffel (V, GR): Der Bundesrat weist in seinen strategischen Überlegungen zu Recht auf den Tatbestand hin, dass im Bereich Kostendämpfungsmassnahmen ein grosser Reformbedarf besteht. In der Tat: Wenn es uns nicht gelingt, die Kosten zu dämpfen, werden wir weiterhin darüber streiten, wer die übersetzten Kosten bezahlen soll. Einmal gewinnt der Prämienzahler, einmal die Kantone bzw. der Steuerzahler. Profitieren von diesem Spiel werden die Leistungserbringer, die Prämienzahler sind die Geprellten.

Dazu ein Beispiel: Im Kanton St. Gallen gibt es auf 646 Personen einen Arzt, im Kanton Basel-Stadt gibt es auf 283 Personen einen Arzt. In Bezug auf die Gesundheit und auf die Zufriedenheit in den beiden Kantonen lassen sich kaum Unterschiede ausmachen. In ländlichen Gebieten gibt es zunehmend einen Ärztemangel bzw. keine Wahlmöglichkeit, in den Agglomerationen haben wir vermehrt eine grosse Überversorgung. Diese Entwicklung geht weiter, solange wir nicht Verantwortung übernehmen und griffige Instrumente gegen die Mengenausweitung schaffen.

Leider hat die Kommission die Vorlage über die Vertragsfreiheit, die eine grundsätzliche Diskussion über diese Problematik ermöglicht hätte, verschoben. Wir schieben dieses Problem übrigens schon lange vor uns her. Stattdessen driften wir einmal mehr in eine reine Diskussion über die Finanzierung ab: Wer soll was bezahlen? Das ist offensichtlich die wichtigste "Gesundheitsfrage", die wir uns jeweils stellen.

Die Kantone haben in Bezug auf die Spitalfinanzierung und die Kinderprämien deutliche Signale ausgestrahlt. Die Finanzierung soll in erster Linie über eine Erhöhung der Erwachsenenprämien erfolgen. Was würde das bedeuten? In einzelnen Kantonen käme es zu Prämienerrhöhungen von über 30 Prozent, und zwar nicht in den Kantonen mit den tiefsten Prämien, sondern in den Kantonen mit den höchsten Prämien. Das können wir uns sozialpolitisch schlichtweg nicht mehr leisten. Deshalb müssen wir uns vorerst im Klaren sein, was wir eigentlich wollen.

Für mich ist klar: Das Revisionspaket darf auf keinen Fall zu weiteren Kostenverlagerungen auf die Prämienzahler führen. Im Gegenteil: Die Prämienzahler müssen entlastet werden.

Aus diesem Blickwinkel muss die in Aussicht gestellte Spitalfinanzierung nochmals überprüft werden. Mit einer dualen Finanzierung – 50 Prozent zu 50 Prozent – würden nämlich in der Grundversicherung Verschiebungen auf die Prämienzahler erfolgen, die das Gleichgewicht zwischen Steuerzahler und Prämienzahler erheblich erschüttern würden. Auch im Bereich allfälliger Erleichterungen bei den Kinderprämien ist eine Finanzierung ausserhalb der Prämienzahler zu suchen, wohl am besten über die bestehenden Prämienverbilligungen.

Gestatten Sie mir noch eine Bemerkung zur Vorlage 1A, wie sie von der Kommission verabschiedet wurde, und zwar insbesondere zur Verlängerung des dringlichen Bundesbeschlusses. Nachdem das Eidgenössische Versicherungsgericht im Jahre 2001 festgehalten hat, dass die Kantone zu Unrecht ihre Beiträge an Privatversicherte verweigert haben, haben wir eine Übergangsbestimmung für 2002 bis 2004 geschaffen, um den Kantonen die Anpassung zu erleichtern. Die Tatsache, dass die Zahlungspflicht der Kantone gemäss EVG-Urteil bereits seit 1996 bestanden hat und immer noch nicht umgesetzt ist, gibt zu denken. Hätte man nämlich diese Zahlungspflicht seit 1996 umgesetzt, wären etwa 6 Milliarden Franken weniger auf die Prämienzahler überwältigt worden – umgekehrt gesagt: Die Kantone haben in diesem Umfang profitiert.

Unter diesen Voraussetzungen fällt es schwer, zu akzeptieren, dass der dringliche Bundesbeschluss um zwei weitere Jahre verlängert werden soll und die Kantone damit nochmals um rund eine halbe Milliarde Franken



zulasten der Prämienzahler entlastet werden. Immerhin, wir haben uns mit den Kantonen geeinigt und hoffen nun, dass die Revision zügig durchgezogen wird, damit die Zielsetzungen – Umsetzung KVG 1996 und vor allem Kostendämpfungsmassnahmen – endlich umgesetzt werden können. Die Schwerpunkte Spitalfinanzierung, Prämienverbilligung, monistische Finanzierung, Vertragsfreiheit, Medikamentenbewirtschaftung und andere warten nach wie vor auf Lösungen.

Machen wir uns nichts vor: Wenn es uns nicht gelingt, diese schwierigen Probleme endlich und rasch anzugehen, werden die Prämien ins Unerträgliche steigen. Dies müssen wir verhindern, indem wir die Verantwortung übernehmen und diese Probleme rasch zweckdienlichen Lösungen zuführen. Ich meine, es sei wichtig, dass wir in der kommenden Wintersession auch entsprechende Beschlüsse fassen. Im Moment werden wir uns wohl leider mit dem Allerdringlichsten – es ist vorläufig ein kleiner Schritt – begnügen müssen.

Ich bitte Sie, in diesem Sinne auf die Vorlagen 1A und 1D einzutreten und diese im Sinne der Kommission zu verabschieden.

Langenberger Christiane (RL, VD): Je crois que personne ici ne conteste la nécessité de tout mettre en oeuvre afin de freiner la hausse rapide des coûts de la santé; que tout le monde souhaite améliorer l'efficacité du système sans compromettre gravement la qualité des soins; mais qu'en revanche, c'est une lapalissade de constater que les partenaires de la santé restent divisés sur les options à prendre. J'en veux pour preuve la critique émise par les cliniques privées en matière de participation cantonale aux coûts des traitements hospitaliers; la levée de boucliers de la FMH et de l'Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique concernant la liberté de contracter, et aussi la

AB 2004 S 452 / BO 2004 E 452

prolongation de la clause du besoin; les oppositions au relèvement de la participation aux coûts à la charge de l'assuré, ou encore les prises de position critiques de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé en matière de tarif des soins, ou encore de réduction des primes pour enfants.

Face à ce constat, je partage l'avis du Conseil fédéral de ne pas lâcher prise concernant l'objectif de renforcer en premier lieu la maîtrise des coûts, de préserver une stratégie d'ensemble coordonnée, malgré les oppositions, mais de ne pas jouer au Winkelried en se ruant tête baissée sur l'ensemble des oppositions. Le traitement par paquets est donc judicieux, même s'il ne se déroule pas exactement comme prévu.

Je souhaite m'exprimer sur trois sujets: la compensation des risques, la prolongation de la clause du besoin et la participation aux coûts.

Je reste convaincue que nous avons encore besoin de la compensation des risques. La recherche de bons soins et de bons risques est un fait établi et normal. La compensation des risques est donc un instrument qui permet de corriger quelque peu les conditions-cadres nécessaires à un système de libre concurrence. La recherche de bons risques peut d'ailleurs se retourner contre vous, tous les jeunes n'étant pas forcément de "bons risques". En revanche, nous connaissons tous l'augmentation des coûts d'une personne durant ses derniers mois de vie. Les femmes coûtent également plus cher en raison de leur faculté d'enfanter, de leur durée de vie plus longue et aussi de leur attitude préventive face à leur état de santé. Les hommes ne coûtent pas beaucoup moins cher, mais certains coûts sont comptabilisés dans un autre domaine d'assurance, celui des accidents.

Le système actuel permet-il de corriger quelque peu la chasse aux assurés en bonne santé? Lors d'un congrès du groupe "European Risk Adjustment" du mois de février de cette année, plusieurs chercheurs des Pays-Bas, de Belgique, d'Allemagne, d'Israël et de Suisse ont comparé leur expérience de la compensation des risques. Les Pays-Bas ont institué, affiné un système qui prend en compte un facteur lié au diagnostic. En Suisse, une étude a été réalisée par l'Institut d'économie et de management de la santé de l'Université de Lausanne, avec le concours de plusieurs assureurs. Cette étude élargit également les critères actuels de la compensation à l'état de santé de l'assuré, en développant une liste de 17 affections. Fort de ce système, on peut mieux prévoir les coûts à venir, notamment pour la population des malades chroniques.

Si j'évoque ces systèmes d'analyse, c'est que nous venons d'être informés de l'appel lancé par une brochette d'économistes de la santé, sous l'égide du Fonds national suisse de la recherche scientifique, et qui mettent en garde contre le système actuel. Il est vrai qu'il existe aujourd'hui différents systèmes pour canaliser les mauvais risques, par exemple en créant des conglomérats de caisses, ou en fondant ou rachetant des caisses satellites à primes basses où l'on rassemble les bons risques. Plusieurs grandes caisses ayant des primes relativement élevées du fait de la structure de risques peu favorable développent de telles pratiques. Je ne suis pas à même, pour l'instant, de juger des qualités ou des coûts administratifs de ces différentes méthodes pour compenser les risques et si, de ce fait, nous ne risquons pas d'introduire une nouvelle cause d'augmentation des coûts de



la santé, alors que l'objectif est de tout faire pour freiner cette spirale infernale, dans l'intérêt des assurés. Je pense que notre commission a eu raison de décider de prolonger le système actuel, tout en poursuivant la réflexion sur la nécessité d'affiner ou non le système et, bien entendu, en renforçant la surveillance des caisses, de manière à éviter que certaines pratiquent la sélection de bons risques sur une large échelle. La prolongation de la clause du besoin: la spirale des coûts et des primes dans le domaine de la santé ne cesse de "grimper", même si l'on peut se réjouir actuellement d'un tassement de l'augmentation en ce qui concerne les primes pour 2005. Un des instruments, sans doute efficace afin d'avoir une emprise sur les coûts, semble être la suppression de l'obligation de contracter, donc la limitation de l'expansion de l'offre médicale. Nous aborderons cette question contestée au moins de décembre.

En revanche, nous sommes obligés de trouver une solution en ce qui concerne la limitation des autorisations de pratiquer qui arrive à échéance en 2005. Cette limitation est problématique puisqu'elle exclut du marché de nouveaux fournisseurs de prestations, mieux formés, ce qui conduit à un vieillissement du corps médical et rend plus difficiles les innovations dans les traitements de soins. On risque également, selon la FMH, de renforcer le transfert des prestations du secteur ambulatoire vers le domaine hospitalier. Il n'en résulterait aucune économie, bien au contraire, car les policliniques hospitalières, ainsi appelées à se développer encore davantage, sont des lieux où pour diverses raisons se pratique une médecine particulièrement chère. Dans mon canton, pour le Conseil d'Etat, la mesure n'a pas démontré d'effets sur la maîtrise des coûts, mais elle a plutôt engendré des effets secondaires: syndicalisation du mouvement des médecins, perte d'intérêt et de la motivation de la profession médicale.

Ces critiques, probablement justifiées, ne tiennent toutefois pas compte d'un problème majeur, celui de la libre circulation des personnes et de l'arrivée, certainement importante, de médecins en provenance des nouveaux pays membres de l'Union européenne. C'est la raison pour laquelle je pense que nous avons fait le bon choix en prolongeant la limitation des nouvelles installations à trois ans en attendant une solution plus élaborée.

En ce qui concerne les autres points de la révision, je partage l'avis de la commission. Je suis ainsi favorable à une augmentation de la participation de 10 à 20 pour cent pour les adultes, jusqu'à une limite supérieure de 700 francs. Les explications reçues sur la moyenne des coûts de maladie et le pourcentage de la population concernée, le fait que les assurés percevant des prestations complémentaires ne soient pas touchés, m'ont convaincue.

Là aussi, j'ai reçu une information de la part du Conseil d'Etat vaudois, qui m'a fourni les données suivantes: 69 pour cent des assurés vaudois de plus de 19 ans ont une franchise à option, dont 24 pour cent une franchise de 1500 francs; 33 pour cent des enfants ont une franchise à option élevée. Or malgré cela, les assurés vaudois font partie des grands consommateurs de soins. La franchise élevée n'a donc pas, selon le Conseil d'Etat vaudois, produit tous les fruits escomptés.

C'est dire si l'analyse reste complexe. Il s'agit de la seule mesure susceptible d'avoir une influence sur les coûts. Je reste pour ma part convaincue qu'il faut responsabiliser les assurés, que l'option que nous avons choisie est la bonne, même si dans mon canton encore une fois, selon le Conseil d'Etat, 110 000 bénéficiaires de réduction de primes risquent d'être touchés, et même si la situation risque de poser un problème financier par le fait que ces personnes ne seront plus capables d'assumer cette augmentation de leur quote-part. Mais restons fermes puisque dans le contexte de ce débat aujourd'hui, c'est tout de même la seule mesure qui peut avoir une influence sur les coûts.

Je vous demande d'entrer en matière.

Stähelin Philipp (C, TG): Es zeichnet sich ab, dass heute Morgen Eintreten auf die Teilvorlagen unbestritten sein wird.

Ja, weshalb sollte man auch dagegen sein? Was tun wir? Wir schreiben im Prinzip fort, was bisher gegolten hat. Es kommt nichts Neues hinzu, wir verändern nichts. Insbesondere haben wir heute Morgen eigentlich auch keine Versuche vor uns, die echten Probleme zu lösen und die Kostenentwicklung einzudämmen. Es geht etwas weiter im bisherigen "Tramp", wir verlängern einfach die bisher befristeten Lösungen. Weshalb sollte man dagegen sein? Sie kennen das schöne Sprichwort: Der Berg hat eine Maus geboren. Man kann vielleicht auch sagen, es handle sich heute um einen ganzen Mäusehaufen oder um einen Haufen

AB 2004 S 453 / BO 2004 E 453

Mäuse, die da pfeifen, ohne dass wirklich Lösungen ins Haus stehen. Die Taktik geht auf – ich nehme nicht an, dass hier irgendwo am Schluss das Referendum ergriffen wird –, aber lösen tun wir nichts. Die Lustlosigkeit ist heute, so meine ich, mit Händen zu greifen. Die Taktik geht auf. Die Frage ist, ob die Strategie auch aufgehen wird.





Ich gebe gerne zu, dass auch ich der Meinung war, dass nach dem Crash der letzten Vorlage eine Lösung mit Teilpaketen ein sinnvolles Vorgehen darstellt. Welche Erfahrungen haben wir nun aber gemacht? Wir stellen fest, dass die Zusammenhänge bei den entscheidenden Fragen gross und eng sind. Wir haben festgestellt, dass wir die Fragen um die Vertragsfreiheit eben nicht an die Hand nehmen und lösen können, ohne dass wir uns auch mit den Managed-Care-Problemen befassen. Wir haben festgestellt, dass wir die Vertragsfreiheit nicht ohne die Spitalfinanzierung angehen können, es sei denn, man beschränkt sich eben wirklich nur auf den so genannt ambulanten Bereich und verschliesst die Augen vor den Entwicklungen, den Verschiebungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Wir sehen, dass auch Spitalfinanzierung und Managed Care sehr eng zusammenhängen. Managed Care ohne Spitäler ist schlussendlich undenkbar, und dann sind wir auch dort wieder bei den Finanzierungsfragen angelangt.

Alles geht wieder ineinander über, und das hat bei uns bewirkt, dass wir nun pausenlos verschoben haben. Es fehlt uns in dieser Situation – das ist heute mein Eindruck – die klare Linie; die Strategie ist untergegangen. Es fehlt uns die klare Linie, und wir stellen auch fest, dass bei den Finanzierungen die verschiedenen Fragen eben auch sehr eng zusammenhängen. Deshalb wehren sich bei den Einzelvorlagen die verschiedenen Mitspieler in diesem Spiel sehr rasch. Wir haben das gestern im Bereich der Prämienverbilligungen mit dem überraschenden Vorschlag der Kantone in letzter Stunde erlebt. Wir sind durch das Vorgehen, das wir nun gewählt haben, wesentlich offener und anfälliger geworden für – böse gesagt – Querschüsse.

Ich sage es in aller Offenheit: Ich habe mich gestern über meine ehemaligen Kollegen geärgert, weil der Vorschlag des Schaffhauser Modells eigentlich schon lange auf dem Tisch gewesen war und wir die Kantone dazu angehört und nichts in dieser Richtung vernommen hatten. Wir konnten nicht mehr anders, als eine Verschiebung vorzunehmen. Das ist unschön. Wir hätten nämlich die nötige Zeit gehabt, wenn die Stellungnahme der Kantone in dieser Richtung früher bekannt gewesen wäre. Wir hätten uns der Probleme annehmen können, und nun haben wir es wieder nicht getan. Es wird also eigentlich alles hinausgeschoben.

Ich bitte in dieser Situation den Bundesrat bzw. den Departementschef, die Linie wieder zu betonen. Ich bitte ihn um Mut, gerade auch bei der Spitalfinanzierung. Ich habe Mühe, wenn wir auf halbem Wege stehen bleiben. Auch bei Managed Care gehen wir – von den Vorlagen her, die wir erhalten – nicht sehr konsequent vor. Ich meine, der Moment sei trotz allem da, nun konsequent durchzuziehen. Ich bitte heute noch einmal darum. Bei diesen "Mäusen" kann man Ja sagen, aber machen wir uns keine Illusionen: Wir erhalten damit zwar etwas Zeit, lösen aber keine Probleme.

Heberlein Trix (RL, ZH): Wir haben schon einiges über die Unbefriedigtheit der Parlamentarierinnen und Parlamentarier bezüglich dieser Vorlage gehört, und doch ist es richtig, dass wir uns jetzt auf diesem Pfad in kleinen Schritten und pragmatisch weiterbewegen. Dieser Weg hat natürlich seine Gefahren. Es besteht die Gefahr der Rosinenpickerei; es besteht die Gefahr, dass alle Vorlagen, die uns nicht wehtun, angenommen werden und dass Sparvorlagen oder auch Vorlagen, die vielleicht irgendwo eine Kosteneindämmung zur Folge hätten, dann wieder abgelehnt werden.

Aber es scheint mir richtig, dass wir uns heute auf die dringlichen Vorlagen beschränken, dass wir nur diese genehmigen und nicht jetzt über Vorlagen wie die Prämienverbilligung entscheiden, bei welcher sich – wie dies jetzt mein Vorredner erklärt hat – die Kantone nicht einig sind und wo wir über die Kosten nicht wirklich Bescheid wissen. Ich kann mich dieser Kritik anschliessen. Denn es scheint mir wirklich unseriös zu sein, wie jetzt vorgegangen wird, nicht nur bei der Vorlage der Prämienverbilligung. Wir müssten uns hier ja eigentlich auch glaubhaft auf Aussagen der Kantone, der kantonalen Gesundheitsdirektoren, verlassen können. Wir haben weiter die kantonalen Finanzdirektoren, und wir haben noch die Konferenz der Kantonsregierungen. Alle haben ja eigene Stellungnahmen zu unseren Vorlagen. Wer ist dann für uns eigentlich letztendlich das zuständige Sprachrohr? In der Kommissionssitzung haben wir gehört, dass es nicht etwa die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren war, sondern deren Vorstand, und auch dieser nur mit einer knappen Mehrheit. Wenn ich bedenke, dass unsere eigenen kantonalen Gesundheitsdirektoren das Gegenteil sagen, dann müssen wir doch die Beratung über diese Vorlage verschieben.

Herr Bundesrat Couchepin, es geht nicht darum, dass wir nicht entscheiden wollen, wie Sie uns das einmal vorgeworfen haben, sondern es geht darum, dass wir uns der Konsequenzen bewusst sind und nachher nicht wieder hören wollen: Ja, was habt ihr denn eigentlich hier beschlossen? Ihr habt wieder x Millionen Franken auf die Kantone oder auf die Prämienzahler überwälzt. Wie auch immer, wir reden ja im Moment – dies wurde auch bereits erwähnt – eigentlich viel eher nur von Kostenverschiebungen, aber nicht von materiellen Vorlagen wie der Vertragsfreiheit, Managed Care usw. Sie müssen auch behandelt werden, und wir wollen sie auch behandeln, aber es braucht eben eine seriöse Abklärung, damit wir uns nachher nicht vorwerfen lassen müssen, wir hätten nach oberflächlichen Abklärungen entschieden. Wir wollen – dies kann ich zumindest persönlich



versichern –, dass diese Vorlagen reüssieren, und nicht riskieren, dass sie in einer Volksabstimmung mit dem Argument bekämpft werden könnten, wir hätten uns nicht intensiv genug damit auseinander gesetzt.

Die Gesamtstrategie ging also nicht verloren. Nur haben wir uns materiell eben auf einige Entscheide beschränkt und uns auch bei diesen sehr eingeschränkt. Wir haben im Gegensatz zum Nationalrat den Wunschbedarf gestrichen. Wir haben also weder die Chiropraktoren aufgenommen, noch haben wir die Geburtshäuser aufgenommen. In beiden Fällen geht es eigentlich um Elemente, die das letzte Mal unbestritten blieben und angenommen wurden. Wir waren aber der Meinung, dass nach Aufnahme eines Wunschkataloges dieser nachher immer weitergeführt wird und wir nicht mehr zu einem Entscheid kommen, dessen Konsequenzen wir übersehen.

Ich bin für Eintreten auf dieses kleine Paket. Ich bin auch für Eintreten auf das Paket "Kostenbeteiligung", auch wenn uns dort vorgeworfen wird, wir wollten jetzt einfach Franchise und Selbstbehalt erhöhen. Ich denke, dies ist ein nahezu berechtigter Vorwurf. Letztendlich wollen wir aber eben nicht allein die Frage der Kostenbeteiligung lösen, sondern auch jene der Prämienverbilligung. Sie haben es gestern gehört, weshalb wir wirklich nicht so rasch über diese Vorlage entscheiden konnten. Ich war aber der Meinung, dass sie in der Herbstsession behandelt werden muss.

Daher jetzt diese kleinen Schritte. Ich hoffe, dass sie reüssieren. Wir müssen nachher aber auch mit den anderen Paketen reüssieren.

Fetz Anita (S, BS): Ich möchte eigentlich an dem Punkt weiterfahren, wo vor allem Kollege Stähelin angesetzt hat. Die Frage ist für mich auch: Gibt es eine Strategie, und geht die Taktik auf? Dazu erlaube ich mir zwei bis drei grundsätzliche Bemerkungen vorab. Ich darf das vielleicht, weil ich mich ja nicht schon x Jahre mit der Reform des KVG befasse, sondern mich als neues Mitglied der SGK ganz grundsätzlich in dieses Dossier einarbeiten musste. Dabei sind mir Sachen aufgefallen, die einem vermutlich nur auffallen, wenn man nicht nur die Details anschaut.

Damit ich nicht vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sehe, habe ich mich einmal gefragt: Welches sind eigentlich

AB 2004 S 454 / BO 2004 E 454

die grossen Linien in dieser Reform, an denen sich die kleinen Schritte, die wir halt einfach tun müssen, messen lassen müssen? Darum zuerst ein kurzer, ganz nüchterner Blick auf die Ausgangslage:

Erstens haben wir seit 1996 mit dem KVG ein soziales Krankenversicherungsgesetz, dessen Kernstücke das Obligatorium in der Grundversicherung und die Solidarität zwischen den Kranken und den Gesunden sind. Es scheint mir ganz zentral zu sein, das nicht zu vergessen – bei der ganzen Problemlage und bei allen Schwierigkeiten der Reformen. Zweitens haben wir ein sehr gutes Gesundheitswesen, aber es kostet uns enorm viel, nämlich bis zu 48 Milliarden Franken pro Jahr, wenn man alles zusammennimmt; zwei Drittel davon tragen die privaten Haushalte, ein Drittel die öffentliche Hand. Ich sage das darum wieder einmal klar, weil es natürlich unser aller Problem ist, dass das Kostenwachstum im Gesundheitswesen deutlich über der Teuerung liegt; das ist das Grundproblem. Wir haben sonst, in allen anderen Gebieten, auch ein Kostenwachstum, aber hier liegt es deutlich über der Teuerung. Ich verstehe den Frust der Bevölkerung darüber, dass die Prämien immer weiter steigen.

Aber ich glaube, es gibt in der Politik keine simplen, einfachen Massnahmen. Wir müssen hier die Nerven behalten und die kleinen Schritte machen. Deshalb unterstütze ich Bundesrat Couchepin beim paketweisen Vorgehen. Ich weiss auch noch nicht, ob die Taktik aufgeht, aber irgendeinen Weg müssen wir finden. Den so genannten Befreiungsschlag, nach dem wir uns alle sehnen – die Prämienzahler sehnen sich danach, die Politiker sehnen sich danach, und die Kantone und die Steuerzahler sehnen sich danach –, den sehe ich in dieser ganz komplexen Materie nicht, weil nämlich auf diesem Gebiet schlicht und einfach viel zu viele Player mitreden.

Mir gefällt das Kostenwachstum auch nicht, aber warum haben wir ein Kostenwachstum? Weil wir den medizinischen Fortschritt nicht zum Nulltarif bekommen können! Das muss man auch einmal ehrlich aussprechen. Von der Kosteneffizienzsteigerung, die vor allem im zweiten Paket vorgesehen ist, verspreche ich mir viel; davon bin ich überzeugt. Da sehe ich die Möglichkeit, die Kosteneffizienz um 20 bis 30 Prozent zu steigern. Aber das Kostenwachstum angesichts des medizinischen Fortschrittes und der Demographie, die wir haben, zu senken ist nicht möglich, ausser um den Preis eines Zweiklassensystems. Ich glaube, das muss die Politik einmal offen und ehrlich sagen. Aber ein Zweiklassensystem will niemand von Ihnen. Deshalb werden wir uns auf die kleinen Schritte beschränken müssen.

Wir müssen als Politiker auch einmal ehrlich zugeben, dass ein gewisser Abschied von Illusionen in diesem



ganzen Gesundheitswesen nötig ist. Es ist der Abschied von der Illusion, dass das Problem der Mengenausweitung, die natürlich mit dem medizinischen Fortschritt zu tun hat, zu lösen ist. Ich glaube, es gibt viele Massnahmen, z. B. die Aufhebung des Vertragszwangs; das ist für mich ein gangbarer Weg. Aber trotzdem wird es so bleiben, dass wir ein Kostenwachstum haben. Wir alle hier drin – aber besonders die Babyboomer-Generation, zu der ich gehöre; es sind viele Leute – werden in den nächsten zwanzig Jahren, beim Altwerden, einiges an Kosten auslösen.

Der langen Rede kurzer Sinn: Ich sehe im Moment keinen anderen Weg, als die einzelnen Schritte zu gehen, auch wenn es – wie es unsere Kommissionspräsidentin gesagt hat – ein frustrierender Weg ist. Man würde sich einen Zauberstab wünschen, um zu sagen: Das, das und das muss jetzt passieren. In Bezug auf das erste Paket, das Paket A, ist die Verlängerung des Risikoausgleichs um weitere fünf Jahre sinnvoll. Das gibt uns die Möglichkeit, den Risikoausgleich gründlich zu überarbeiten. Das ist nämlich notwendig, das haben uns die Nationalfondsstudien letzte Woche gezeigt.

Beim Paket B bin ich nicht so pessimistisch. Ich denke, die Verschiebung der Vertragsfreiheit und die Zusammenlegung mit dem Managed-Care-Paket und der Spitalfinanzierung bieten eine gute Möglichkeit. Ich bin nicht so pessimistisch, weil immerhin die jungen Ärzte, also die Assistenzärzte, erstmals signalisiert haben, dass sie bereit sind, über den Vertragszwang zu reden, wenn die Qualität entscheidend ist. Das lässt doch eine gewisse Hoffnung zu.

Am meisten enttäuscht bin ich natürlich, dass das Paket C – das hat Kollege Stähelin gesagt – nicht zustande gekommen ist. Ich bin überzeugt, und da habe ich mich wirklich in die Details verbissen, dass das Modell Schwaller absolut mehrheitsfähig ist. Ich bin wirklich darüber enttäuscht, dass es uns nicht gelungen ist, es noch in die Herbstsession hineinzunehmen. Denn wir alle, alle Parteien, haben der Bevölkerung vor den letzten Wahlen versprochen, dass die Familien bei den Krankenkassenprämien entlastet werden sollen. Mich tröstet ein bisschen, dass ich weiss, dass das Modell in die Subkommission geht und mit vielen Playern abgesprochen ist. Die Zahlen sind da. Es ist finanzierbar. Ich hoffe und gehe davon aus, dass es in der Wintersession wirklich verabschiedet werden kann.

Vielleicht ist es für mich ein Privileg, dass ich mich nicht schon zehn Jahre im Bereich der KVG-Details bewege. Aber wir müssen den Weg der kleinen Schritte gehen. Wenn wir es nicht schaffen, dann wird auch die Glaubwürdigkeit der Gesamtpolitik zur Diskussion stehen, und zwar aller Parteien; da mache ich mir keine Illusionen. Wenn wir nicht einmal mehr kleine Reformschritte zustande bringen, dann wird es schwierig. Für mich sind die politischen Leitplanken, mit denen wir diese kleineren Schritte beurteilen können, in Granit gemeisselt. Erstens geht es um die gute Versorgung der Bevölkerung. Zweitens geht es um die Bezahlbarkeit der Prämien, also um ihre soziale Bezahlbarkeit. Drittens darf in der Schweiz ein Zweiklassenmedizin-System nicht möglich sein; ich bin da auch zuversichtlich, dass es nicht möglich sein wird. Sie sehen, ich habe mich darauf eingestellt, die kleinen Schritte zu machen, auch wenn es ein bisschen frustrierend ist.

David Eugen (C, SG): Ich möchte mich jenen Kolleginnen und Kollegen anschliessen, die gesagt haben, wir müssten hier pragmatisch vorgehen. Ich denke auch, dass wir im vergangenen Jahr einen grossen Versuch starteten, der gescheitert ist. Jetzt ist es sicher richtig, wenn wir die Probleme, die wirklich anstehen, Schritt für Schritt lösen. Ich möchte eigentlich dem Bundesrat für die Vorlage 1A danken, denn diese Vorlage enthält wichtige Punkte, die man lösen muss und die wir auch heute und in dieser Session, hoffe ich, sogar in beiden Räten erledigen können.

Ich finde, dass wir falsch handeln, wenn wir immer der Taube auf dem Dach nachrennen und den Spatz in der Hand vergessen. Die Vorlage 1A, die wir heute im Detail beraten werden, enthält ganz wichtige Punkte:

1. Sie enthält die Verlängerung des Risikoausgleichs.
2. Sie enthält ebenfalls die Versichertenkarte. Hier hat die Kommission nach meiner Meinung eine deutliche Verbesserung angebracht, indem sie diese Versichertenkarte mit der neuen Sozialversicherungsnummer verknüpft und damit ein Instrument schafft, das letztlich auch hilft, die Kosten einzudämmen.
3. Die Kommission hat die Verlängerung der Zulassungsbegrenzung beschlossen; das ist wichtig, damit die Dichte der Leistungserbringer nicht weiter zunimmt. Es ist auch wichtig im Hinblick auf die Personenfreizügigkeit gegenüber der EU: Wir müssen hier Grenzen setzen, damit das schweizerische System nicht mit Neuzugewanderten überbelastet wird.
4. Die Kommission hat neu beschlossen, dass die Wirtschaftlichkeitskontrolle verbessert werden soll. Dies ist auch ein sehr wichtiger Punkt, der in der Praxis etwas bringt.
5. Dann haben wir die Transparenz im Rechnungswesen der Krankenversicherer erhöht. Das ist auch für die Konsumenten wichtig, damit sie die verschiedenen am Markt auftretenden Anbieter auch richtig bewerten können.



6. Ganz wichtig ist der Rahmentarif für den Pflegebereich. Das ist eine klar kostendämpfende Massnahme, die auch aufzeigt, dass man der Krankenversicherung nicht alle Lasten überbinden kann, sondern dass man eben Grenzen setzen muss.

AB 2004 S 455 / BO 2004 E 455

7. Die Regelung der Beiträge an die innerkantonale stationäre Behandlung ist ebenfalls wichtig. Die Kantone wenden sich zwar dagegen, aber ich glaube, dass diese Massnahme insbesondere im Interesse der Versicherten und der Patienten in den Spitälern liegt und für die Finanzierung dieser Aufenthalte zentral ist.

Also möchte ich all jenen entgegenen, die hier sagen, es sei eigentlich nicht sehr viel passiert: Unterschätzen Sie diese Vorlage nicht! Sie hat eine erhebliche Bedeutung, sie enthält wichtige Punkte, die gelöst werden und aufgrund deren wir dann weiterarbeiten können. Bei den drei anderen Vorlagen – Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung und Vertragsmodell – scheint es mir richtig, dass sie zusammen behandelt werden. Ich werde daher in diesem Punkt den Antrag Sommaruga unterstützen, dass die Vorlage bezüglich der Kostenbeteiligung an die Kommission zurückzuweisen und dann zusammen mit den Kostendämpfungsmassnahmen zu behandeln ist. Kollegin Sommaruga hat insbesondere jene im Managed-Care-Bereich im Auge, aber da kommen auch noch weitere Möglichkeiten hinzu. Ich finde, es ist unklug, diese Erhöhung der Kostenbeteiligung von 10 auf 20 Prozent einfach allein zu behandeln und zu beschliessen. Sie muss in eine Gesamtlösung eingebettet werden, die auch Kostendämpfung beinhaltet. Wir können den Versicherten und der Bevölkerung nicht erklären, dass wir sie einfach auf der Einnahmenseite mehr an den Kosten beteiligen, aber auf der Ausgabenseite keine entsprechenden Massnahmen treffen.

Daher möchte ich Sie bitten, jetzt auf die Vorlage 1A mit dem, was dazugehört – das sind auf der Fahne die Vorlagen 1, 2 und 3 –, einzutreten und sie gutzuheissen. Die Vorlage bezüglich der Kostenbeteiligung bitte ich Sie an die Kommission zurückzuweisen, damit sie sie dann im Kontext der Prämienverbilligung und der Kostendämpfungsmassnahmen wieder vorlegt.

Schwaller Urs (C, FR): Das meiste wurde bereits gesagt, und ich beschränke mich deshalb auf die Prämienverbilligung, die eigentlich ein Schwergewicht dieses nun leichten ersten Paketes war. Die Vorschläge – auch die Kantone haben in letzter Minute noch solche eingebracht, obwohl wir sie ja bereits vor Monaten angehört haben – liegen nun alle vor. Gefordert sind nun Parlament, Bundesrat und gerade auch die Kantone.

Wir von der Kommission wollen vor allem auch wissen, ob der Vorschlag, das Schaffhauser Modell zu übernehmen, das ja nicht neu ist, tatsächlich auch von einer grossen Mehrheit der Kantone – und nicht nur vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren – getragen wird. Dies könnte die Ausgangslage für die kommenden Diskussionen grundlegend verändern.

Es geht uns darum, die Auswirkungen der Vorschläge auf die einzelnen Prämienzahler, die Kantone und den Bund zu errechnen und gegenzurechnen. Es geht uns darum, dass bezüglich der Lösung der Gesundheitsdirektoren, die – für mich selber ist das nicht annehmbar – zusätzliche 1,1 Milliarden Franken in das System einschliessen oder investieren wollen, auch die Auswirkungen auf den Risikoausgleich aufgezeigt werden. Hier sind die Fragen nämlich nicht schlüssig beantwortet worden.

Im Weiteren scheint es mir unabdingbar zu sein, dass in den verschiedenen Modellen auch die Auswirkungen des NFA auf Bund und Kantone aufgezeigt werden. Darüber haben wir bis anhin relativ wenig gesprochen. Es könnten hier aber noch einige Überraschungen warten.

Meines Erachtens ist es möglich, diese Abklärungen in zwei Monaten vorzunehmen. Es ist eine Frage des Willens und nicht des Könnens. Wir müssen in diesem Rat dafür sorgen – zusammen mit dem Nationalrat –, dass wir für 2006 eine Lösung haben. Es kann doch nicht sein, dass Bund und Kantone 3,5 Milliarden Franken in das Prämienverbilligungssystem investieren und wir dann zur Kenntnis nehmen müssen, dass ein schlüssiger Quervergleich mit den Verteilungskriterien in den 26 Kantonen nicht möglich ist bzw. dass die Kantone recht resolut verlangen, der Bund solle oder dürfe überhaupt keine Vorgaben machen. Das, glaube ich, geht nicht an.

Im Übrigen aber stimme ich wie die Kommission selbstverständlich für Eintreten.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le débat qui vient d'avoir lieu confirme l'impression que j'ai chaque fois que je pense à la réforme de l'assurance-maladie. Une image me vient à l'esprit: celle de la diligence du Saint-Gothard. Dans la tempête, le cocher devait réussir à maîtriser six à huit chevaux, tous puissants, qui étaient tentés d'aller tous dans des sens différents, et il devait faire face aussi aux éléments naturels. Dans le cas de la diligence du Saint-Gothard, il n'y avait qu'un seul cocher. La difficulté supplémentaire aujourd'hui, c'est qu'on a 247 personnes qui ont vocation de s'asseoir à la place du cocher: 246 députés et le conseiller fédéral responsable du dossier. Et, à la fin, il faut qu'on se mette d'accord et qu'il n'y ait qu'une seule personne



qui s'assiege à la place du cocher et qui, ensuite, essaye de coordonner les puissants chevaux – les groupes d'intérêts – et réussisse à les faire marcher tous dans le même sens sans briser leur vigueur. Car personne n'a l'intention de briser la vigueur des "animaux", si j'ose dire, qui tirent l'attelage: que ce soient notamment la FMH, les hôpitaux ou les cantons. Il ne faut pas briser leur vigueur, mais il faut quand même réussir à coordonner leurs efforts.

Alors, Monsieur Stähelin, dire que l'opération est facile, personne ne le pense; je pense au contraire qu'elle est très difficile. On peut dire que, dans ce cas-là, il faut changer l'équipage et les chevaux d'un seul coup! Mais probablement que c'est impossible. Il vaut mieux essayer d'arranger un peu le harnais ici, donner un peu d'avoine là, enlever un peu d'avoine ailleurs, se mettre en marche, et puis, une fois en route, créer le moins d'inconfort possible pour les voyageurs, parce que les voyageurs sont derrière et espèrent que les choses se passeront bien.

Donc la situation n'est pas simple, mais c'est ainsi. Je crois que l'histoire récente a démontré que les grandes visions stratégiques qui se développent majestueusement ne marchent pas parce qu'à la fin, elles échouent à cause de problèmes tactiques. Il faut donc avoir une certaine vision stratégique, mais il ne faut pas exagérer avec les grandes visions stratégiques. Il vaut mieux essayer d'adapter la tactique de lancer les réformes en fonction des visions stratégiques et être prêt à faire des compromis. Parce que, finalement, la vision stratégique, on l'a et plusieurs d'entre vous l'ont décrite.

La loi sur l'assurance-maladie n'est pas mauvaise: elle a établi une solidarité certaine; elle a permis l'accès à des soins suffisants. Est-ce qu'ils sont de qualité optimale? Il y a parfois des voix qui disent que, par rapport à l'argent, ce que l'on obtient ne correspond pas entièrement à ce qui a été investi. Finalement, c'est probablement là que se trouve le point qui doit nous inciter à changer assez fondamentalement le système. On investit beaucoup d'argent: on est le deuxième pays du monde quant à la part du produit national brut qui est investie pour la santé.

Madame Fetz, il faut distinguer naturellement ce qui relève, j'allais dire, du confort lié à la santé. Parce que dans les 47 milliards de francs de dépenses de santé dont on parle, cela va très loin: cela va des soins de base jusqu'aux achats de produits pour bronzer, si vous me permettez l'expression, ou destinés à éviter qu'on ait des brûlures lorsqu'il y a du soleil.

Or, ce dont nous nous occupons, ce sont les soins de base indispensables et qui appartiennent à la solidarité sociale. Ce qui manque dans le système, c'est au fond, malgré tout, une certaine forme d'innovation. Ce n'est pas l'innovation technique. L'innovation technique, je crois qu'elle est là; on achète des appareils, on a des médecins qui sont formés. Mais ce qui manque, c'est l'innovation dans le domaine du système. Si vous me permettez une comparaison, je dirai que le hardware au sens général du terme est là, mais que

AB 2004 S 456 / BO 2004 E 456

c'est dans le software que les choses ne sont pas aussi efficaces. On le voit bien, la coordination entre les systèmes de santé cantonaux n'est pas parfaite; on demande plus de coordination pour la médecine de pointe, on voit qu'il y a un certain nombre de gaspillages. On voit que le système au niveau du software ne fonctionne pas de manière optimale. Et l'innovation dépendra, à mon avis, essentiellement de notre capacité de voter, de décider et d'organiser les conditions-cadres de la liberté de contracter.

C'est la liberté de contracter qui sera l'élément essentiel qui libérera l'innovation dans le software du système. Si on veut simplement faire de l'innovation technique, je crois que la planification est peut-être une solution. Mais c'est une solution coûteuse qui ne permet pas de libérer la capacité d'innovation de tous ces gens, ces organisations qui sont attelés à la diligence. On ne libère pas toutes les forces qui sont disponibles. C'est donc la liberté de contracter qui est la chose essentielle. Et je crois que la liberté de contracter, qui est le grand objectif de cette réforme – et on sera jugé sur notre capacité de l'accepter ou de la refuser –, aura des effets sur les coûts. Elle aura également la capacité de générer de nouvelles offres d'assurance, de nouvelles offres de "managed care", de nouvelles offres de services, comme on l'a vu dans d'autres cas où l'on a procédé à la libéralisation d'un marché qui était bloqué -je pense ainsi au marché des télécommunications ou à d'autres marchés.

Toutes les comparaisons ont leurs faiblesses, mais je crois que c'est la réalité. Qui aurait pu imaginer tout ce qui s'est passé dans le domaine des télécommunications depuis vingt ans? J'ai été dans la commission qui a préparé une des premières lois sur les télécommunications. Quand on parlait d'ouverture, on nous disait: "Mais donnez-nous la preuve que cette ouverture est positive! C'est dangereux pour les régions périphériques, dangereux pour ceci, dangereux pour cela." Puis, on a osé faire un demi-pas. Finalement, on a couru derrière la technique dans l'adaptation de nos lois. Le résultat aujourd'hui est une abondance extraordinaire d'offres, une variété de services.





On en est au même point dans le domaine de la santé. Ce n'est pas le hardware, ce n'est pas la technique qui nous manque, c'est l'innovation dans le système, des offres nouvelles! La stratégie doit viser à cela. Elle doit viser à libérer le système de ses contraintes, tout en l'encadrant de telle sorte qu'il n'y ait pas de dérapages.

La compensation des risques est évidemment quelque chose d'important. Lorsqu'on passera au système moniste et même lorsqu'on passera au système de la liberté de contracter, il faudra avoir un débat à ce sujet. Je ne pense pas que ce débat doive être anticipé. Il doit avoir lieu dans l'opinion publique et entre les spécialistes, mais il ne doit pas être anticipé et il faut se donner le temps de préparer l'étape suivante. C'est pour cela que je pense qu'il est juste de prolonger la compensation des risques pour cinq ans.

Là aussi, ceux qui croient que la compensation des risques peut être améliorée par une méthode qui suscitera l'unanimité se trompent. Dès l'instant où l'on quitte les critères simples et un peu primitifs tels que l'âge et le sexe pour passer à un autre système, quel est le système qu'on choisit? Est-ce qu'on choisit une compensation des risques en fonction des coûts, avec un dangereux effet de seuil? Mais si vous fixez un pool de coûts élevés de 30 000 francs, vous pouvez être quasiment certains qu'il n'y aura plus aucun cas entre 25 000 et 30 000 francs: tous dépasseront 30 000 francs. Donc, c'est un système qui est dangereux.

Le système alternatif, c'est la compensation des risques en fonction du diagnostic. Encore faut-il se mettre d'accord sur le nombre de maladies qui feront l'objet de la compensation des risques, et être sûr que la définition d'une maladie est absolument simple et que personne ne peut avoir de doutes sur ce que sont certaines maladies. Mais pour d'autres maladies, qui sont relativement coûteuses, il n'est pas si simple de les définir de manière absolue. Et si le diagnostic change en cours de route, est-ce qu'il y a des effets rétroactifs, ou bien est-ce que c'est simplement le moment où le diagnostic est posé qui est déterminant? Et que se passe-t-il si le diagnostic est erroné, ce qui peut arriver aussi sans que ce soit faux? Vous aurez à résoudre des problèmes extrêmement difficiles pour avoir un nouveau système de compensation des risques. Il faut donc se donner du temps et c'est la raison pour laquelle nous avons proposé de prolonger le système tel quel pour cinq ans.

L'innovation n'est pas dans l'introduction de la liberté de contracter et du système moniste qui est l'étape ultime de la liberté de contracter. Pour cela, il faut faire une première étape, c'est-à-dire avoir une certaine clarté dans le système hospitalier. On peut bien dire qu'il faut passer tout de suite au système moniste. Mais quand on voit les difficultés qu'on a dans la définition des conséquences d'un système de subventionnement relativement simple, on se dit qu'il ne faut pas faire ce pas d'un seul coup en croyant que tous les problèmes vont se résoudre par le biais des ordonnances. Passons par le système dual fixe pendant un certain nombre d'années. Cela permet de faire des expériences et de préparer le système moniste.

Ensuite, dans les conditions-cadres, il faut éviter que le système ne dérape par l'augmentation disproportionnée de l'offre. C'est la raison pour laquelle on avait introduit la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations. Je rappelle que cette disposition avait été promise aux médecins lorsque l'on discutait des accords bilatéraux. J'ai été responsable de la campagne pour les accords bilatéraux I. Parmi les groupements qui menaçaient le plus les accords bilatéraux I, il y avait la Fédération des médecins suisses (FMH) qui affirmait que la libre circulation des personnes allait entraîner un afflux de médecins. On avait alors promis de chercher une solution et cette solution a été finalement la limitation de l'admission, le "Zulassungsstopp". Aujourd'hui, on souhaite le remplacer par la liberté de contracter. Ce n'est pas possible tout de suite et il faut donc prolonger la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations. On nous dit: "Prouvez-nous que cela a été efficace!" Comment voulez-vous prouver de manière définitive et scientifique l'efficacité d'une mesure qui est prise depuis trois ans, dont l'efficacité a été en partie limitée par l'afflux initial de demandes d'installation qui étaient restées en suspens? Pendant une année ou deux, toute une série de médecins se sont installés grâce à la demande qu'ils avaient déposée avant l'introduction de la limitation. Au fond, c'est à partir de la troisième année que l'on peut constater une certaine efficacité.

En toute hypothèse, nous sommes maintenant confrontés, avec l'extension des accords bilatéraux aux pays de l'Est entrés dans l'Union européenne, à un nouveau risque qui est probablement encore plus élevé que celui qui existait dans le cas des pays de l'ancienne Union européenne où les conditions de travail et les conditions-cadres ne poussaient pas les gens à venir s'installer en Suisse. Là aussi, il faut accepter la prolongation de ce "Zulassungsstopp" pour une période limitée. Votre commission souhaite que cet arrêté demeure en place aussi longtemps que la liberté de contracter n'est pas décidée. Autant dire que je suis tout à fait heureux de cette solution, mais je pense que peut-être, politiquement, elle est assez vigoureuse. Peut-être que la solution du Conseil fédéral, qui était de le limiter pour un certain nombre d'années, est plus prudente politiquement. Mais, sur le fond et du point de vue de la doctrine, je pense que vous avez raison de dire qu'il faudrait prolonger ce système aussi longtemps qu'il n'y a pas un système de liberté de contracter.

Ensuite, à part l'innovation et les conditions-cadres, il faut maintenir un certain équilibre entre une politique



sociale et la responsabilité individuelle. Mettre les deux choses ensemble et dire que les deux doivent être en équilibre ne signifie pas qu'on ne puisse pas prendre des mesures aujourd'hui déjà pour renforcer la responsabilité individuelle et, notamment, faire passer la participation de 10 à 20 pour cent.

Je crois qu'il n'y a pas besoin d'avoir fait une longue carrière politique pour se rendre compte qu'il est plus difficile de décider de passer de 10 à 20 pour cent que de décider des subventions pour l'assurance-maladie! Donc, le risque qu'après avoir fait passer de 10 à 20 pour cent la quote-part,

AB 2004 S 457 / BO 2004 E 457

mesure dont l'entrée en vigueur dépendra du Conseil national et du débat entre les deux chambres, on ne vote pas de subsides pour réduire le poids de l'assurance pour les catégories sociales les plus faibles, est sinon inexistant, du moins extrêmement limité. Au contraire, le risque est plus grand qu'on vote les subsides mais qu'on ne vote pas l'augmentation de la quote-part.

J'ajoute que l'augmentation de la quote-part, et on le verra lors du débat qu'on aura à ce sujet, est quelque chose qui est socialement tout à fait acceptable. Tout d'abord parce que tous ceux qui bénéficient des prestations complémentaires ne paient pas la quote-part. Donc, les catégories les plus faibles sont libérées. Ensuite, les gens qui ont des maladies chroniques seront dans la même situation qu'aujourd'hui: aujourd'hui, ils paient cette somme s'ils ont 7000 francs de dépenses d'assurance-maladie dans l'année – ceux qui souffrent de maladies chroniques importantes dépassent cette somme; demain, ils auront payé les 700 francs lorsqu'ils auront atteint 3500 francs de dépenses. Mais, comme les malades chroniques graves dépassent de toute façon 7000 francs, pour eux, cela ne changera rien. Donc, c'est la catégorie qui se situe jusqu'à 3500 francs de frais de traitement qui sera davantage touchée par cette mesure. Mais la contrepartie, c'est que, grâce à cette mesure, tout le monde bénéficiera d'une hausse moindre des primes d'assurance. Les calculs ont été faits: c'est environ 3 pour cent. Il y a donc un avantage social pour tous, mais c'est vrai qu'il y a un report sur ceux qui consomment dans la moyenne nationale. Cependant, tout le monde y trouvera un avantage puisque les primes d'assurance augmenteront moins – c'est, comme je l'ai dit, de l'ordre de 3 pour cent de moins. Socialement, c'est quelque chose de juste, qui aidera tout le monde, y compris les cantons, y compris ceux qui doivent distribuer les fonds nécessaires à la réduction des primes.

J'en arrive à la réduction des primes. Je comprends qu'il y ait de nouveaux modèles et que les cantons, après avoir déclaré publiquement au mois d'avril leur adhésion à l'ensemble du projet, changent de cap au mois d'août. J'ai dit avec un peu d'ironie que si, au fond, la situation est comme ça, il suffit d'attendre un peu. Quand ils auront encore une fois changé d'opinion, ils finiront par se retrouver dans la même ligne que nous! Mais prenons acte du fait qu'ils ont changé une fois d'opinion et qu'aujourd'hui ils ne sont plus sur la ligne du Conseil fédéral. C'est tout à fait possible et c'est démocratique. On ne va pas leur en faire le reproche, mais encore faut-il que la solution préconisée soit praticable. Ce sera l'objet du débat qu'on aura au cours des semaines prochaines puisque, au vu de l'abondance des propositions et de la difficulté à estimer leurs conséquences, la commission juge qu'il faut renvoyer ce problème à la session de décembre.

Je dirai simplement, si j'ose faire un pronostic, qu'au vu de la situation, je me demande si la solution la plus simple n'est pas de renoncer au but social au niveau fédéral ou de le définir de manière extrêmement vague, de telle sorte que les cantons puissent disposer des fonds et, en fonction des circonstances locales et du fédéralisme, décider comment ils les répartissent. Ces fonds doivent naturellement servir à réduire le montant des primes d'assurance en tenant compte du poids des coûts dans une famille et de divers autres critères qui seraient fixés de manière générale. Mais vouloir régler un système aussi complexe à partir du centre et sans tenir compte des différentes politiques familiales menées dans les différents cantons – pensons simplement à la différence des montants de l'allocation familiale d'un canton à l'autre –, je crois que c'est quelque chose de risqué.

Il y a peut-être de la part du législateur fédéral et du Conseil fédéral un acte d'humilité à faire en disant: "Tant pis, on donne de l'argent sans en retirer le profit politique. Ce n'est pas nous qui aurons décidé la libéralisation de telle ou telle catégorie, ce seront les cantons. Mais on aura ainsi abouti." L'alternative, c'est une bataille extrêmement compliquée qui peut éventuellement ne jamais se terminer, alors que les assurés ont besoin qu'on prenne des décisions.

En conclusion, je voudrais vous remercier de votre participation à ce débat, y compris pour les critiques, puisque, après la critique, Monsieur Stähelin, il y a en fin de compte la constatation que l'alternative est probablement pire que la solution que nous avons préconisée.

Dire qu'il n'y a pas de stratégie est faux. Il y en a une et elle est relativement simple. Napoléon, je crois, disait: "Tout l'art de la guerre consiste dans le détail." La stratégie étant ici relativement bien connue, il s'agit d'essayer de gagner des batailles. D'une certaine manière, on en a déjà gagné une petite puisque, pour la première fois



depuis des années, deux années de suite l'augmentation des primes est "en baisse". Deux années de suite! L'année passée, elle était en baisse par rapport à l'année précédente et cette année, elle est encore en baisse. Monsieur David, vous manifestez un scepticisme certain. Croyez-moi, si aujourd'hui, au lieu d'avoir moins de 4 pour cent environ d'augmentation des primes l'année prochaine – on verra le chiffre officiel la semaine prochaine –, on en avait 7 ou 8 pour cent, vous n'auriez pas ce geste désabusé en disant que cela n'a aucune importance. Vous auriez certainement manifesté dans votre intervention votre indignation de voir monter les primes d'assurance à ce niveau-là. Certainement que le fait que les primes n'augmentent que de 4, voire de moins de 4 pour cent au lieu de 7 ou 8 pour cent ne vous est pas indifférent. Je pense que l'on est d'accord. Alors réjouissons-nous des victoires d'étapes, mais rendons-nous bien compte que la victoire au tour n'est possible que si on aborde le fond du problème, comme le dit Monsieur Stähelin, en fonction d'une stratégie sur laquelle on peut toujours se disputer, mais sur les grandes lignes de laquelle, finalement, on est fondamentalement d'accord. Décidons, avançons à un rythme qui n'est pas celui qui avait été prévu par le Conseil fédéral au départ, mais cela fait partie de la vie politique et de la vie parlementaire et, finalement, de la vie démocratique.

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

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Detailberatung – Discussion par article

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

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

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

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 42a

Antrag der Kommission

Abs. 1

.... eine Versichertenkarte erhält. Diese enthält den Namen der versicherten Person und eine vom Bund vergebene Sozialversicherungsnummer.

Abs. 2

Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

Abs. 3

Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.

Abs. 4

Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person die folgenden persönlichen Daten, welche im Notfall abrufbar sind:

- a. Blutgruppe;
- b. Krankheiten inklusive Medikation;
- c. Allergien;

AB 2004 S 458 / BO 2004 E 458

- d. Impfungen;
- e. Kontaktadresse;
- f. Eintrag zur Spende von Organen, Geweben oder Zellen;
- g. individuelle Einträge.





Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise den Zugriff auf die Daten und deren Bearbeitung.

Art. 42a

Proposition de la commission

Al. 1

Le Conseil fédéral peut décider qu'une carte d'assuré soit remise à chaque assuré pour la durée de son assujettissement à l'assurance obligatoire des soins. La carte contient le nom de l'assuré et un numéro d'assurance sociale attribué par la Confédération.

Al. 2

Cette carte comporte une interface utilisateur; elle est utilisée pour la facturation des prestations selon la présente loi.

Al. 3

Le Conseil fédéral règle, après consultation des milieux intéressés, les modalités d'introduction de la carte par les assureurs, ainsi que les standards techniques qui doivent être appliqués.

Al. 4

Moyennant le consentement de l'assuré, la carte contient les données personnelles suivantes, accessibles en cas d'urgence:

- a. groupe sanguin;
- b. maladie, y compris médication;
- c. allergies;
- d. vaccinations;
- e. adresse de contact;
- f. enregistrement en vue du don d'organes, de tissus ou de cellules;
- g. inscriptions individuelles.

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

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: L'article 42a porte sur l'introduction de la carte d'assuré. Son introduction poursuit trois objectifs. Le premier vise à l'efficacité en matière de coûts ainsi qu'à la simplification des procédures; le deuxième à une meilleure qualité et à une meilleure sécurité dans le domaine de la santé; le troisième à nous doter d'un instrument important pour la maîtrise du système dans son ensemble. C'est pour cette dernière raison que les cantons sont particulièrement intéressés par l'introduction d'une carte de santé servant de clé d'accès à un réseau d'informations médicales, et qui permettrait d'influencer les gestes thérapeutiques et surtout le volume des prestations.

Avant d'entamer le débat sur l'introduction d'une carte d'assuré, il faut rappeler deux éléments.

1. De nombreux assureurs-maladie remettent à leurs assurés une carte à bande magnétique. Quelque 4 millions d'assurés possèdent une "covercard" au format d'une carte de crédit, utilisée par un tiers des pharmaciens suisses pour interroger le serveur central et procéder à la facturation via la coopérative professionnelle des pharmaciens suisses, l'OFAC.

2. Depuis le 1er juin 2004, le formulaire dit E 111, qui donnait jusqu'ici aux touristes et aux personnes séjournant temporairement dans un Etat de l'Union européenne ou en Suisse un droit aux traitements immédiatement nécessaires, est remplacé par la carte européenne d'assurance-maladie au format d'une carte de crédit. Elle contient les indications suivantes: le nom, le prénom du titulaire, le numéro d'identification personnel, la date de naissance, la date d'expiration de la carte, le code ISO de l'Etat délivrant la carte, le numéro d'identification de l'assureur-maladie compétent et le numéro logique de la carte.

La Suisse et sept des Etats membres de l'Union européenne n'introduiront la carte européenne d'assurance-maladie qu'après un délai de transition, au plus tard le 1er janvier 2006. Dès cette date, les assurés suisses devront la présenter pour tout traitement dans un Etat de l'Union européenne s'ils veulent que la facture soit directement envoyée à leur assurance-maladie ou à l'institution d'entraide.

L'introduction de la carte européenne d'assurance-maladie ne nécessite pas de base légale, parce qu'elle ne représente pas une atteinte aux droits fondamentaux des personnes assurées. Donc la base légale dont nous discutons maintenant concerne l'introduction d'une carte d'assuré au niveau suisse, qui répond accessoirement aux exigences de l'Union européenne et qui permet surtout de développer petit à petit le passage d'une simple carte d'assuré à une carte de santé. L'introduction d'une telle carte d'assuré peut représenter une atteinte aux droits fondamentaux des personnes assurées. C'est pourquoi cette carte doit avoir une base légale.



La carte d'assuré est une carte d'accès dite passive. En d'autres termes, aucune donnée concernant la personne assurée autre que celles qui sont clairement imprimées n'est directement enregistrée sur la carte. Ces données administratives liées au nouveau numéro de sécurité sociale attribué par la Confédération doivent rester enregistrées chez l'assureur-maladie qui communique de manière standardisée avec les autres assurances et avec les fournisseurs de prestations. La standardisation de la communication simplifie le maniement par l'assureur des données administratives concernant le patient et facilite la facturation par les fournisseurs de prestations.

La carte d'assuré peut aussi être une carte active, active pour les données d'urgence; c'est-à-dire que ces données peuvent être lues par les personnes agréées, soit parce que les données sont enregistrées directement sur la carte, soit parce que celles-ci sont enregistrées sur un serveur central.

L'Office fédéral de la santé publique élabore un plan détaillé pour l'introduction de la carte d'assuré, en y incluant la possibilité de poursuivre le développement de la carte pour en faire une véritable carte de santé ou un dossier patient électronique. Il est indispensable d'aller de l'avant dans cette direction, car un certain nombre de cantons, comme ceux de Genève et du Tessin, ont déjà mis en place des projets pilotes portant sur l'introduction d'une carte de santé, et si la Confédération n'avance pas, nous aurons, ou en tout cas nous risquons d'avoir, finalement, 26 systèmes de carte de santé différents.

L'alinéa 1 de l'article 42a donne simplement la compétence au Conseil fédéral d'introduire de manière généralisée la carte d'assuré en Suisse. Elle précise que la Confédération doit attribuer un numéro d'assurance sociale, qui sera le numéro remplaçant le numéro AVS actuel. Les travaux concernant ce numéro d'assurance sociale sont actuellement à bout touchant.

L'alinéa 2 définit l'objectif principal de l'utilisation de la carte. Les fournisseurs de prestations, tout comme les personnes assurées, seront obligés d'utiliser la carte pour avoir droit au remboursement des prestations.

L'alinéa 3 donne une compétence importante au Conseil fédéral afin d'harmoniser les modalités d'introduction de la carte par les assureurs, y compris les standards techniques. Le Conseil fédéral doit toutefois consulter l'ensemble des milieux intéressés avant d'utiliser cette compétence.

L'alinéa 4 a été la disposition la plus controversée au sein de la commission car le nouveau libellé que nous avons adopté répond aux exigences de protection des données au niveau de la loi. Il est donc indispensable de mentionner dans la loi les données personnelles contenues dans la carte d'assuré, données accessibles en cas d'urgence, et d'introduire également l'obligation de consentement préalable de l'assuré.

L'introduction de ces données dans la carte d'assuré doit s'accompagner d'un bon concept de communication afin que la population suisse comprenne qu'il est dans son intérêt que ces données soient directement accessibles en cas d'urgence. La réserve portant sur le consentement de l'assuré concerne surtout les groupes de population qui, pour des raisons religieuses, observent des prescriptions restrictives, par exemple en ce qui concerne les transfusions de sang.

AB 2004 S 459 / BO 2004 E 459

La commission a encore introduit, aux fins de clarification, la compétence du Conseil fédéral de régler l'accès aux données et la gestion de ces dernières, ceci toujours après consultation des milieux intéressés.

L'alinéa 4 de l'article 42a a été adopté par 6 voix contre 4 après une discussion nourrie.

Je vous invite à suivre la commission sur l'ensemble de l'article 42a.

David Eugen (C, SG): Ich war in der Kommission bei der Minderheit, die eigentlich der Meinung war, man sollte auf diesen Absatz 4 verzichten. Sie finden auf der Fahne keinen Minderheitsantrag; trotzdem finde ich es wichtig, dass man die Gründe, die eben zur Vorsicht mahnen, hier zum Ausdruck bringt – dies insbesondere mit Blick auf die Gesetzgebung, die durch den Bundesrat erfolgen wird.

Die Regelung in Absatz 4 enthält wesentliche Probleme bezüglich der Sicherheit der Daten. Jemand muss diese Daten erheben, muss die Verantwortung dafür übernehmen, dass diese richtig sind, dass sie richtig auf die Karte kommen und dass im Notfall dann nicht falsche Daten vorhanden sind. Das ist insbesondere bezüglich Buchstabe b wichtig, wonach "Krankheiten inklusive Medikation" vermerkt werden sollen. Man muss sich das konkret vorstellen: Man nimmt Daten eines Patienten auf eine Karte auf, es vergehen vielleicht mehrere Monate oder sogar Jahre, und dann tritt ein Unfall ein. Die Daten sind veraltet, und es besteht damit auch die Gefahr, dass mit falschen Daten gearbeitet wird, um diesen Notfallpatienten zu behandeln. Dieses Problem ist für mich nicht gelöst. Es kann nicht die Idee sein, einfach Daten auf eine Karte zu schreiben, die im Notfall nicht mit absoluter Sicherheit Nutzen und keinen Schaden bringen.

Das zweite Problem, das nicht gelöst ist, ist das Problem der Mutation der Daten. Wenn ich weitere Beispiele nehme: Impfungen oder auch die Adresse des Patienten sind Daten, die permanent ändern können; das gilt



auch für Daten bezüglich Krankheiten. Diese Daten müssen dauernd nachgeführt werden. Man muss sich überlegen, ob eine jahresweise Nachführung dieser Daten genügt. Da habe ich Zweifel, wenn man die Karte als Notfallkarte benutzen will. Dann kommt die Frage der Kosten. Wenn Sie solche Karten wegen Mutationen permanent nachführen müssen, entstehen aus dieser ganzen Übung natürlich riesige Kosten. Auch daher habe ich Zweifel, ob dieser Ansatz richtig ist.

Ich möchte den Bundesrat ebenfalls auffordern, die Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung sehr sorgfältig auf ihre Konsequenzen hin zu überprüfen, namentlich bezüglich der Verantwortung für die Daten, der Mutation dieser Daten und der Kosten der ganzen Übung.

Letzter Punkt: Dieser Artikel steht im Kontext der obligatorischen Krankenversicherung. Ich denke aber, dass man sich schon genau überlegen muss, ob jene Personen, die eine solche Notfallkarte in Anspruch nehmen, nicht auch einen Kostenbeitrag leisten müssen – mit anderen Worten, ob diese Karte wirklich zu den zusätzlichen neuen Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gehören soll, die man gratis erbringt. Nach meiner Meinung sollten diese Leistungen nicht zusätzlich gratis erbracht werden, sondern mit einem Beitrag jener Personen abgegolten werden, die sie haben möchten.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Je voudrais ajouter, au nom de la commission, que nous avons tenu compte des remarques qui ont été faites par quelques-uns en commission – et de celles qui viennent d'être faites par Monsieur David –, notamment en introduisant ce dernier paragraphe selon lequel le Conseil fédéral règle l'accès aux données et la gestion de celles-ci. Il est pratiquement impossible d'inscrire maintenant dans la loi la totalité des points soulevés par Monsieur David, mais il est bien clair que pour assurer la sécurité de ces données enregistrées, notamment en cas d'urgence, il faut prévoir aussi le détail de leur gestion et définir qui porte la responsabilité de l'introduction et des mutations de ces données. Il est impossible d'inscrire tout cela dans la loi, mais le Conseil fédéral doit le régler – ou devra le régler, bien sûr, avec soin, de manière à ce que cette carte d'assuré puisse être utilisée de manière fiable.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois qu'il est inutile de faire un long débat sur quelque chose qui n'est pas contesté, mais il faut rappeler que le Conseil fédéral partage les objectifs de la commission en matière de carte d'assuré, qui doit pouvoir évoluer en carte de santé. Nous voulons d'abord la sécurité, et je crois que Monsieur David a souligné avec raison que c'est un élément extrêmement important. Il ne faut pas qu'on ait une ou deux fois une catastrophe due à des erreurs dans les indications qui sont inscrites sur la carte. Madame Brunner, avec raison, a dit que vous avez fait confiance au Conseil fédéral pour régler ces problèmes. J'espère qu'on aura des solutions qui répondent aux préoccupations de fond de Monsieur David.

Ensuite, il faut une carte qui soit efficace, qui serve à quelque chose, parce qu'on a vu naître dans le passé des cartes qui, finalement, n'étaient utilisées par personne ou utilisées par si peu de gens que ce n'était pas efficace. Et quand on parle d'efficacité, c'est aussi le problème des coûts. Il faut que les coûts soient vraiment en rapport avec le résultat. Il faut éviter l'anarchie dans ce domaine-là. Si on ne fait rien aujourd'hui, on risque l'anarchie, qui porte parfois le nom de fédéralisme dans des cas comme celui-là. Il faut que la carte puisse évoluer, qu'elle débute comme une "carte d'assuré plus" et qu'elle permette d'évoluer dans le futur en carte de santé.

La solution du Conseil des Etats nous paraît acceptable, et nous nous y rallions.

Angenommen – Adopté

Art. 55a

Antrag der Kommission

Abs. 1

Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36 bis 38 von einem Bedürfnis abhängig machen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest. Er kann diese Massnahme einmal erneuern.

Abs. 4

Eine erteilte Zulassung verfällt, wenn nicht innert bestimmter Frist von ihr Gebrauch gemacht wird. Der Bundesrat legt die Bedingungen fest.

Art. 55a

Proposition de la commission

Al. 1





Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée à trois ans au plus, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens des articles 36 à 38. Il fixe les critères correspondants. Il peut renouveler cette mesure une fois.

Al. 4

L'admission, une fois délivrée, expire lorsqu'il n'en est pas fait usage pendant un certain délai. Le Conseil fédéral fixe les conditions.

Präsident (Büttiker Rolf, zweiter Vizepräsident): Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass mit Bezug auf diesen Artikel eine Korrektur der Fahne vorliegt.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: L'actuel article 55a portant sur la limitation de pratiquer à la charge de l'assurance, autrement dit le gel des admissions, ne court que jusqu'au 3 juillet 2005. Ce gel des admissions constituait une mesure extraordinaire, limitée dans le temps, et sa prolongation ne peut se justifier qu'à titre exceptionnel, en attendant de disposer d'une solution plus adéquate en ce qui concerne la planification globale des besoins et qui réponde aussi à la problématique de l'ouverture des frontières entre la Suisse et l'Union européenne.

AB 2004 S 460 / BO 2004 E 460

Par ailleurs, il faut relever qu'on ne dispose pas encore d'analyse fiable des effets de cette mesure, étant donné que moins de deux ans se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, par exemple, on ne dispose pas encore des données statistiques pour 2003. D'autre part, en raison de l'annonce préalable du gel des admissions, un grand nombre de professionnels de la santé ont demandé, avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance, une autorisation cantonale de pratiquer et reçu ainsi le droit à l'admission de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il est donc possible que les conséquences potentielles, en particulier le plafonnement ou la réduction du nombre de fournisseurs de prestations ambulatoires, aient été neutralisées d'avance. L'évolution ultérieure de l'offre de soins ambulatoires dépend du nombre de médecins qui ont obtenu une admission selon l'ancien droit et, parmi eux, de celles et ceux qui ouvriront réellement un cabinet.

Consciente du problème qu'une prolongation du gel des admissions pourrait représenter pour les jeunes médecins qui veulent ouvrir un cabinet, la commission a examiné d'autres solutions possibles, notamment la fixation d'un âge limite maximal jusqu'auquel les fournisseurs de prestations pourraient pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. D'un point de vue juridique, cette solution pose toutefois un problème insurmontable. Il faudrait en effet prévoir une disposition transitoire selon laquelle les médecins qui ont atteint l'âge limite à l'entrée en vigueur de la modification légale ne seraient justement pas concernés par l'âge limite pour pratiquer. Or, il paraît difficilement concevable de prévoir une telle disposition pour une durée de trois ans seulement, durée qui correspond à celle proposée pour la prolongation de la clause du besoin. La commission a donc préféré donner la compétence au Conseil fédéral de pouvoir reconduire le gel des admissions pendant une nouvelle période de trois ans. La nouvelle version de l'article 55a comprend donc, à l'alinéa 1, l'ajout que le Conseil fédéral peut renouveler la mesure une nouvelle fois, c'est-à-dire qu'il peut la prolonger encore une fois de trois ans.

La commission, Monsieur le conseiller fédéral, contrairement à ce que vous avez dit tout à l'heure, n'a pas opté pour une prolongation du gel des admissions jusqu'à l'entrée en vigueur de la liberté de contracter, premièrement parce qu'il lui paraît indispensable de fixer une limite dans le temps à une telle mesure exceptionnelle, notamment parce qu'il n'est pas avéré que dans trois ans il y aura encore pléthore de fournisseurs de prestations; deuxièmement, convenir d'une prolongation jusqu'à l'entrée en vigueur de la liberté de contracter reviendrait à enlever toute incitation à trouver rapidement une meilleure solution; troisièmement, il n'est pas non plus garanti qu'une loi sur la liberté de contracter puisse véritablement entrer en vigueur dans le délai de trois ans avec toutes les ordonnances d'application qu'une telle loi suppose.

Le nouvel alinéa 4, si vous me permettez d'enchaîner, stipule expressément qu'une admission dont il n'est pas fait usage expire après un certain délai, pour mettre fin à l'effet pervers résultant du fait que des demandes d'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire ont été déposées préventivement par des médecins sans qu'ils en fassent pour autant usage. Ils attendent une opportunité intéressante pour ouvrir un cabinet et empêchent ainsi des médecins qui souhaitent remettre leur cabinet de trouver des successeurs, notamment lorsque leur cabinet est moins intéressant. Bien sûr, cette mesure ne pourra déployer ses effets qu'avec l'entrée en vigueur de la loi, mais elle pourra alors aussi s'appliquer aux anciennes autorisations déli-



vrées, lorsque le délai déterminé par le Conseil fédéral aura expiré. On facilitera ainsi l'établissement de jeunes médecins souhaitant s'installer sans avoir nécessairement des conditions optimales. En ce sens, l'adoption de cette disposition constitue un complément indispensable à la mise en place de la clause du besoin. Je vous invite à suivre la commission.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Tout d'abord, je remercie Madame Brunner d'avoir corrigé ce que j'avais affirmé en disant que votre commission avait fixé la durée du gel des admissions jusqu'à l'entrée en vigueur de la liberté de contracter. C'est la commission du Conseil du national qui a fait cette proposition et non celle du Conseil des Etats. Je crois que la solution que vous préconisez est plus prudente politiquement, comme je l'ai dit tout à l'heure.

En ce qui concerne le fond du problème, il n'y a pas d'alternative, et vous l'avez bien reconnu, à la prolongation pour une durée limitée du gel des admissions. Vous avez introduit un élément supplémentaire: l'admission, une fois délivrée, expire lorsqu'il n'en est pas fait usage pendant un certain délai. C'était quelque chose qu'on aurait peut-être dû introduire dans le premier acte législatif. Certains cantons l'ont fait – je crois que le canton de Bâle-Ville l'a fait –, d'autres pas. Ceux qui ne l'ont pas fait courent le risque d'avoir encore "en portefeuille" des autorisations qui n'ont pas encore été utilisées et cela compromet ainsi l'efficacité du système. C'était juste de faire cette adjonction.

Personne ne considère cette mesure comme particulièrement intelligente, mais l'alternative, c'est-à-dire l'ouverture totale, est certainement un risque que l'on ne peut pas courir lorsqu'on veut limiter en particulier l'admission de fournisseurs de prestations en provenance d'autres pays. Certains disent que cette mesure aurait pour effet de décourager des jeunes d'entreprendre des études de médecine. Je crois que c'est faux, et cela pour deux raisons.

Premièrement, si on a des contacts, et c'est mon cas, avec des jeunes qui font des études de médecine et qu'on leur pose la question de savoir s'ils discutent de ce problème dans les premières années d'études, ils répondent que ce n'est jamais le cas. La perspective pour un jeune homme ou une jeune fille qui commence des études de médecine, c'est d'abord de terminer son diplôme après un certain nombre d'années, puis de trouver une spécialisation. La perspective de s'établir ne les préoccupe pas, en tout cas les premières années. Donc, ce n'est pas un élément qui compromettrait le choix de jeunes qui hésitent à entreprendre des études de médecine.

Deuxièmement, d'après les statistiques, le nombre des étudiants en médecine en Suisse est l'un des plus élevés au monde par rapport à la population. Donc, on ne peut pas prétendre, comme le font certains, qu'on va vers une pénurie de médecins dans les années à venir. Ce risque n'existe pas et, entre-temps, il faut espérer qu'on aura réussi à introduire la liberté de contracter qui remplacera cette mesure relativement rigide et, par là même, pas aussi intelligente qu'on le souhaiterait. Mais, encore une fois, l'alternative est bien pire.

Il faut donc accepter ce compromis avec le bon sens sous la forme de la décision de geler les admissions.

Angenommen – Adopté

Art. 59

Antrag der Kommission

Titel

Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

Abs. 1

Gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder vertragliche Abmachungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die Verwarnung, die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden, eine Busse sowie im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Abs. 2

Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

AB 2004 S 461 / BO 2004 E 461

Abs. 3

Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:

a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Artikel 56 Absatz 1;





- b. die nicht oder schlecht erfolgte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;
- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen.

Art. 59

Proposition de la commission

Titre

Manquements aux exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations

Al. 1

Les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi (art. 56 et 58) ou dans un contrat font l'objet de sanctions. Celles-ci sont l'avertissement, la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée, l'amende et, en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Al. 2

Le Tribunal arbitral au sens de l'article 89 prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs.

Al. 3

Constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles visées à l'alinéa 1:

- a. le non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'article 56 alinéa 1;
- b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information selon l'article 57 alinéa 6;
- c. l'obstruction aux mesures de contrôle de qualité prévues à l'article 58;
- d. le non-respect de la protection tarifaire visée à l'article 44;
- e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'article 56 alinéa 3;
- f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité.

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: La disposition de l'article 59 a été proposée par le Conseil fédéral pour renforcer les sanctions à l'égard des fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences légales relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations.

La commission a repris telle quelle la disposition du Conseil fédéral. Nous l'avons simplement transférée du projet 1B (04.032), que nous ne traitons pas pendant cette session, au projet 1A que nous traitons maintenant. Il n'y avait en effet aucune contestation sur cet article en tant que tel et on peut donc fort bien en avancer l'entrée en vigueur en l'incorporant dans le projet 1A.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Cet article est évidemment important. Nous avons envisagé au départ de le mettre dans un autre projet. Votre commission souhaite qu'il soit introduit dans le projet 1A. Nous n'avons pas d'objection à cela. Je crois que c'est probablement une des innovations qui peut amener des changements positifs dans l'ensemble des projets qu'on a présentés aux chambres.

Je vous remercie d'accepter l'innovation proposée par votre commission.

Angenommen – Adopté

Art. 60

Antrag der Kommission

Abs. 4

.... zusammensetzt. Der Bundesrat legt fest, in

Abs. 5, 6

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 60

Proposition de la commission

Al. 4

.... Le Conseil fédéral détermine les cas

Al. 5, 6

Adhérer au projet du Conseil fédéral





Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Comme dans le domaine de l'assurance-maladie il peut y avoir d'autres formes de sociétés que des sociétés anonymes – par exemple des associations ou des sociétés coopératives qui, elles aussi, constituent des groupes tout en n'étant pas soumises aux règles du Code des obligations sur les sociétés anonymes –, il appartient dès lors au Conseil fédéral de déterminer dans quels cas un compte de groupe doit également être établi dans ces autres formes de sociétés. La formulation potestative qui était prévue dans le projet du Conseil fédéral aurait pu prêter à confusion et être néfaste à la sécurité du droit et à la transparence requise dans ce domaine. C'est pourquoi la commission a introduit une formulation qui n'entraîne pas cette possible confusion.

Dans leur ensemble, les modifications apportées ici à l'article 60 ne présentent certes pas de caractère d'urgence, mais elles garantissent au niveau de la loi une plus grande transparence de la gestion et des comptes des assureurs-maladie et permettent ainsi d'établir des comparaisons entre les assureurs.

Je vous demande de bien vouloir suivre la commission à cette disposition.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est d'accord avec cette modification.

Angenommen – Adopté

Art. 105 Abs. 4bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Sommaruga Simonetta

.... wird um 2 Jahre ab Ablauf

Art. 105 al. 4bis

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition Sommaruga Simonetta

.... est prolongée de 2 ans au-delà

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: La question de la compensation des risques est très controversée. Certains estiment qu'elle est inutile et voudraient la supprimer. D'autres au contraire estiment que les critères relatifs à la compensation des risques devraient être élargis et porter également sur l'état de santé des assurés.

L'hypothèse selon laquelle le libre passage intégral permettrait de compenser les disparités importantes existant dans la structure de risques des assureurs sous l'ancienne loi ne s'est pas confirmée dans les faits. Le montant des compensations a au contraire continué de progresser ces dernières années.

La commission s'est ralliée à la proposition de compromis du Conseil fédéral de prolonger encore de cinq ans la compensation des risques, étant entendu que ce n'est pas une manière pour elle d'esquiver le débat, mais bien plutôt une manière de procéder à un examen sérieux de toutes les positions et de toutes les propositions, y compris celles

AB 2004 S 462 / BO 2004 E 462

relatives à l'introduction d'un pool de risques élevés. C'est une analyse qui demande le temps de l'approfondissement scientifique et politique. C'est pourquoi il n'est pas possible de faire aujourd'hui des propositions fondées à cet égard.

Encore une fois, la prolongation à laquelle nous nous rallions ne signifie absolument pas que le débat est clos. Nous nous donnons simplement le temps de le mener avec sérieux.

La commission, qui a pris sa décision à l'unanimité, vous propose de suivre le Conseil fédéral.

Sommaruga Simonetta (S, BE): Der Risikoausgleich galt lange als eine rein technische Angelegenheit. Man ging davon aus, dass hier ein bisschen Geld von einer Kasse zur anderen verschoben oder umverteilt wird. Ich glaube, das Wort "umverteilen" hat bei gewissen Leuten im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich bereits Skepsis ausgelöst.

Mittlerweile ist wohl allen klar, dass der Risikoausgleich mehr ist als einfach Geld hin- und herschieben. Der Risikoausgleich ist viel mehr als eine rein technische Grösse. Der Risikoausgleich ist die Voraussetzung dafür,



dass der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern überhaupt funktionieren kann – und zwar der Wettbewerb auf der Ebene der Qualität und der Innovation und nicht jener um die beste Risikoselektionsstrategie. So, wie der Risikoausgleich heute ausgestaltet ist, wird dieses Ziel nicht erreicht. Der Risikoausgleich führt dazu, dass die Krankenkassen um gute Risiken kämpfen. Die Krankenversicherer betreiben heute Risikoselektion, sie konzentrieren ihre Anstrengungen auf die Jagd nach guten Risiken. Am meisten Kommission bezahlen die Versicherer heute für die Akquisition von alten gesunden Menschen. Sie versuchen, schlechte Risiken loszuwerden. Schon im Jahr 2001 hat die Arbeitsgruppe Risikoausgleich, die wissenschaftlich begleitet wurde, festgehalten: "Als Folge des unzureichenden Ausgleichs lohnt es sich für die Krankenversicherer nach wie vor, Risikoselektion zu betreiben." Und weiter: "Massnahmen im Bereich der Risikoselektion sind für das Prämienniveau viel wirksamer als Massnahmen im Bereich des Kostenmanagements."

Dabei besteht ja der einzige Sinn, verschiedene Krankenversicherer zu haben, darin, dass sie sich um ein besseres Kostenmanagement kümmern, dass hier ein echter Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern stattfindet, dass sie sich im Bereich der Qualität und der Innovation gegenseitig anspornen. Ansonsten müssen sie ja alle das Gleiche anbieten.

Was aber heute geschieht, ist genau das Gegenteil. Mit viel Werbeaufwand, mit viel Marketing, mit Fitnessabonnements, mit Kinoinladungen und Sportanlässen versuchen die Krankenversicherer, den Anteil der Gesunden in ihrem Versichertenbestand auszubauen, weil sie dadurch die Prämien senken können. Die Gruppe Mutuel zum Beispiel bezahlt ihren Agenten nur eine Kommission für Neukunden, die auch eine Zusatzversicherung abschliessen.

Wenn die Kosten der Neukunden nach einem Jahr tiefer als 70 Prozent der Prämie plus Risikoausgleich sind, bekommen die Agenten noch einen grossen Bonus. Sind die Kosten aber höher als die Prämie plus Risikoausgleich, müssen die Agenten einen Malus bezahlen. Das ist es, was der Risikoausgleich heute bewirkt. Die Folge davon ist, dass sich immer mehr Menschen fragen, wofür es überhaupt so viele Krankenversicherer braucht, wenn doch alle dasselbe anbieten.

Sehr viele Versicherte ärgern sich massiv über den Werbeaufwand der Krankenversicherer. Tatsächlich wechseln aber nur wenige die Krankenkasse, und beim heutigen Risikoausgleich muss man sagen: Zum Glück wechseln nicht mehr, sonst würde die Risikoentmischung noch viel schneller voranschreiten. Es ist also höchste Zeit, dass die Krankenversicherer endlich den Beweis erbringen können oder müssen, dass es sich lohnt, verschiedene Krankenversicherer zu haben, und dass dies den Versicherten auch tatsächlich etwas bringt.

Bei der Anpassung des Risikoausgleichs bestehe dringender Handlungsbedarf, hat meine Kollegin Erika Forster heute gesagt. Dringenden Handlungsbedarf hat auch die Wissenschaft festgestellt, und zwar bereits im Jahr 2001. Dass dringender Handlungsbedarf besteht, wurde auch von einer Nationalfondsstudie bestätigt; Sie konnten es letzte Woche nachlesen. Ich meine, das sind genügend Gründe für uns, diese Aufgabe endlich rasch anzupacken. Denn einer Sache müssen wir uns bewusst sein: All die neuen Massnahmen, die geplant sind – die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die monistische Spitalfinanzierung, die Erhöhung der Kostenbeteiligung –, werden die Risikoselektion bei den Krankenversicherern noch verstärken, wenn nicht gleichzeitig der Risikoausgleich verbessert wird. Ich zitiere nochmals die Arbeitsgruppe Risikoausgleich: "Die Versicherer würden noch mehr Ressourcen in die Risikoselektion statt in das Management der Gesundheitskosten stecken. Es steht zu befürchten, dass dadurch das Vertrauen in die Wirksamkeit des KVG im Bereich der Kostendämpfung und das Vertrauen in den Wettbewerb der Versicherer noch weiter erschüttert wird. In der Folge könnte der Ruf nach einer Einheitskasse noch stärker erfolgen."

Gerade angesichts der geplanten Massnahmen ist eine Anpassung des Risikoausgleichs dringend notwendig. Gerade weil ich den Wettbewerb unter den Versicherern stärken möchte, bin ich der Meinung, dass wir es uns nicht leisten können, die Anwendung dieser ganz offensichtlich nicht funktionierenden Methode nochmals um fünf Jahre zu verlängern. Wir brauchen diese Zeit auch gar nicht, denn die Verbesserungsmöglichkeiten liegen auf dem Tisch. Sie sind durchgerechnet, und es gibt Möglichkeiten, mit wenig Aufwand bereits eine beträchtliche Verbesserung herbeizuführen. Allein mit einem einzigen zusätzlichen Kriterium, wenn nämlich neben Alter und Geschlecht auch die Hospitalisierung im Vorjahr mit einbezogen wird, können wir die Ausgangslage massiv verbessern.

Ich bitte Sie deshalb, den Risikoausgleich nur um zwei statt um fünf Jahre zu verlängern. Eine Anpassung des Risikoausgleichs ist nämlich eine der wichtigsten Voraussetzungen, um jenes Ziel zu erreichen, das wohl die meisten unter uns unterstützen, nämlich Krankenversicherer zu haben, die sich – gemeinsam mit den Leistungserbringenden und den Versicherten – an der Suche nach dem besten und effizientesten Kostenmanagement im Gesundheitswesen beteiligen und die ihre Ressourcen nicht damit verschwenden, Risikoselektion zu betreiben.



Heberlein Trix (RL, ZH): Das Bessere ist auch hier der Feind des Guten. Denn wir haben lange darüber diskutiert, und der Nationalrat hat bei der Verlängerung des Risikoausgleichs bekanntlich an einer anderen Lösung festgehalten. Zur Frage, ob zwei Jahre genügen oder nicht: Dass wir bis in zwei Jahren wirklich eine Lösung haben, die hieb- und stichfest ist, dass wir uns bis dahin auf die Kriterien einigen können, das bezweifle ich nach der langen Diskussion über Sinn oder Unsinn des Risikoausgleichs, die man bereits bei der Einführung des KVG führte.

Frau Sommaruga hat gesagt: Wir wollen den Wettbewerb unter den Krankenkassen stärken, wir wollen aber auch, dass sie ein besseres Management ihrer Fälle betreiben. So weit bin ich mit ihr einverstanden. Aber ob der Risikoausgleich je zu einem besseren Wettbewerb oder einem besseren Management führen wird, das frage ich mich. Wir haben ja in der ganzen anfänglichen Diskussion über die Krankenversicherung verschiedenste Anträge gehabt, den Risikoausgleich überhaupt zu streichen, ihn gar nicht einzuführen. Mittlerweile kann man das aufgrund der Entwicklungen, die eingetreten sind, kaum mehr rückgängig machen. Aber ich bin auch davon überzeugt: Welche Kriterien wir für den Risikoausgleich auch immer wählen, sie können immer umgangen werden, wenn man will. Eine Risikoselektion kann immer betrieben werden, ob bei den neuen Managed-Care-Modellen oder bei der Vertragsfreiheit. Jede Vorschrift kann umgangen werden, wenn man das will, ausser man stellt klare Verbote auf.

Die eben vorgelegte Studie zeigt sicher eine Möglichkeit auf, die geprüft werden muss. Aber sie ist keine unabhängige

AB 2004 S 463 / BO 2004 E 463

Studie in dem Sinn, dass man sie als Lösung dieser Probleme einfach übernehmen könnte. Die Kassen sind sich im Moment auch nicht darüber einig, welches die beste Lösung ist. Für mich ist klar, dass wir wirklich sofort hinter dieses Problem gehen und versuchen müssen, es zu lösen. Aber es kann sicher nicht in zwei Jahren eine Vorlage da sein, die bereits verabschiedet ist; es geht ja darum, dass sie in zwei Jahren in Kraft treten müsste. Sonst stehen wir wieder da und müssen den Risikoausgleich nochmals verlängern. Das scheint mir wenig sinnvoll.

David Eugen (C, SG): In der Analyse der Situation gehe ich mit Frau Sommaruga einig. Es ist eine Tatsache, dass das heutige System starke Anreize für die Risikoselektion und praktisch keine Anreize für die Leistungskontrolle enthält. Mit anderen Worten: Jene Versicherer, die Leistungskontrolle betreiben, werden dafür ökonomisch bestraft und nicht belohnt. Sie haben einfach höhere Kosten und entsprechend höhere Prämien, und im Endeffekt ergibt sich die Spirale, dass sich ihre Marktposition immer mehr verschlechtert. Jene hingegen, die eine starke Risikoselektion betreiben, haben keine Leistungskosten, können die Prämien senken und haben damit eine immer stärkere Marktposition. Diese Entwicklung hat sich in den letzten Jahren enorm verstärkt; jeder, der mit diesem System zu tun hat, kann dies auch verfolgen.

Meines Erachtens war der grosse Irrtum bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes die Erwartung, dass auch chronisch kranke Personen die Versicherung wechseln würden. Das ist nicht der Fall, wie wir heute wissen. Wir wissen heute, dass vor allem chronisch kranke Personen die Versicherung praktisch nie wechseln; sie bleiben bei ihrer Versicherung. Denn an sich wäre der beste Risikoausgleich, wenn chronisch kranke Versicherte zu den günstigsten Krankenversicherern gingen; sie hätten dort ja die genau gleichen Leistungen. Das wäre ein automatischer, selbsttätiger Risikoausgleich. Wir müssen jetzt einfach zur Kenntnis nehmen, dass sich die Bevölkerung nicht so verhält. Wer krank ist, wechselt seine Versicherung nicht.

Ich kann das ohne weiteres nachvollziehen; das hat viele psychologische und auch ökonomische Hintergründe. Warum sollte ich eigentlich in dieser Situation die Versicherung wechseln? Also hat sich diese Erwartung, die wir alle seinerzeit hatten, dass sich hier ein natürlicher Durchmischungsprozess vollziehen würde, nicht erfüllt. Im Übrigen sind wir hier überhaupt nicht allein: Alle internationalen Krankenversicherungssysteme haben das genau gleiche Problem, und wenn Sie die Entwicklung in Deutschland etwas verfolgen, so wissen Sie, dass das kürzlich ein grosses Thema war. Man hat entsprechende Lösungen getroffen, und wir werden ähnliche Schritte tun müssen. Es ist also eine Illusion, zu meinen, auch hier sei die Schweiz ein Sonderfall oder eine Insel, wo sich die Dinge anders abspielen als andernorts. Nein, es geht bei uns genau gleich zu! Die Deutschen haben diagnoseorientierte, diagnoseindizierte Kriterien zusätzlich zu Alter und Geschlecht eingeführt. Ich finde, das ist der richtige Weg. Wir müssen das auch machen, aber – hier unterscheide ich mich von Frau Sommaruga – es ist nach meiner Überzeugung nicht möglich, das in zwei Jahren umzusetzen. Aber ich finde, wir sollten in einer der kommenden Vorlagen, die wir noch vor uns haben, die Instrumente einführen, damit wir das tun können. Das heisst, wir müssen insbesondere im Diagnosebereich die entsprechenden Vorkehrungen treffen, damit dann in einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren diese Instrumente auch eingesetzt werden können.



Wenn ich also den Antrag Sommaruga jetzt ablehne, so nicht deshalb, weil ich mit der Analyse nicht einverstanden wäre, sondern weil ich der Meinung bin, wir müssten das auch seriös vorbereiten und dann eine wirklich geklärte Vorlage verabschieden. Insbesondere finde ich aber, der Bundesrat und das BSV sollten die Erfahrungen zu diesen Fragen, die in anderen Ländern gemacht werden – auch in den USA und im Vereinigten Königreich, also in Grossbritannien –, aufnehmen, auswerten und dann die positiven Möglichkeiten für uns vorschlagen. Wir müssen hier das Rad überhaupt nicht neu erfinden; es ist international schon sehr viel gelaufen, worauf wir uns abstützen können.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich möchte nach der heutigen Eintretensdebatte jetzt beileibe nicht als Bremser in Erscheinung treten. Aber, Frau Sommaruga, das haben wir jetzt wirklich gelernt: Zwei Jahre sind schlicht und einfach zu wenig. Was machen wir heute? Wir verlängern dauernd solche Fristen. Dieser Antrag wird wieder dazu führen – das ist absehbar –, dass wir uns in eineinhalb Jahren wieder darüber unterhalten, wie wir diese Frist verlängern werden. Deshalb bin ich dagegen.

Es geht mir aber um einen anderen Punkt, deshalb habe ich das Wort ergriffen. Schauen Sie, gerade beim Risikofonds können wir keinen Schnellschuss machen. Wenn ich gehört habe, in welche Richtungen die Überlegungen gehen, dann befürchte ich, dass wir hier wieder falsche Anreize setzen könnten. Wenn Sie sagen, "ein weiteres problemloses Kriterium" – irgend so etwas habe ich gehört – sei beispielsweise der Spitalaufenthalt im Vorjahr, dann habe ich Mühe. Wozu führt das? Es führt wieder dazu – der schöne alte Brauch –, dass wir Spitalaufenthalt, sprich stationäre Behandlung, und ambulante Behandlung ungleich behandeln. Der Spitalaufenthalt, der zwar bekanntlich unter dem Strich teurer kommt, wird dann über den Risikoanteil ausgeglichen. Damit erhalten die Versicherer schlussendlich den Anreiz, eine Behandlung eher stationär im Spital abzuwickeln, obwohl das teurer ist – ich sage es noch einmal – als eine ambulante Behandlung. Das darf nicht sein. Solche Effekte müssen wir betrachten, da müssen wir sauber vorgehen.

Ich bin dagegen, dass wir hier zu rasch dahinter gehen; das muss sauber geklärt werden.

Ich wäre dankbar, Frau Sommaruga, wenn Sie auf diesen Schnellschuss "zwei Jahre" verzichten könnten.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que la démonstration est faite que le problème de la compensation des risques est un problème qui ne peut pas être résolu avec des solutions simples. Madame Sommaruga a dit: "Il faut changer quelque chose." Mais pour changer quelque chose, il y a un critère simple: avec un jour d'hospitalisation dans l'année qui précède, on tombe dans la compensation des risques! Donc Monsieur Stähelin a répondu avec raison qu'il y a là une incitation catastrophique à faire des séjours à l'hôpital dès qu'il y a le moindre risque, séjours qui en soi sont chers et qui ensuite entraîneront une sélection négative des risques tout à fait claire.

Il n'y a pas de solution simple, parce qu'il y a non seulement une discussion philosophique, une discussion scientifique, mais il y a aussi de puissants intérêts qui sont cachés derrière beaucoup de prises de position. Par conséquent, lorsqu'il y a ces trois niveaux de discussion, il y a de forts risques de référendum.

Si l'on suit la proposition Sommaruga – deux ans –, cela signifie que si l'on veut avoir mis sous toit la nouvelle formulation de la compensation des risques dans les deux ans, il faut pratiquement présenter l'année prochaine au plus tard une solution au Parlement. Celle-ci devrait être approuvée l'année prochaine et pourrait ensuite être soumise au référendum – parce que le délai d'organisation d'un référendum est de trois mois –, puis il faut fixer le calendrier. Cela équivaut donc pratiquement à une période de deux ans. Cela signifie qu'à peine cet article voté, il faudrait non seulement commencer une discussion d'experts, mais aussi prendre des décisions au niveau du Conseil fédéral, mettre en consultation, et vous présenter une loi l'année prochaine qui puisse être soumise au référendum et, le cas échéant, qu'il reste le temps pour la votation populaire. Alors cinq ans, cela me paraît un temps relativement long, mais vous verrez bien dans la pratique que cela correspond au temps nécessaire pour avoir une alternative, et lorsqu'on discutera l'alternative, il faudra discuter les critères.

AB 2004 S 464 / BO 2004 E 464

Je voudrais simplement ajouter que la chasse aux bons risques existe certainement. Qu'elle soit organisée? J'ai souvent eu le sentiment que, derrière ces critiques, il n'y avait pas seulement une vision désintéressée de la chose, mais qu'il y avait aussi compétition entre assurances; mais que cela existe, c'est probable. C'est d'ailleurs dans la nature même des choses. Quel que soit le système de compensation des risques que vous introduirez, il y aura tout de suite quelqu'un dans les compagnies d'assurances qui réfléchira à la manière de le détourner.

Monsieur David, comme je l'ai évoqué lors du débat d'entrée en matière, a parlé de la possibilité de faire une compensation des risques en fonction du diagnostic. Je crois que c'est probablement la perspective la plus



prometteuse; mais là aussi le diable se cache dans les détails. En effet, lorsqu'on a dit cela, il faut ensuite passer à l'acte, définir les maladies qui font l'objet de la compensation des risques et être sûr que la définition que l'on donne de la maladie est acceptée par tous et avec tous les problèmes que cela pose concernant la sécurité du diagnostic, l'erreur, le changement, l'évolution d'une maladie, les aspects secondaires, la différence du coût d'une maladie en fonction de l'âge, en fonction de la situation personnelle des personnes.

Je terminerai par cette dernière remarque. Ces derniers jours, on a fait grand cas d'une étude dite du Fonds national. Il faudrait ajouter que le Fonds national n'a naturellement pas d'opinion sur le sujet et qu'il a simplement financé une étude. Alors, donner le sceau de l'autorité du Fonds national à une opinion – même d'expert –, c'est quelque chose qui relève de la propagande et pas du débat politique fondé.

Je vous suggère de suivre votre commission et de repousser la proposition Sommaruga.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission 31 Stimmen

Für den Antrag Sommaruga Simonetta 7 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Streichen

(siehe Entwurf 3)

Ch. II

Proposition de la commission

Biffer

(voir projet 3)

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Nous avons simplement prévu en commission de faire de la disposition transitoire concernant le tarif des soins une loi séparée. C'est le projet 3 figurant dans le dépliant (modification de loi); j'y reviendrai donc plus tard.

Präsident (Schiesser Fritz, Präsident): Wir werden bei der Vorlage 3 auf diesen Punkt zurückkommen.

Angenommen – Adopté

Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Ch. III

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 34 Stimmen

(Einstimmigkeit)

2. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

2. Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Deux mots sur cette loi. Etant donné que la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie vient à échéance à la fin de l'année 2004, la présente modification a pour objectif de prolonger le régime transitoire mis en place.



La réglementation stipule que le canton doit contribuer – à raison de 100 pour cent du tarif que l'assureur doit payer pour le traitement d'une personne résidant dans le canton – aux coûts de l'hospitalisation en division privée ou semi-privée d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire qui séjourne dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, qui séjourne dans la division commune de l'hôpital concerné. Cette réglementation ne modifie donc en rien les dispositions transitoires applicables, notamment: l'obligation de contribution du canton ne s'applique pas aux hôpitaux privés non subventionnés.

Les hôpitaux privés nous ont fait savoir leur opposition à la prolongation de ce régime. Les assureurs-maladie, quant à eux, semblent accepter cette situation dans la mesure où la validité de la présente loi est prolongée uniquement jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision dans le domaine du financement hospitalier, et limitée au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006.

C'est donc à l'unanimité que la commission est entrée en matière sur ce projet de loi; elle a accepté ce projet de loi également à l'unanimité.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich möchte hier bestätigen, dass es in dieser Angelegenheit eine Übereinstimmung zwischen Kantonen und Krankenversicherern gibt, weil es nur um eine Verlängerung um zwei Jahre geht. Aber ich möchte hier doch festhalten, dass gemäss Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) die anrechenbaren Kosten die Basis sein müssten. Diese haben eine Grössenordnung von 750 Millionen Franken. Hier wird jetzt wieder die Lösung der Tarife weitergeführt, das heisst 500 Millionen Franken. Die Übung geht also mit 250 Millionen Franken pro Jahr zulasten der Prämienzahler. Das heisst, die Prämienzahler werden in den nächsten zwei Jahren um 500 Millionen Franken mehr belastet, als es gemäss EVG-Urteil der Fall wäre. Ich bestätige aber, dass wir hier damit einverstanden sind und damit den Weg ebnen, die KVG-Revision voranzutreiben.

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Art. 1 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, ch. I introduction, art. 1 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 2

Antrag der Kommission

Abs. 1

.... danach wird der vom Kanton geschuldete Kantonsbeitrag abgezogen. Der Restbetrag wird der versicherten Person in Rechnung gestellt.

AB 2004 S 465 / BO 2004 E 465

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 2

Proposition de la commission

Al. 1

.... par le canton est déduite. Le solde est facturé à l'assuré.

Al. 2, 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: Cette disposition ne change rien au droit matériel et concerne uniquement le déroulement du paiement de la facture. Il s'agit donc là d'une question de procédure que la commission a encore clarifiée par rapport au projet du Conseil fédéral. Le solde des frais hospitaliers non couverts par le tarif de l'assurance obligatoire des soins est à la charge de l'assuré ou, bien sûr, de son



assurance complémentaire s'il dispose d'une telle assurance. Il n'y a donc pas de modification matérielle par rapport au projet du Conseil fédéral.

Angenommen – Adopté

Art. 3 Abs. 3; Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 3 al. 3; ch. II

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsident (Schuesser Fritz, Präsident): Über die Dringlichkeitsklausel wird erst nach erfolgter Differenzbereinigung abgestimmt. Die Gesamtabstimmung erfolgt also unter dem Vorbehalt der Abstimmung über die Dringlichkeit.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 33 Stimmen

(Einstimmigkeit)

3. Bundesgesetz über die Krankenversicherung**3. Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: L'article 9a alinéa 2 de l'ordonnance actuelle sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie prévoit des tarifs-cadres par jour pour les soins en EMS qui sont répartis selon quatre niveaux de soins requis. Il règne toutefois des disparités relativement importantes entre les cantons quant au système par niveau de soins utilisé et au montant de la rémunération. De plus, ce ne sont pas seulement des systèmes avec quatre niveaux de soins qui sont appliqués, mais aussi des systèmes qui en comportent plus de quatre. Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, il faut toutefois que les tarifs-cadres soient respectés en moyenne. Compte tenu de l'hétérogénéité que connaît la Suisse, une comparaison des tarifs est difficile. En ce qui concerne le Spitex, l'article 9a alinéa 1 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie prévoit des tarifs-cadres pour les soins à domicile qui comportent des limites tarifaires par heure. La situation dans les cantons montre que ces tarifs-cadres sont dépassés uniquement dans le canton de Neuchâtel, mais les fournisseurs de prestations ont apporté la preuve de la transparence des coûts, de telle sorte que les tarifs y sont basés sur des coûts démontrés. Le degré de couverture des coûts dans le domaine Spitex est nettement plus élevé que dans le domaine des EMS, c'est pourquoi un gel du tarif n'a pas de conséquences négatives, d'autant plus que la commission a prévu la possibilité d'adapter ces tarifs au renchérissement.

Dans leur prise de position, les cantons ont mis en avant la question de la protection tarifaire et de la couverture financière manquante qui pourrait être mise à la charge des cantons et des communes dans le cadre de la réglementation actuelle. Ils souhaitaient donc un assouplissement de la protection tarifaire pour la période transitoire de deux ans prévue par la présente loi. La situation actuelle n'est pas très claire dans la mesure où, suivant la situation tarifaire valable dans le canton, il peut se produire que le canton, les communes, les patients ou les prestations complémentaires, soient appelés à compléter les montants qui ne sont pas inclus dans les tarifs.

Il ne faut toutefois pas oublier la dimension temporelle de la discussion que nous sommes en train de mener. Cette disposition transitoire n'est valable que pour deux ans. Dans ce cas, il serait tout à fait disproportionné d'accepter une solution qui remette en cause les principes fondamentaux de la protection tarifaire. Une telle solution aurait en effet pour conséquence d'empoisonner totalement le climat de discussion d'empêcher de trouver une solution à long terme pour le financement des soins.

C'est pourquoi la commission, après en avoir longuement débattu, a décidé sans opposition et quelques absences de s'en tenir aux considérations du Conseil fédéral et de ne pas suivre les desiderata des cantons à



cet égard.

La commission a néanmoins jugé utile d'ajouter dans cette disposition transitoire la possibilité d'adapter les tarifs-cadres au renchérissement pour pouvoir tenir compte d'une éventuelle inflation qui demanderait une adaptation équivalente des salaires versés.

Dans la mesure où la commission a décidé de faire de cette disposition transitoire une loi spéciale, déclarée urgente, et d'en limiter la durée au 31 décembre 2006, il n'est évidemment plus nécessaire de mentionner la durée de cette réglementation dans le texte même de la disposition transitoire.

Nous vous invitons à suivre la commission et à accepter ce projet de loi.

Forster-Vannini Erika (RL, SG): Gestatten Sie mir nur zwei, drei Bemerkungen zu dieser Übergangsbestimmung, die wir jetzt in ein dringliches Bundesgesetz gekleidet haben.

Ich denke, wir haben hier eine doch befriedigende Lösung gefunden. Die Pflegeheime weisen allerdings mit Nachdruck auf mögliche Probleme in der Finanzierung hin; Frau Brunner hat ja bereits darauf hingewiesen.

Wir haben zusätzlich einen Vorbehalt angebracht, der lautet: "Vorbehalten bleiben die vom Departement vorgenommenen Anpassungen an die Teuerungsentwicklung gemäss dem Landesindex der Konsumentenpreise."

Nun ist mir etwas erst jetzt aufgefallen, und deshalb stelle ich dem Bundesrat noch eine Frage, bzw. ich bitte ihn, mir meine Aussagen zu bestätigen: Aus der Formulierung wird nämlich nicht ohne weiteres klar, welches der zeitliche Ausgangspunkt für die Anpassung der Tarife an die Teuerungsentwicklung ist. In der Kommission sind wir immer davon ausgegangen, dass sich die Anpassung an die Teuerungsentwicklung auf den Zeitraum seit dem Inkrafttreten der Rahmentarife für die Pflege bezieht, d. h. auf den Zeitraum seit dem 1. Januar 1998. Ich wäre dankbar, Herr Bundesrat, wenn Sie das zuhanden des Amtlichen Bulletins bestätigen könnten, denn ursprünglich war es einmal vorgesehen, diesen Zeitraum so ins Gesetz aufzunehmen. Wir haben das jetzt nicht mehr drin, und ich wäre deshalb einfach froh, wenn das so bestätigt wird.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous abordons ici aussi un sujet politiquement très délicat: celui du financement des soins dans les homes. Ce sujet est délicat parce que les définitions ne sont pas très claires et parce que les sommes qui sont en jeu peuvent devenir très importantes. La consultation sur le financement des soins qui est actuellement en cours montre que les intérêts et les visions politiques sont là aussi très différents et qu'il n'y a pas de solution qui puisse satisfaire tout le monde. Il n'y a pas de surprise à

AB 2004 S 466 / BO 2004 E 466

cela, quand on sait qu'il s'agit de montants de centaines de millions de francs; quelqu'un doit les payer: soit les cantons, soit les communes, soit l'assurance-maladie, soit les assurés eux-mêmes. Chacun a le sentiment que c'est l'autre partenaire qui, en toute équité, devrait prendre en charge une part plus importante. Nous viendrons, au mois de décembre, présenter un message sur le financement des soins et le débat aura lieu à ce moment-là. Jusqu'à ce moment-là, il faut garantir que la solution actuellement appliquée continue d'être appliquée, avec quelques aménagements. Pour cela, nous avons prévu cette disposition transitoire et son prolongement pour quelques années.

Les cantons, comme l'a dit Madame Brunner, ont protesté non seulement contre le gel des tarifs, mais aussi contre la garantie tarifaire qui, selon eux, empêcherait de reporter une partie des coûts non couverts par l'assurance-maladie sur les pensionnaires des EMS qui en auraient les moyens. En théorie, le problème posé est important et réel; dans la pratique, encore une fois, c'est beaucoup plus difficile de donner une bonne réponse, car la comptabilité n'est pas toujours suffisamment claire pour qu'on sache ce qui dépasse le tarif fixé.

C'est la raison pour laquelle je partage – c'était la vision du Conseil fédéral – le point de vue de la commission selon lequel ce serait une erreur d'ouvrir la boîte de Pandore pour une période de deux ans et de chercher à résoudre un problème qui n'est pas seulement d'argent, mais aussi de définition et d'équité. Ce n'est pas à travers cette disposition transitoire qu'il faut résoudre ce problème, mais à travers la décision de fond qui viendra avec le message.

Madame Forster, vous avez posé une question à laquelle je peux vous répondre par l'affirmative, comme me le confirme la représentante de l'administration. Mais ne me demandez pas une explication complémentaire sur ce point hautement technique, car j'aurais un peu de peine à vous la donner.

Detailberatung – Discussion par article

Titel

Antrag der Kommission





3. Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Titre

Proposition de la commission

3. Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Ingress

Antrag der Kommission

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom

beschliesst:

Préambule

Proposition de la commission

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le message du Conseil fédéral du

arrête:

Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

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

Ch. I introduction

Proposition de la commission

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

Ziff. I Übergangsbestimmung

Antrag der Kommission

In Abweichung von Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a dürfen bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung für die Kostenübernahme der Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim die aufgrund von Artikel 104a vom Departement festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden. Vorbehalten sind dabei diejenigen Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben. Diese werden auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt. Vorbehalten bleiben die vom Departement vorgenommenen Anpassungen an die Teuerungsentwicklung gemäss dem Landesindex der Konsumentenpreise.

Ch. I dispositions transitoires

Proposition de la commission

En dérogation à l'article 25 alinéa 2 lettre a, les tarifs-cadres fixés par le département en vertu de l'article 104a ne peuvent pas être dépassés jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation relative à la prise en charge des coûts des prestations de soins à domicile, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial. Sont réservés les tarifs et les conventions tarifaires qui ont déjà dépassé les tarifs-cadres au 1er janvier 2004. Ces tarifs sont limités au niveau du tarif valable au 1er janvier 2004. Demeurent réservées les adaptations au renchérissement, prévues par le département, selon l'indice suisse des prix à la consommation.

Ziff. II Abs. 1

Antrag der Kommission

Dieses Gesetz wird nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe b der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

Ch. II al. 1

Proposition de la commission

La présente loi est déclarée urgente conformément à l'article 165 alinéa 1 de la Constitution. Elle est sujette au référendum en vertu de l'article 141 alinéa 1 lettre b de la Constitution.

Ziff. II Abs. 2

Antrag der Kommission





Es tritt am 1. Januar 2005 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2006.

Ch. II al. 2

Proposition de la commission

Elle entre en vigueur le 1er janvier 2005 et a effet jusqu'au 31 décembre 2006.

Angenommen – Adopté

Präsident (Schiesser Fritz, Präsident): Über die Dringlichkeitsklausel wird erst nach erfolgter Differenzbereinigung abgestimmt. Die Gesamtabstimmung erfolgt also unter dem Vorbehalt der Abstimmung über die Dringlichkeit.

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 34 Stimmen

(Einstimmigkeit)

AB 2004 S 467 / BO 2004 E 467