

Zwölfte Sitzung – Douzième séance

Mittwoch, 6. Oktober 1993, Vormittag
 Mercredi 6 octobre 1993, matin

08.00 h

Vorsitz – Présidence: Herr Schmidhalter

89.243

**Parlamentarische Initiative
 (PUK 89.006)
 Geschäftsprüfungskommission.
 Bildung einer Delegation
 Initiative parlementaire
 (CEP 89.006)
 Commission de gestion.
 Constitution d'une délégation**

Differenzen – Divergences

Siehe Seite 465 hiervor – Voir page 465 ci-devant
 Beschluss des Ständerates vom 30. September 1993
 Décision du Conseil des Etats du 30 septembre 1993

Frau **Zölch** unterbreitet im Namen der Kommission den folgenden schriftlichen Bericht:

1. Der Nationalrat hat am 17. März 1993 den Beschluss B verabschiedet. Er präzisiert durch eine Aenderung des Geschäftsverkehrsgesetzes die Rechte der Geschäftsprüfungskommissionen und ihrer Sektionen und Arbeitsgruppen.
2. Der Ständerat hat am 30. September 1993 diesen Beschlüssen zugestimmt. Er hat in den Schlussbestimmungen ausserdem das Inkrafttreten ausdrücklich geregelt, während der Nationalrat das Inkrafttreten noch offengelassen hatte. Dadurch ist eine letzte Differenz zwischen den beiden Räten zu bereinigen.

M^{me} **Zölch** présente au nom de la commission le rapport écrit suivant:

1. Le 17 mars 1993, le Conseil national s'est prononcé en faveur de l'arrêté B. Par le biais d'une modification de la loi sur les rapports entre les conseils, il précise les droits des Commissions de gestion ainsi que de leurs sections et groupes de travail.
2. Le Conseil des Etats a approuvé les décisions du Conseil national le 30 septembre 1993. Il a fixé en outre expressément la date d'entrée en vigueur de l'arrêté dans les dispositions finales, tandis que le Conseil national laissait cette question en suspens. Une dernière divergence subsiste par conséquent entre les deux Chambres.

Ziff. II Abs. 2

Antrag der Kommission
 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II al. 2

Proposition de la commission
 Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

91.071

**Krankenversicherung. Revision
 Assurance-maladie. Révision**

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1820 hiervor – Voir page 1820 ci-devant

Art. 32

Antrag der Kommission

Abs. 1

.... nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstaben c bis g. (Rest des Absatzes streichen)

Abs. 2 (neu)

Er regelt insbesondere die Zulassung der von Aerzten angestellten Psychotherapeuten und Physiotherapeuten.

Abs. 3 (neu)

Er regelt die Zulassung von selbständig tätigen Psychotherapeuten.

Abs. 4 (neu)

Er hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen an.

Antrag Meier Samuel

Abs. 3 (neu)

Streichen

Antrag Bischof

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 32

Proposition de la commission

Al. 1

.... selon l'article 29 alinéa 2 lettres c à g. (Biffer le reste de l'alinéa)

Al. 2 (nouveau)

Il règle en particulier l'admission des psychothérapeutes et des physiothérapeutes employés par des médecins.

Al. 3 (nouveau)

Il règle l'admission des psychothérapeutes indépendants.

Al. 4 (nouveau)

Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées.

Proposition Meier Samuel

Al. 3 (nouveau)

Biffer

Proposition Bischof

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Bischof: Bei Artikel 32 habe ich grosse Bedenken, die ich kurz erläutern möchte.

Laut dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und der Kommission des Nationalrates soll dieser Artikel keine nennenswerten Auswirkungen auf die Kosten haben. Ja, man sagt sogar, dass dieser Beschluss nur geringen Einfluss auf die Kosten haben werde. Wir sprechen hier über 110 Millionen Franken, und dies aufgrund einer Schätzung des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen. Es wird aber schon heute gemunkelt, dass das Ganze schlussendlich auf 200 Millionen Franken zu stehen kommen wird.

Worum geht es bei diesem Artikel 32? Konkret werden Psychotherapeuten mit minimaler Ausbildungsdauer oder Berufserfahrung zugelassen. Auch die Zulassung von selbständigen Psychotherapeuten wird in diesen Artikel gepackt. Ich möchte an dieser Stelle vor solchem Wahnsinn aufs äusserste warnen. Es sei folgendes Beispiel erwähnt: 1990 gelang es der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), mit dem Bundesamt für Sozialversicherung einen Vertrag über

die Vergütung von psychotherapeutischen Abklärungen und Behandlungen als medizinische Eingliederungsmassnahme abzuschliessen. 1991 wurde das bestehende Monopol von den nichtärztlichen Psychotherapeuten durchbrochen, und die FSP wurde dadurch von den Krankenkassen anerkannt; dies alles mit Schützenhilfe des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen. Dieses wiederum versandte an die ihm angeschlossenen Krankenkassen ein Verzeichnis von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die es für freiwillige Leistungen empfiehlt. Rund 350 Psychotherapeuten und -therapeutinnen sind auf dieser Liste aufgeführt, ausschliesslich Namen von FSP-Mitgliedern. Da stehen mir die Haare zu Berge! Wer ist nun diese FSP? Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen ist ein ideologisch extrem einseitig geprägter privater Verband. Viele Mitglieder sind Nichtakademiker. Die linksorientierten Strategen der FSP begnügen sich aber nicht damit, zum Marsch durch die Institutionen aufzurufen. Vielmehr wollen sie um jeden Preis an die Gelder der Krankenkassen herankommen. Ohne einzelne Namen zu nennen: Es hat Vorstandsmitglieder der FSP, die sich aktiv an der Revolutionären marxistischen Liga beteiligen. Der Marsch durch die Institutionen hat ganz linke Seilschaften in entscheidende Stellen des Gesundheitswesens gebracht. FSP-Funktionäre sind sehr nahe an den Entscheidungsträgern, die die Kriterien für nichtärztliche Psychotherapie erteilen oder verweigern. Äusserungen wie «Wir greifen in das politische Geschehen ein und versuchen, es nach unseren Grundsätzen zu steuern» zeigen uns, dass man die Verfilzung zwischen staatlicher Behörde und dem FSP-Kartell kaum deutlicher ausdrücken könnte. Ist es ethisch zu verantworten, die Krankenkassen zu verpflichten, Hunderte von Mitgliedern eines Psychologenverbandes zu finanzieren, der eine derart einseitige Ideologie vertritt, fragwürdige Psychotechniken empfiehlt, in seinen Forderungen so militant vorgeht und dringend notwendige Kostenübertragungen leichtfertig in den Wind schlägt? Ich würde klar meinen: nein!

Bei Artikel 32 müsste man die Absätze 2 und 3 konsequenterweise streichen. Trotzdem kann ich mich mit der Variante Bundesrat abfinden, da ich hier das gute Gefühl habe, dieser werde die ganze Angelegenheit sehr restriktiv handhaben. Ich bitte Sie, meinem Antrag, dem Entwurf des Bundesrates zu folgen, zuzustimmen.

Meier Samuel: Ich beantrage Ihnen, Artikel 32 Absatz 3 zu streichen. Gestatten Sie mir eine etwas andere Argumentation als diejenige meines Vorredners.

Zum Verständnis darf ich vorausschicken, dass zwischen ärztlicher Psychotherapie – sie wird von Ärzten, vorwiegend von Spezialärzten für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, durchgeführt – und nichtärztlicher Psychotherapie – diese wird vorwiegend von Psychologen durchgeführt – unterschieden werden muss. Diskussionspunkt in diesem Artikel ist die nichtärztliche Psychotherapie.

Ich begründe Ihnen meinen Antrag wie folgt:

1. Zum psychotherapeutischen Angebot heute: Praktisch überall in der Schweiz besteht heute ein gut ausgebautes Netzwerk an psychotherapeutischer Beratung. Dieses Netzwerk besteht aus den frei praktizierenden Psychiatern und aus den ambulanten kantonalen psychiatrischen Diensten – ortsweise die sozialpsychiatrischen Dienste bzw. die sozialpsychiatrischen Ambulatorien genannt –, die ebenfalls über Psychologen verfügen. Das Netzwerk wird nicht zuletzt durch diejenigen Psychologen und Psychotherapeuten ergänzt, die in der delegierten Psychotherapie tätig sind. Dieses psychotherapeutische Angebot genügt – ich spreche aus persönlicher Erfahrung – voll und ganz für die psychiatrische und psychotherapeutische Grundversorgung der Bevölkerung.

2. Zur Psychotherapeutenausbildung: Die Psychotherapeutenausbildung schlechthin gibt es nicht. Es gibt keine entsprechenden schweizerischen Vorschriften oder Fachprüfungen, wie sie beispielsweise die Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker usw. abzulegen haben, um später in der sozialen Krankenversicherung tätig sein zu können. Zahlreich sind die psychotherapeutischen Methoden, zahlreich sind die psychotherapeutischen Schulen, Auffassungen und Ideologien; und wer

soll da bestimmen, welche psychotherapeutische Ausbildung oder welche Schule die richtige ist?

3. Zur Leistungsausweitung: Wenn man bedenkt, dass sich eine ernsthafte, seriöse Psychotherapie über Monate und Jahre hinzieht, kann man sich vorstellen, dass die Kosten für solche Fälle gross sind. Aus diesem Grund ist auch zu erwarten, dass die vom Bundesamt bzw. vom Konkordat geschätzten Mittel von 110 Millionen Franken nicht ausreichen. Es handelt sich hier um eine Leistungsausweitung der Grundversicherung, die im Moment nicht möglich, auch nicht verkraftbar ist.

4. Zum Psychologenüberangebot: Psychologie war in den letzten Jahren ein «Modestudium», und es ist heute nicht ganz einfach, sich als frei praktizierender Psychologe eine sorgenfreie Existenz zu sichern. Dazu ist aber die soziale Krankenversicherung nicht da.

Zusammenfassend meine ich, dass die Psychotherapie der selbständigen Psychologen gemäss meinem Antrag aus der Krankenpflege-Grundversicherung auszunehmen ist. Ich meine überdies noch wie vor, dass die delegierte Psychotherapie, gemäss Absatz 2 dieses Artikels, ihre volle Berechtigung hat.

Ich beantrage Ihnen Zustimmung zu meinem Antrag.

Fischer-Seengen: Die Anträge Bischof und Meier Samuel lagen der freisinnig-demokratischen Fraktion nicht vor, als sie diese Frage behandelte. Ich kann deshalb nicht im Namen der freisinnig-demokratischen Fraktion sprechen, vermute aber, dass die beiden Anträge in unserer Fraktion Unterstützung gefunden hätten.

Die verschiedenen Leistungserbringer mit Anspruch auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung sind in Artikel 29 aufgelistet. Man erhält dort den Eindruck, diese Aufzählung sei abschliessend. Nun kommt aber in Artikel 32 eine weitere Kategorie dazu, nämlich jene der selbständigen Psychotherapeuten. Das ist meines Erachtens schon systematisch falsch. Wenn schon, dann hätten diese wohl auch in den Artikel 29 gehört.

Die Zulassung von selbständig tätigen Psychotherapeuten gemäss Artikel 32 Absatz 3, auch wenn sie nur auf ärztliche Anordnung hin tätig sind, bedeutet eine klare Leistungsausweitung. Damit wird ein neuer Berufszweig auf dem Markt zugelassen. Nach Schätzung der Verwaltung wäre mit 1000 neuen Leistungserbringern zu rechnen, die alle gelebt haben wollen, und mit 110 Millionen Franken Mehrkosten. Diese Zahlen – wie bereits von den beiden Vorrednern ange-tönt – könnten sich noch erheblich steigern.

Die Streichung von Artikel 32 Absatz 3 würde nicht etwa die Gefahr beinhalten, dass die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen nicht mehr gewährleistet wäre. Diese wäre genauso wie andere medizinische Hilfeleistungen gewährleistet. Wer psychotherapeutische Behandlung brauchen würde, erhielte diese im Rahmen der sozialen Krankenversicherung. Die Versorgung wäre also trotzdem gesichert. Es geht hier lediglich darum, die Einführung einer neuen Kategorie von Leistungserbringern und damit eine Ausweitung der Leistungen, die von der sozialen Krankenversicherung zu bezahlen sind, zu verhindern.

Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag Bischof, wenigstens aber dem Antrag Meier Samuel zuzustimmen und damit eine weitere Leistungsausweitung zu verhindern.

Frau Dormann: Das geltende Krankenversicherungsgesetz stammt aus dem Jahre 1911. Damals kannte die Medizin nur die rudimentäre Behandlung von körperlich Erkrankten, und die Behandlung der psychisch Erkrankten bestand nur im Fernhalten solcher Patienten von der Gesellschaft. Kurz, man schloss sie ein.

Heute hat unsere medizinische Wissenschaft einen beachtlichen Standard erreicht. Auch die Behandlung der psychisch Erkrankten basiert heute auf hohem Niveau. Unsere Gesellschaft ist zunehmend bereit, den psychisch erkrankten Menschen die gleich hohe Qualität an Betreuung und Behandlung zukommen zu lassen wie den körperlich Erkrankten. Deshalb soll Ende dieses Jahrhunderts die psychotherapeutische Be-

handlung in einem modernen Krankenversicherungsgesetz ihren Platz haben.

Ich kenne Patienten und Patientinnen, die wegen Depressionen und Schlaflosigkeit jahrelang mit teuren Medikamenten behandelt wurden, ohne Erfolg – ja, früher oder später fühlen sich solche Patienten wegen ihrem chronischen Leiden von den Ärzten gar nicht mehr ernst genommen. Dank einer Psychotherapie kann der Ursache solcher psychosomatischen Leiden von einzelnen Patienten und Patientinnen auf den Grund gegangen werden. Es sind nicht selten einschneidende Erlebnisse im Kindes- und Jugendalter, die später unverarbeitet in Form von körperlichen Störungen auftauchen. Ich denke an Schockerlebnisse, sexuellen Missbrauch oder auch an massive körperliche Beeinträchtigungen nach Unfällen, die einen Menschen psychisch leiden lassen. Nicht jeder Patient und jede Patientin bringen die Voraussetzungen zu einer Psychotherapie mit, und nicht jeder Arzt kann Psychotherapien durchführen. Dazu braucht es spezielle Ausbildungen, wenn die Psychotherapie zum Erfolg führen soll.

Deshalb hat die Kommission in Artikel 32 ganz klare Hürden eingeführt, indem der Bundesrat die Vorgaben zur Zulassung der Psychotherapeuten in der Verordnung festlegt.

Herr Bischof, Ihr Unbehagen haben wir in Artikel 32 berücksichtigt. In Tat und Wahrheit geschah auf diesem Sektor bis jetzt viel unseriöse Arbeit. Gemäss der heutigen Praxis und dem geltenden Krankenversicherungsgesetz hat jeder Arzt die Möglichkeit, selbst Psychotherapien zu machen und zu verrechnen, auch wenn er keine Ausbildung in Psychotherapie hat. Er kann beliebige Personen als Psychotherapeuten anstellen und sie mit der Durchführung von Psychotherapien beauftragen oder in seiner Praxis frei arbeiten lassen – auch wenn die Betroffenen weder eine Ausbildung als Arzt noch als Psychotherapeut mit sich bringen.

Herr Meier Samuel, seit dem 10. März 1993 gibt es eine Charta, in der die Ausbildung der Psychotherapeuten klar umschrieben ist. Im Fachbereich Psychotherapie ist die Ausbildung der Psychotherapeuten deutlich anspruchsvoller, verglichen mit den Anforderungen, welche von der FMH unter dem Titel «Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie» verlangt werden. Um Psychotherapeut zu werden, muss man zuerst die Matura machen. Mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium im Hauptfach Psychologie oder in einer gleichwertigen Fachrichtung hat man den Nachweis für die durchlaufene Grundausbildung zu erbringen. Anschliessend folgt eine fünfjährige Spezialausbildung in einer integralen, wissenschaftlich anerkannten Psychotherapiemethode, deren Wirksamkeit ein breites Anwendungsgebiet abdeckt. Dann braucht es noch eine einjährige praktische Tätigkeit in fachlich kontrolliertem Kontakt mit psychisch Kranken.

Im Gegensatz zum Psychologen, dessen Ausbildung sich auf die Matura und den Hochschulabschluss in Psychologie beschränkt und der somit nur gesunde Personen beraten kann, ist der Psychotherapeut aufgrund seiner zusätzlichen Spezialausbildung befugt, Krankheiten festzustellen und zu behandeln, bei denen nach anerkannter wissenschaftlicher Lehre Psychotherapie indiziert ist. Folglich üben Psychologen und Psychotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung, ihrer Tätigkeit und ihrer gesetzlichen Befugnis verschiedene Berufe aus, die keinesfalls gleichzusetzen sind. Das hat man in Artikel 32 ernst genommen, indem man der jetzigen unbefriedigenden Situation Rechnung trägt und die Hürden für die Psychotherapien höher legt; damit gibt man dem Beruf den Status, der ihm gehört.

Ich bitte Sie, die Anträge Meier Samuel und Bischof abzulehnen und der Kommission zu folgen.

Schmid Peter: Das herkömmliche Gesundheitswesen unterscheidet immer noch zwei Kategorien von Leistungserbringern, nämlich die Ärzte und das medizinische Hilfspersonal. Letzterem werden alle irgendwie an der medizinischen Behandlung der Patienten Beteiligten zugeordnet, von den Krankenschwestern über die Therapeuten bis hin zu den Spitalcoiffeuren. Sie alle haben nach gängigem Verständnis auf Anweisung des Arztes zu arbeiten oder bedürfen mindestens einer Genehmigung in Form eines Visums. Dies erfolgt oft unabhän-

gig davon, ob ein Arzt in Fragen der Psychotherapie auch zuständig ist. Er ist es bis jetzt aufgrund seiner Ausbildung auch nicht. Diese beruht noch sehr stark und fast ausschliesslich auf den Kenntnissen der Pathologie des menschlichen Organismus und seiner Vorgänge.

Nun laufen zwar im menschlichen Körper selbstverständlich auch physikalische und chemische Vorgänge ab, die im Krankheitsfalle mit physikalischen und medikamentösen Therapien angegangen werden. Das Verständnis der biologischen Funktionen ist aber längst nicht auf solche einfache Prozesse allein zurückzuführen. Da der Mensch darüber hinaus auch ein seelisches und geistiges Wesen ist und diese Tatsache sich auf den Organismus und die körperliche Befindlichkeit auswirkt, können medizinische Massnahmen allein nicht unbedingt zur Besserung von Zuständen führen. Sie werden oft zur blossen Symptombekämpfung und zeitigen langfristig trotz erheblichem Aufwand keine positive Wirkung. Die Zahl der psychosomatischen Erkrankungen ist überdies stark im Zunehmen begriffen, weshalb es notwendig ist, auch andere Wege der Behandlung zu erwägen.

Gewiss wäre es wünschbar, wenn die ärztliche Aus- und Fortbildung den seelischen Komponenten der Gesundheitspflege und Krankheitsvorsorge mehr Beachtung schenken würde, ja sie zu einem wesentlichen Bestandteil werden liesse. Da dies aber noch nicht der Fall ist, stehen alle jene Behandlungsmethoden, die auf technischen Einrichtungen basieren, automatisch im Vordergrund. Dies zeigt sich allein schon in der Tatsache, dass Laboruntersuchungen, Röntgen, aber auch operative Eingriffe von den Kassen sehr gut honoriert werden, einfache Arztgespräche mit den Patienten dagegen nicht. Daraus entsteht natürlich die Versuchung, relativ rasch und entschlossen solche gut bezahlten Leistungen auszuführen. Das liegt keineswegs nur an den Ärzten; auch Patienten sind oft mit dem Vorurteil behaftet, technisch aufwendige Eingriffe seien ohnehin besser als einfache Behandlungen.

Ich verspreche mir von der vorsichtigen Zulassung selbstständig tätiger Psychotherapeuten einen gewissen Meinungswandel im Verständnis dessen, was Gesundheit alles umfasst, und dass Gesundheit mehr ist als möglichst langes und reibungsloses Funktionieren des Organismus. Krankheit ist nicht nur ein körperlicher Defekt, sie ist ein körperlich-seelisches Geschehen. Seelische und geistige Probleme sind daher mit zu berücksichtigen.

Welche Bedingungen der Bundesrat letztlich für die Ausbildung solcher Psychotherapeuten aufstellt, die nichtärztliche Psychotherapeuten sind, und was er in Sachen Fortbildung vorsieht, ist noch ganz offen. Das soll selbstverständlich geregelt werden. Ich wehre mich jedoch dagegen, pauschal zu sagen, Psychotherapeuten seien a priori nicht gut ausgebildet.

Ich empfehle Ihnen, Artikel 32 in der Fassung der Kommission zu übernehmen und die Streichungsanträge Bischof und Meier Samuel abzulehnen.

Bortoluzzi: Die Kommission hat in diesem Artikel 32 unter dem Titel «Andere Leistungserbringer» den Einbezug von selbstständig tätigen Psychotherapeuten vorgesehen. Ich habe Verständnis, dass man diesem Artikel 32, insbesondere dessen Absatz 3, skeptisch gegenübersteht.

Eine Kostenausdehnung ist wohl kaum zu verhindern. Wie hoch sie sein wird, ist sicher offen. Aber es wäre falsch, sich diesem Berufszweig nun zu verschliessen, indem man den Streichungsanträgen zustimmt. Es gibt diese Gruppe von Leistungserbringern; sie dokumentieren einerseits eine gewisse Spezialisierung im Gesundheitswesen, tragen aber andererseits auch der wachsenden Zahl von psychischen Problemen in unserer Bevölkerung Rechnung. Es wäre nicht richtig, einfach so zu tun, als wäre in diesem Bereich alles zum besten bestellt. Daran ändern auch die Ausführungen von Herrn Kollege Dr. Meier nichts, der – als Chefarzt in diesem Bereich tätig – offensichtlich seine Interessen vertritt.

Ich glaube, es ist richtig, dem Bundesrat die Kompetenz zu erteilen, diese Kategorie von Leistungserbringern in Zusammenarbeit mit den Verbänden und den Kantonen in die Gesetzgebung einzubinden. Damit kann eine Zulassungsnorm aufge-

stellt werden, die den hohen Anforderungen in diesem Bereich gerecht wird.

Ich bitte Sie, den Anträgen der Kommission zuzustimmen.

Frau **Hafner** Ursula: Psychisch Kranke brauchen genauso eine Behandlung wie körperlich Kranke. Nach unseren ursprünglichen Vorstellungen hätten sie die Möglichkeit bekommen sollen, direkt zum Spezialisten zu gehen, ohne Umweg über einen Arzt. Auch die vorausgehenden ärztlichen Abklärungen sind nicht kostenlos. Die Aerzte tendieren ausserdem im heutigen Konkurrenzkampf dazu, möglichst viele Patienten zu behalten. Davon zeugt auch der Antrag von Dr. Samuel Meier. Aerzte, die nicht selber Psychotherapien durchführen, könnten in Versuchung kommen, zu viele psychisch Kranke mit Medikamenten, mit Psychopharmaka, zu behandeln. Allein im Jahr 1990 wurden 218 Millionen Franken für Psychopharmaka ausgegeben. Psychotherapeuten sind bei Verdacht einer organischen Ursache oder Wirkung einer Krankheit verpflichtet, einen Arzt beizuziehen. Umgekehrt sind aber die Aerzte nicht verpflichtet, bei psychopathologischem Verdacht eine Fachperson beizuziehen. Die Krankenkasse KFW hat gute Erfahrungen mit der Abgeltung der Psychotherapie gemacht. Die Patienten übernehmen dort einen Teil der Kosten und erbringen somit einen Tatbeweis, dass nicht unnötig Behandlungsstunden konsumiert werden.

Die Kommission schlägt Ihnen nun eine Kompromisslösung vor. Eine Psychotherapie muss vom Arzt verschrieben werden. Nach den Vorstellungen der Kommission werden die Aerzte dabei so zurückhaltend sein, dass die Kosten unter Kontrolle gehalten werden.

Die sozialdemokratische Fraktion kann diesem Kompromiss zustimmen.

Frau **Grendelmeier**: Das Drama in Artikel 32 ist der Mangel an klaren Definitionskriterien des Wortes «Psychotherapie». Frau Dormann hat es auf den Punkt gebracht, indem sie daran erinnert hat, dass es seit kurzer Zeit eine Charta gibt, die diesen Definitionsmangel beheben will.

Ein Psychotherapeut, der von der psychologischen Studienrichtung herkommt, ist heute für sein Fach eigentlich besser ausgebildet als ein Psychiater, der Medizin studiert, sein Staatsexamen gemacht hat und strenggenommen noch nicht einmal die Namen «Freud» oder «Jung» kennen muss, um sich Psychotherapeut zu nennen. Ein Psychiater darf aufgrund des medizinischen Staatsexamens schlicht alles tun. Wenn er zusätzlich den FMH-Abschluss oder die Zusatzausbildung in Psychiatrie macht, ist er noch immer nicht für die klassische Psychotherapie, sondern für die klinische Psychiatrie ausgebildet, d. h., seine Patienten sind solche, die sich ausserhalb der Klinik nicht mehr halten können. Diese Fälle unterscheiden sich derart von den Fällen der ambulanten Psychiatrie, und auch ihr Schweregrad ist dermassen verschieden: Ein Psychiater sollte in der ambulanten Therapie also genau jene Patienten behandeln, die er noch nie gesehen hat. So gesehen ist auch schon heute ein gut – ich betone: gut – ausgebildeter Psychologe mit Zusatzausbildung in Psychotherapie geeigneter als ein Psychiater, der nicht auch die psychotherapeutische Zusatzausbildung gemacht hat.

Da nun aber die Charta diesen Mangel behebt und klar umreisst, was Psychotherapie ist und welche Ausbildungsanforderungen gestellt werden, bitte ich Sie, nicht die Anträge Bischof und Meier Samuel, sondern den Antrag der Kommission zu unterstützen. Ich spreche damit im Namen der LdU/EVP-Fraktion.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Die Kommission hat angesichts des Fragenkomplexes «Psychotherapie» ein doppeltes Unbehagen festgestellt und auch selbst empfunden. Denn wir haben erstens einen absoluten Mangel an Ausbildungskonzepten und eine fehlende eidgenössische Zulassung, was die freischaffenden Psychotherapeuten anbelangt; zweitens einen unbefriedigenden Zustand in der delegierten Psychotherapie, d. h. bei den von Aerzten angestellten Psychotherapeuten, weil eben auch dort weder Ausbildungsvoraussetzungen noch Qualifikationsvoraussetzungen bestehen.

Die Notwendigkeit der Tätigkeit von Psychotherapeuten in unserer heutigen Gesellschaft ist nicht bestritten. Die Frage stellt sich: Wie kann man diese Berufsgattung ordnen, und in welchem Ausmass soll sie zu Lasten der sozialen Krankenversicherung tätig sein können? Heute sind sie nicht zugelassen, ausgenommen in der Form der «delegierten Psychotherapie», der durch Aerzte angestellten Psychotherapeuten, deren Ausbildung – wie gesagt – nicht geregelt ist.

Immerhin bleibt eines festzuhalten: Auch wenn Sie alles streichen, was die Kommission bezüglich Psychotherapie zu Artikel 32 beantragt, bleibt die Möglichkeit, dass der Bundesrat, gestützt auf Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe e, mittels Verordnung Psychotherapeuten als Leistungserbringer zulassen kann. Diese Kompetenz hat er schon heute, er hat sie auch weiterhin.

An sich wäre dieser Schritt längst fällig. Es ist nicht ganz einzu- sehen, warum ausgerechnet die Psychotherapeuten überhaupt nicht als Leistungserbringer zugelassen sind.

Es gilt festzuhalten, dass in der Kommission auch Anträge vorlagen, die weit über das nun vorliegende Ergebnis hinausgehen wollten, nämlich die Psychotherapeuten im gleichen Sinne wie Aerzte und Chiropraktoren zuzulassen. Dies hat die Kommission abgelehnt.

Die Kommission hat aber in einer ersten Lesung grundsätzlich – und zwar mit 14 zu 10 Stimmen – zugestimmt, dass eine Zulassungsverordnung für die freischaffenden Psychotherapeuten geschaffen werden muss.

Sie hat auch zugestimmt – dies ganz deutlich –, dass für die von Aerzten angestellten Psychotherapeuten eine Ausbildungsregelung geschaffen werden muss. Das haben wir mit 22 zu 0 Stimmen beschlossen. Ueber die verschiedenen Schulen und die neue Charta haben Sie Ausführungen gehört, ich kann Ihnen diese ersparen. Unbestritten war in der Kommission: Diese Ausbildung muss geregelt werden. Der Bundesrat muss dafür einen konkreten Auftrag bekommen. Aufgrund von Artikel 29 Absatz 2 sollen dann mittels Verordnung eben auch die Psychotherapeuten zugelassen werden können.

Dem Artikel, wie er Ihnen vorliegt, hat die Kommission mit 13 zu 0 Stimmen bei 6 Enthaltungen zugestimmt. Ich bitte Sie ebenfalls um Zustimmung.

M. Philipona, rapporteur: Pour répondre aux auteurs des propositions individuelles ainsi qu'à quelques intervenants, je tiens à préciser tout d'abord que la solution de la commission n'est pas un élargissement à de nouveaux prestataires de soins; nous voulons simplement régler plus en détail la manière de le faire.

Selon la proposition de la commission, c'est le Conseil fédéral qui doit régler par ordonnance les conditions d'autorisation des fournisseurs de prestations. Il le fait selon l'article 29 alinéa 2, et là vous voyez que les psychothérapeutes ne peuvent pas être des prestataires directs de soins.

L'ordonnance règle ainsi la définition de l'étendue des prestations qui peuvent être prises en charge par l'assurance-maladie. La solution de la commission a pour effet que l'admission des psychothérapeutes et psychothérapeutes indépendants doit être réglée en particulier. Mais, soit dans le cas de l'alinéa 2 soit dans le cas du de l'alinéa 3 qui traite des psychothérapeutes indépendants, il est important de préciser que ce n'est que sur prescription d'un médecin que la prestation sera remboursée par l'assurance-maladie. Il est donc faux de dire que la solution de la commission étend l'assurance-maladie à de nouveaux prestataires.

Je vous invite donc à suivre la commission qui a pris sa décision par 13 voix sans opposition et avec 6 abstentions.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: N'oubliez pas, dans cette discussion, que cet article ne peut être considéré qu'en liaison avec les articles 19 et 29. Les professions paramédicales autorisées à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ne sont pas énumérées dans la loi; elles le seront dans l'ordonnance qui réglera aussi leurs conditions d'admission. C'est ce que vous propose le Conseil fédéral, qui se limite à dire que des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale

peuvent le faire à la charge de l'assurance-maladie. Ces prestations ne seront prises en charge que lorsqu'elles auront été fournies sur prescription ou sur mandat d'un médecin. Ce principe s'appliquera bien sûr aussi aux psychothérapeutes lorsqu'ils pratiqueront à la charge de l'assurance-maladie.

Il n'y a donc pas de différence fondamentale entre le projet du Conseil fédéral et la proposition de la commission, et l'on ne peut pas dire a priori qu'il s'agisse d'un traitement, dans un cas comme dans l'autre, plus ou moins favorable aux psychothérapeutes.

L'amendement proposé par la commission a cependant pour conséquence d'obliger explicitement le Conseil fédéral à régler le statut, donc à se prononcer également sur la formation des psychothérapeutes qui pratiquent à titre indépendant, mais sur ordre médical, et des psychothérapeutes employés par des médecins. C'est donc ce mandat explicite de préciser quelle doit être la formation pour pouvoir pratiquer à la charge de l'assurance-maladie que la commission vous propose d'introduire dans la loi. Le Conseil fédéral pense que cela n'est pas nécessaire et qu'il lui appartient, à lui, de suivre aussi l'évolution des définitions de cette profession pour savoir à quel moment il aura effectivement à reconnaître ou non certaines voies de formation. Il considère donc que l'obligation explicite de prendre position ne s'impose pas actuellement.

Dans ce sens, nous vous recommandons d'en revenir au projet du Conseil fédéral, mais étant donné que la différence fondamentale se limite uniquement à la question d'un mandat explicite ou non, nous pourrions également vivre avec la proposition de la commission.

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	76 Stimmen
Für den Antrag Meier Samuel	41 Stimmen

Abs. 1–4 – Al. 1–4

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	80 Stimmen
Für den Antrag Bischof	49 Stimmen

Art. 33

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Die Voraussetzungen von Absatz 1 Buchstaben a bis c gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen.

Abs. 3 (neu)

Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten dienen (Pflegeheim).

Art. 33

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

Les conditions fixées à l'alinéa premier lettres a à c s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui servent à prodiguer des soins semi-hospitaliers

Al. 3 (nouveau)

Les conditions fixées à l'alinéa premier s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Angenommen – Adopté

Art. 34

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... ärztlicher Leitung, erforderlichem Fachpersonal, Heilwendungen und Heilquellen

Minderheit

(Borer Roland, Allenspach, Daepp, Eymann Christoph, Gysin, Rychen)

Streichen

Art. 34

Proposition de la commission

Majorité

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... direction médicale, la dotation en personnel soignant qualifié, les traitements

Minorité

(Borer Roland, Allenspach, Daepp, Eymann Christoph, Gysin, Rychen)

Biffer

Borer Roland, Sprecher der Minderheit: Bis anhin haben wir gemeint, es ginge bei der Revision der Krankenversicherung darum, das Gesundheitswesen zu sanieren. Man muss aber gerade bei Artikel 34 feststellen, dass es anscheinend auch darum geht, auf Kosten der Prämienzahler das kränkelnde Tourismusgewerbe zu heilen.

Das Angebot der Heilbäder gehört nach Ansicht einer Kommissionsminderheit nicht in diese Vorlage hinein. Es ist ein typisches Beispiel für das, was man unter «Zusatzversicherung» anbieten soll. So würde dann der Markt im Bereich Zusatzversicherung spielen. Die eine Versicherung wird dieses Angebot günstiger anbieten als die andere, und das wird dann wenigstens ein wenig Konkurrenz im Angebot bringen.

Zudem ist festzuhalten, dass gerade die Wirkung von Heilbädern auch unter Medizinern umstritten ist. Selbstverständlich gibt es solche, die sagen, Therapien im Heilbad seien absolut notwendig, sinnvoll und zweckmässig. Es gibt aber ebenso viele andere, die am Erfolg einer Heilbadkur zweifeln. Unter den Patienten – sprich Konsumenten – hat sich aus diesem Grund denn auch eine gewisse «Es tut mir selbstverständlich gut»-Mentalität entwickelt. Zudem gibt es solche, die sagen: «Wenn alles andere nichts nützt, versuche ich es eben noch mit dem Besuch eines Heilbades.» Wir sind aber der Meinung, dass dieses Angebot unter diesen Voraussetzungen nicht in die soziale Grundversicherung hineingehört.

Man hat auch auf seiten der Kommissionsmehrheit eine gewisse Unsicherheit gemerkt, indem zur ursprünglichen Formulierung noch «erforderliches Fachpersonal» hinzugefügt wurde.

Aus all diesen Gründen ist es sinnvoll, Artikel 34 zu streichen.

M. Philipona, rapporteur: La proposition de minorité Borer Roland qui tend à supprimer les traitements en cure balnéaire représente un retour en arrière par rapport à la situation actuelle où ces cures sont reconnues. Cette proposition a quelque chose d'incongru puisque, à l'article 19 alinéa 2 lettre c, nous avons admis une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin. Il s'agit donc ici simplement de préciser dans quelles conditions on applique l'article 19 alinéa 2 lettre c.

Dans la loi actuellement en vigueur, il est bien clair qu'il ne s'agit que d'une participation, et pas du tout de prendre en compte la totalité de ces frais de cures balnéaires. Je crois que l'utilité en est tout à fait reconnue. D'ailleurs, en commission, en première lecture, c'est par 15 voix sans opposition et aucune abstention que cet article a été adopté, et, en deuxième lecture, la proposition de biffer a été refusée par 15 voix contre 2 et avec 1 abstention.

Je vous propose donc de suivre les propositions de la majorité de la commission.

Präsident: Die grüne Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit	Minderheit

Art. 35

Antrag der Kommission

Abs. 1, 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

....
b. Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons gemäss Artikel 33 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.

Abs. 3

.... für Kantonseinwohner. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 71 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 35

Proposition de la commission

Al. 1, 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

....
b. ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'article 33 alinéa premier lettre e.

Al. 3

.... aux résidents du canton. En pareil cas, l'article 71 est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton où réside l'assuré. Le Conseil fédéral règle les détails.

Angenommen – Adopté

Art. 36

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... schuldet (System des Tiers payant). Für die stationär erbrachten Leistungen gilt ausschliesslich das System des Tiers payant.

Abs. 3

.... überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält der Versicherte eine Kopie der Rechnung, die an den Schuldner gegangen ist. Der Bundesrat regelt das Nähere.

Abs. 4–6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Zisyadis

Abs. 1, 2

Der Versicherer schuldet dem Leistungserbringer die Vergütung (System des Tiers payant).

Antrag Leuba

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 36

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... (système du tiers payant). Le système du tiers payant est obligatoire pour les prestations hospitalières.

Al. 3

.... de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée au débiteur. Le Conseil fédéral règle les détails.

Al. 4–6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Zisyadis

Al. 1, 2

L'assureur est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de la prestation (système du tiers payant).

Proposition Leuba

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 1, 2 – Al. 1, 2

M. Zisyadis: Le projet de la commission, à mon avis, est incohérent. Vous êtes amateurs, semble-t-il, d'une hydre à deux têtes: ou vous êtes sûrs de votre fait et vous proposez le système du tiers garant pour les soins ambulatoires et pour les soins hospitaliers avec la soi-disant idée de responsabiliser les assurés et de les rendre conscients des frais qu'ils occasionnent – c'est la proposition Leuba, qui a au moins le mérite de la cohérence, même si, à mon avis, elle est inconsciente –, ou alors vous admettez que le système du tiers payant doit devenir la règle, et cela je m'en explique pour trois raisons.

Premier point: l'alinéa 3 de la version du Conseil fédéral, modifié par la commission, donne toutes les garanties sur la responsabilisation des assurés, puisqu'ils vont recevoir de toute façon une facture détaillée et compréhensible, donc sujette à contestation.

Deuxième point: le système du tiers garant est bureaucratique. Ce qui m'inquiète, ce n'est pas tant le travail administratif supplémentaire que cela occasionne aux médecins, notamment au niveau du contentieux, ce qui, en définitive, n'est que justice puisqu'ils veulent la liberté d'exercice. Il y a le problème de la simplification que l'on est prêt à admettre pour les prestations hospitalières. En effet, quoi de plus simple et de plus logique que de recevoir directement de sa caisse sa participation effective, ceci d'autant plus que dans la complexité des rémunérations des médecins, il est dans l'intérêt des caisses-maladie d'effectuer de véritables contrôles que l'assuré n'a souvent pas les moyens, sans aide, d'effectuer. Est-ce à l'assuré seul de détecter la petite délinquance des médecins, tellement ordinaire, par exemple sur le dépassement du quart d'heure?

Troisième point enfin, qui milite en faveur du tiers payant: nous vivons en période de crise avec des situations douloureuses de chômage, de quart-mondisation d'une partie de la population, de sans domicile fixe, de pauvreté et de montée de l'illettrisme. Le système du tiers garant est un système typique d'une situation de haute conjoncture, un système totalement déconnecté des situations difficiles, par exemple celles des personnes âgées, pour ne citer qu'eux. Mais je pourrais citer aussi d'autres domaines, celui de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.

Inévitablement, si vous maintenez le système du tiers garant, j'en connais certains ici qui seront obligés d'ouvrir les yeux à l'avenir et qui vont proposer dans leur grande imagination un système ségrégatif pour les soi-disant «marginiaux» et un autre pour les soi-disant «normaux».

Il faut d'emblée repousser ces solutions de système à deux vitesses et régler le problème à la source. Cette masse d'argent qui circule dans le système rapiécé, troué de sécurité sociale que nous connaissons dans ce pays est un risque qui peut déclencher un processus supplémentaire, cumulatif d'inégalités pour de nombreuses familles. Vous savez – ou vous ne le savez pas – que de nombreuses familles défavorisées utilisent déjà maintenant les sommes de remboursement d'assurance-maladie pour manger, payer par-ci par-là des bricoles, faire des «jointures» comme on dit, voire payer leurs cotisations d'assurance-maladie vu la situation de crise, tout ceci pour tenir le coup avant de recevoir, qui une aide sociale, qui son allocation de chômage en retard. Certains entrent dans ce cycle d'endettement et ne peuvent en ressortir. Si vous ne changez pas de système, c'est de l'inconscience absolue.

Je vous demande donc de ne pas laisser se développer des situations difficilement gérables, qui risquent d'augmenter à

l'avenir, et je vous invite à soutenir cet amendement indispensable.

M. Leuba: Contrairement à d'autres orateurs, je tiens à préciser ici que je ne défends aucun intérêt catégoriel, si ce n'est celui d'être assuré par une caisse-maladie.

J'aimerais vous dire que l'article 36 alinéa 2 dans la version du Conseil fédéral et du Conseil des Etats dit très exactement ceci: «Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent décider par convention que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).»

Je crois que personne ne conteste la qualité du système du tiers payant, que M. Zisyadis a soulignée tout à l'heure, et ce n'est pas à cette qualité-là que je m'en prends. Mais, malheureusement, pour des raisons peut-être compréhensibles, la commission a introduit le système obligatoire du tiers payant et non plus le système du tiers payant par convention. Les caisses regrettent fortement cet amendement et je crois qu'elles ont raison. Elles le regrettent, car si on peut comprendre le souci de dire: il y a des risques avec le système conventionnel ou en l'absence de convention que l'assuré utilise à d'autres fins les sommes qu'il reçoit de l'assurance pour payer ses prestations médicales, hospitalières en l'occurrence; en réalité, l'obligation enlève aux caisses toute possibilité de négociation des conventions sur ce point important. On pourrait sans doute dire que cela a pour effet de mettre l'assuré sous tutelle, mais si c'était le seul argument nous renoncerions à notre amendement.

En réalité, il y a plusieurs arguments importants pour la solution du Conseil fédéral:

Premièrement, c'est de savoir qui supporte finalement le risque dans cette aventure. Est-ce qu'il est normal que ce soient les prestataires de soins, ou est-ce qu'il est normal que ce soit l'assurance? A notre avis, c'est tout à fait clair que ce sont les prestataires de soins qui doivent supporter le risque économique, si risque économique il y a. Par conséquent, il n'est pas normal de transférer ce risque sur l'assurance. Les prestataires de soins comme n'importe quelle personne qui exerce une activité économique prennent un risque économique qu'ils doivent supporter.

Deuxièmement, il est clair que les assurances ont un avantage considérable à pouvoir négocier avec les établissements hospitaliers, parce qu'elles peuvent ainsi exercer une certaine pression. Le recouvrement, le contentieux, ça coûte dans notre économie! Par conséquent, si les assurances font, elles, le travail à la place des hôpitaux, elles peuvent exercer et faire baisser les coûts des prestations en représentant l'avantage pour les hôpitaux d'avoir des conventions.

Enfin, troisième argument, qui n'est pas sans importance, dans l'hypothèse où aucune convention ne vient à chef, on se trouvera dans la situation où les hôpitaux n'ont aucun intérêt à conclure une convention puisque de toute façon la loi fixera le paiement automatique par les assurances. Et les caisses-maladie perdent, de cette manière, un argument de poids à l'égard des hôpitaux, on leur enlève l'avantage qu'elles peuvent représenter pour les hôpitaux de conclure cet accord. Je crois que dans notre système, tel qu'il est prévu, de sécurité sociale, il faut que les conventions puissent être discutées librement entre les caisses-maladie, les hôpitaux, le cas échéant les patients, mais ne pas imposer dans la loi un système qui, finalement, met les hôpitaux à l'abri de tous les risques pour les faire supporter par les caisses-maladie, ce qui, en fin de compte, reviendra à faire supporter ces risques par les assurés, c'est-à-dire par les cotisants.

Ce n'est pas un bon système, je crois qu'il faut en revenir au système juste du projet du Conseil fédéral.

M^{me} Brunner Christiane: Je suis à l'origine de la proposition du système du tiers payant obligatoire pour les prestations hospitalières, proposition qui a été acceptée par la commission.

Il s'agit ici, en effet, de défendre les assurés, un peu malgré eux, pour qu'ils ne soient pas tentés de dépenser à d'autres fins les indemnités importantes qu'ils reçoivent de l'assurance en cas de traitement hospitalier.

Je suis toutefois sensible aux arguments développés par M. Leuba. Il est vrai que jusqu'à présent le système du tiers payant était prévu et négocié par les caisses d'assurance-maladie, dans le cadre des conventions passées avec les établissements hospitaliers. En prévoyant cette obligation directement dans la loi, nous leur enlevons un instrument de négociation important, notamment avec les établissements hospitaliers publics. La proposition de la commission ne servirait donc en rien l'ensemble des intérêts des assurés qui verraient les coûts hospitaliers éventuellement augmenter. J'ai voulu éviter certains abus, mais je crois que ma proposition desservait les intérêts de la majorité.

Mes réflexions, postérieures à ma proposition en commission, m'amènent ainsi à vous engager à suivre la proposition Leuba et à en rester à la version du Conseil fédéral et du Conseil des Etats.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Auch wenn Frau Brunner Christiane mit ihrem Votum dem Kommissionsantrag gewissermassen den Boden entzogen hat, muss ich zwei, drei Worte zu dieser Sache sagen.

Der Bundesrat will ja nichts ändern: Wenn man nichts anderes beschliesst, dann gilt das System des Tiers garant. Das beinhaltet auch ein Stück Selbstverantwortung des Patienten; aber der Tiers payant darf vereinbart werden. Festzuhalten ist, dass dieser Zustand bis heute eigentlich zu keinen Beanstandungen geführt hat.

Das Resultat ist, was die Spitalrechnungen betrifft, im Grunde identisch, weil in den Verhandlungen mit Spitälern praktisch immer vereinbart wird, dass die Kasse Tiers garant ist. Der Unterschied besteht nur darin, dass das Aushandeln des Vertrages die Frage mitbeinhaltet: Ist die Kasse Tiers garant oder Tiers payant? Wenn wir das System des Tiers garant ins Gesetz schreiben, dann nehmen wir den Kassen dieses Verhandlungsargument weg.

Unter dem Eindruck, dass der Patient mehr geschützt werden müsse, haben wir in der Kommission sehr deutlich – das ist der Grund, warum ich hier das Wort ergriffen habe –, mit 16 zu 1 Stimmen, beschlossen, das System des Tiers payant für die Spitalrechnungen ins Gesetz aufzunehmen. Die Argumente, wie sie Herr Leuba vorgebracht hat, kamen erst im nachhinein zum Ausdruck, so dass der Gesinnungswandel von Frau Brunner Christiane auch damit zu erklären ist.

Ich überlasse es Ihnen, hier zu entscheiden, bitte Sie aber dringend, den Antrag Zisyadis auf jeden Fall abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Eventuell – A titre préliminaire

Für den Antrag der Kommission

60 Stimmen

Für den Antrag Leuba

60 Stimmen

Mit Stichentscheid des Präsidenten

wird der Antrag Leuba angenommen

Avec la voix prépondérante du président

la proposition Leuba est adoptée

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag Leuba

offensichtliche Mehrheit

Für den Antrag Zisyadis

Minderheit

Abs. 3–6 – Al. 3–6

Angenommen – Adopté

Art. 37

Antrag der Kommission

Abs. 1–3, 4bis, 5, 6

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Mehrheit

.... (Tarifvertrag) unter Anhörung der Patientenorganisationen vereinbart

Minderheit

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepp, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 37*Proposition de la commission*

Al. 1–3, 4bis, 5, 6

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 4**Majorité*

.... (convention tarifaire) après avoir entendu les organisations de patients ou par l'autorité

Minorité

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepp, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 1–3, 4bis, 5, 6 – Al. 1–3, 4bis, 5, 6

Angenommen – Adopté

Abs. 4 – Al. 4

Rychen, Sprecher der Minderheit: Bei diesem Absatz geht es darum, festzulegen, ob dritte Organisationen bei Vertragsverhandlungen überhaupt ein Mitspracherecht haben sollen oder nicht. Die Mehrheit der Kommission hat befunden, dass bei Vertragsverhandlungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern zusätzlich die Patientenorganisationen anzuhören seien. Das heisst im Klartext: Während den Verhandlungen müssen Dritte um ihre Meinung zu den Verhandlungen und zu den Absichten in den Verhandlungen angehört und befragt werden.

Ich bin ganz entschieden der Meinung, dass dies zu weit geht! Es wird die Verhandlungen erschweren, und vor allem tragen jene Organisationen, die angehört werden sollen und ihren Einfluss geltend machen können, am Schluss keine Verantwortung für diese Verträge; sie können es nicht. Im weiteren haben Sie in diesem Gesetz vorgesehen, dass es viel mehr Vertragsfreiheit gibt. Es ist möglich, dass es in Zukunft sehr viele verschiedene Verträge gibt, sogar zwischen einzelnen Aertzgruppen, einzelnen Spitälern und einzelnen Krankenkassen, also nicht nur Verbandsverträge. Bei diesen vielfältigen Verhandlungen überall noch Dritte beiziehen zu müssen erschwert die Sache ungemein.

Im übrigen frage ich Sie, ob die Gewerkschaften und Arbeitgeber bei ihren Verhandlungen über die Gesamtarbeitsverträge und Landesmantelverträge wohl auch bereit wären, bei den Verhandlungen noch Dritte beizuziehen. – Wohl kaum, ich kann mir das nicht vorstellen.

Ich empfehle Ihnen, die Formulierung der Mehrheit der Kommission abzulehnen, und verweise auf Artikel 39 Absatz 3, wo die Minderheit einen Kompromissantrag präsentiert. Artikel 39 Absatz 3 steht im Zusammenhang mit Artikel 37. Die Minderheit schlägt dort vor, dass diese Organisationen – aber nicht nur Patientenorganisationen, sondern auch andere, die an diesem Geschehen interessiert sind – dann eingeschaltet werden, wenn die Verhandlungen abgeschlossen sind und die Verträge durch die kantonale Regierung noch genehmigt werden müssen. Die kantonale Regierung soll dann verpflichtet sein, interessierte Kreise noch anzuhören.

Ich bitte Sie, im Interesse einer effizienten Vertragsverhandlung und einer klaren Regelung der Verantwortlichkeiten den Antrag der Mehrheit abzulehnen.

Allenspach: Ich möchte mich dagegen verwahren, dass in dieser Debatte Minderheitsanträge, die von 7 Kommissionsmitgliedern – und damit von einer respektablen Kommissionsminderheit – unterzeichnet worden sind, im Plenum nicht mehr zur Diskussion gestellt werden dürfen. Damit sind die Rechte des Parlamentariers über Gebühr eingeschränkt – hier insbesondere in einer Frage, die von grundsätzlicher Bedeutung ist.

Es ist eine grundsätzliche Frage, ob «Fremde» – die Patientenorganisationen – in Verhandlungen zwischen zwei Partnern eingeschaltet werden sollen, ja, ob sogar bei Einzelverträgen zwischen einer Kasse und einem einzigen Arzt – die aufgrund der Gesetzgebung möglich sind – die Patientenorganisationen ebenfalls eingeschaltet werden sollen. Von grundsätzlicher Bedeutung ist es auch, ob auf diesem Wege die Tarifverhandlungen verlängert werden und Tarife allenfalls ein oder zwei Jahre lang nicht in Kraft gesetzt werden können, weil die Anhörung erfolgen muss und weil allenfalls eine zweite Verhandlungsrunde einzuschalten ist. Sie wissen ja, wie mühsam Verhandlungen zwischen Aerzten und Krankenkassen sind.

Wir sollten die Möglichkeit haben, zu diskutieren, wenn Dinge ins Gesetz aufgenommen werden sollen, die praktisch nicht durchführbar sind und die wesentlich neue Elemente in ein Vertragsverhältnis hineinbringen!

Hafner Rudolf: Wenn Herr Allenspach schon das Recht beansprucht hat, zu dieser Frage zu sprechen, dann darf es auch derjenige, der seinerzeit den Antrag auf Anhörung der Patientenorganisationen gestellt hat; diesen Antrag hat die Kommissionmehrheit jetzt übernommen.

Man muss klarstellen, dass Kollega Rychen in eigener Sache gesprochen hat. Er ist Präsident des Verbandes Bernischer Krankenkassen. Meinerseits ist es so, dass ich für Patientenorganisationen und auch für gewisse Kreise von Aerzten sprechen kann. Diese Patientenorganisationen sind klar der Auffassung, dass ein solches Anhörungsrecht notwendig ist. Wenn Herr Rychen sagte, diese Organisationen würden keine Verantwortung tragen, muss man immerhin festhalten, dass schlussendlich die Kassenmitglieder, die Patienten, bezahlen. Wenn dies keine Verantwortung ist, weiss ich nicht mehr, was man Verantwortung nennen soll!

Herr Allenspach hat gesagt, dass es unter Umständen noch eine zweite Verhandlungsrunde brauche. Man sollte aber nicht übertreiben. Es ist doch so, dass das Anhörungsrecht ein relativ schwaches Recht ist, in dem Sinne, dass die betreffenden Kreise lediglich angehört werden. Die Anhörung kann in Form eines kurzen Briefes erfolgen. Das ist absolut möglich. Ich bitte Sie daher, nicht auf diese Uebertreibungen einzugehen, sondern der Kommissionmehrheit zuzustimmen.

Sieber: Die Verhandlungen über Tarifverträge scheinen fast so heikel und diffizil zu sein wie unsere Beratung des vorliegenden Gesetzes. Kein Wunder, dass sich die Vertragspartner gegen die Mitsprache von Aussenstehenden wehren!

Nun gibt es aber in der Zwischenzeit Patientenorganisationen, die sich ein beachtliches Fachwissen angeeignet haben. Sie führen ratsuchende Menschen durch den Gesetzes- und Verordnungsdschungel des Gesundheitswesens. Dank ihren zahlreichen Informationen von der Patientenfront sind sie so etwas wie Seismographen. Dank Tausenden von Beratungen können sie die Probleme der Krankenversicherung bzw. die Schwachstellen des Vollzugs orten. Ihre Meinung anzuhören ist daher gerade bei Tarifverträgen von beachtlichem präventivem Nutzen. Mit ihren Statistiken können sie dokumentieren, welche Verbesserungen wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig wären. Die Patientenorganisationen leisten damit ihren eigenständigen Beitrag an das gute Funktionieren der sozialen Krankenversicherung.

Namens der LdU/EVP-Fraktion bitte ich Sie, den Mehrheitsantrag zu befürworten.

Präsident: Die SD/Lega-Fraktion lässt mitteilen, dass sie dem Antrag der Minderheit zustimmt.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Die Meinungsverschiedenheit, um die es hier geht, betrifft eigentlich nicht so sehr die Frage, ob man die Patientenorganisationen überhaupt irgendwo im Gesetz aufnehmen will, sondern vielmehr die Frage, wo man sie aufnehmen will. Soll das vor der Genehmigung eines Vertrages sein (Art. 39 Abs. 3), wie das die Minderheit Rychen allenfalls möchte, oder aber vor dem Abschluss des Vertrages (Art. 37 Abs. 4), wie das die Kommissionmehrheit beantragt?

Dass, wie Herr Hafner Rudolf argumentiert, bei diesen Verträgen die Patienten die Betroffenen sind, ist unbestritten. Die Mehrheit der Kommission (10 zu 8 Stimmen) hat hier auch den Argumenten, die im Bericht der Kartellkommission zum Ausdruck kommen, zugestimmt; die Stellung dieser Organisationen soll also, wie gesagt, gestärkt werden. Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: Les propositions, tant de la majorité, d'ailleurs, que de la minorité, indiquent une voie juste et posent un problème réel qui est celui de la participation des personnes intéressées, celles-ci finançant l'ensemble du système et en subissant les conséquences. Les deux propositions posent un certain nombre de problèmes que j'aimerais très rapidement évoquer.

Je crois qu'il faut trouver une solution dans cette loi, qui associe davantage les organisations intéressées. La première question est de savoir si cela doit se faire, comme l'a dit M^{me} Segmüller, avant, au moment de la négociation, ou si cela doit se faire dans le sens de l'autorisation du résultat de cette négociation. Ma préférence va très clairement au stade le plus précoce possible, qui est clairement un stade où la responsabilité d'entendre les assurés incombe aux partenaires conventionnels; où ils peuvent faire part de leur expérience et de leur appréciation dans le cadre de la négociation, de façon à ce que les partenaires responsables puissent prendre une décision en connaissance de cause, plutôt que de demander à l'autorité compétente d'approuver la convention, ou de mettre le gouvernement cantonal ou le Conseil fédéral dans l'obligation d'entendre, a posteriori, les organisations intéressées. Donc je crois que c'est effectivement dans le cadre de l'article 37 que la question devrait être résolue, plutôt que dans le cadre de l'article 39.

Cependant, la proposition de la majorité n'est pas non plus très satisfaisante puisque, comme cela a été dit tout à l'heure, cela réserve ce droit aux seules organisations de patients alors qu'il ne s'agit pas seulement de consulter les patients, mais éventuellement de consulter les assurés, de consulter des organisations comme les organisations de consommatrices et de consommateurs, qui ont également un mot à dire quant au coût de la prestation d'assurance. Donc, la formulation retenue par la majorité est trop étroite.

Elle est par ailleurs beaucoup trop large, comme l'a dit M. Allenspach, puisqu'elle ne précise pas quel type de convention ou d'arrangement doit donner lieu à cette consultation. Et il faudrait, sans doute, réserver ce droit pour des raisons pratiques aux conventions tarifaires conclues par des fédérations. Dans ce sens-là, la proposition de la majorité n'est effectivement pas satisfaisante, même si elle est vraisemblablement au bon endroit et qu'elle pose le bon problème. Il ne reste donc pas autre chose à faire que de décider si vous souhaitez créer une divergence avec le Conseil des Etats sur cette question, de façon à permettre ensuite, dans le dialogue entre les deux Chambres, de trouver une solution plus satisfaisante, et c'est, en fait, ce que je vous encourage à faire.

Encore une fois, tout en prenant en considération que la proposition de la majorité n'est pas encore parfaite, mais qu'elle ouvre la possibilité de rechercher une meilleure solution, je vous invite à l'adopter et je vous en remercie.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	78 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	70 Stimmen

Art. 38

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 38a

Antrag der Kommission

.... Sicherstellung. Ein Tarifschutz gilt auch

Art. 38a

Proposition de la commission

.... Une protection tarifaire est aussi applicable

Angenommen – Adopté

Art. 39

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

.... an die Unkosten des Vertragsabschlusses und die Durchführung leisten müssen. Er regelt

Abs. 2bis (neu)

Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

- Sonderverbotsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- Meistbegünstigungs- und Exklusivitätsklauseln.

Abs. 3

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)

.... in Einklang steht und hört zu diesem Zweck auch andere interessierte Organisationen ausserhalb der Vertragsparteien an.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 39

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

.... par sa conclusion et son exécution. Elle règle

Al. 2bis (nouveau)

Ne sont pas admises et donc nulles en particulier les mesures suivantes, qu'elles soient contenues dans une convention tarifaire, dans un contrat séparé ou dans un accord, lorsqu'elles prévoient:

- l'interdiction faite aux membres de groupements de conclure des contrats séparés;
- l'obligation faite aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants;
- l'interdiction de concurrence entre les membres;
- des traitements de faveur et des clauses d'exclusivité.

Al. 3

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepf, Eymann Christoph, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf)

.... au principe d'économie. Elle entend à ce propos également les organisations intéressées qui ne sont pas parties à la convention.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Ich kann meiner Genugtuung darüber Ausdruck geben, dass es hier zu keinen Anträgen gekommen ist, weder zu Minderheits- noch zu Einzelanträgen, die die Neuerung bekämpfen, die wir in Artikel 39 einführen wollen. Es ist schon etwas Neues, was wir hier tun. Wir haben nämlich den Anregungen der Kartellkommission Rech-

nung getragen. Wir haben dies nicht aus eigenem Antrieb getan, sondern indem wir dem Vorschlag des Bundesrates gefolgt sind.

Sie erinnern sich: Der Bericht der Kartellkommission wurde im Frühjahr dieses Jahres veröffentlicht, und zwar nach der Behandlung dieser Vorlage im Ständerat. Ihre Kommission hat unmittelbar nach dem Eintretensbeschluss die Kartellkommission angehört und eine Stellungnahme des Bundesrates zu diesen Empfehlungen verlangt. Der Bundesrat hat einen Vorschlag formuliert. Sie finden ihn als Antrag der Kommission auf der Fahne (Abs. 2bis). Er entspricht dem, was die Kommission einstimmig, mit 21 zu 0 Stimmen, angenommen hat. Die Formulierung bedeutet nicht eine totale Kehrtwende gegenüber der Vorlage, sondern eine Unterstützung der Linie, die die Vorlage verfolgt, nämlich in Richtung Vertragsfreiheit. Das ist zu betonen. Der Bundesrat selber hat im Entwurf zu diesem Artikel 39 festgeschrieben, dass es keinen Automatismus zwischen Verbandsbeitritt und Verbandsverträgen mehr geben soll. Das bedeutet: Verbandsverträge bleiben die Regel, aber ein Verbandsmitglied muss ausdrücklich einem solchen Vertrag beitreten wollen. Auch Nichtmitglieder können einem solchen Vertrag beitreten.

Zudem sollen Sondervertragsverbote – im Sinne von mehr Konkurrenz oder von Konkurrenz überhaupt – aufgehoben werden, und zwar unabhängig davon, ob sie in Statuten, Reglementen oder wo auch immer von Verbänden festgelegt sind. Das ermöglicht mehr Flexibilität von seiten der Leistungserbringer und von seiten der Versicherer. Damit sollte auch eine Möglichkeit zu kostengünstigeren Verträgen, Tarifen und Prämien für die Versicherten eröffnet werden.

Das ist der Zweck dieser Uebung, und mit derselben Ueberzeugung, mit der Ihre Kommission dieser Oeffnung zu mehr Wettbewerb zugestimmt hat, empfehle ich Ihnen, dasselbe zu tun, um so mehr, als die Sache nicht bestritten ist.

M. Philipona, rapporteur: Dans l'article 39 nouvelle mouture, les conventions tarifaires restent la règle. Elles continueront à être négociées entre fournisseurs de prestations et assureurs. Ce principe reste valable comme dans la situation actuelle, mais la commission a tenu à décartelliser, dans la mesure du possible, le système actuel, système qui est caractérisé par le fait que chaque médecin a un droit d'adhérer aux conventions tarifaires avec les caisses-maladie. Celles-ci n'ont ainsi aucune possibilité d'intervenir sur l'offre.

Du côté des caisses-maladie, le secret d'organisation est tel qu'il permet d'obtenir une discipline cartellaire. L'alinéa 2bis (nouveau) que nous vous proposons a pour but de décartelliser, donc d'ouvrir, le marché de la médecine. La commission répond par là à l'une des propositions de la Commission des cartels, ce qui devrait avoir une influence positive sur les coûts de la santé, tout en évitant d'introduire une médecine à deux vitesses.

C'est par 21 voix sans opposition que la commission vous propose d'accepter cette nouvelle version de l'article 39.

Abs. 1, 2, 2bis, 4 – Al. 1, 2, 2bis, 4

Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
(siehe Entscheidung bei Art. 37)

Adopté selon la proposition de la majorité
(voir la décision à l'art. 37)

Art. 40

Antrag der Kommission

Abs. 1–3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Ein von der Kantonsregierung ernannter Ausschuss von Tarifsachverständigen setzt nach den Absätzen 1 bis 3 den Tarif beim Fehlen eines Tarifvertrages mit einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital fest.

Art. 40

Proposition de la commission

Al. 1–3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

Une commission de spécialistes de la tarification, nommée par le gouvernement cantonal, fixe le tarif selon les alinéas 1 à 3, lorsqu'il n'existe pas de convention tarifaire avec un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics.

Angenommen – Adopté

Art. 41

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 42

Antrag der Kommission

Abs. 1–4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5

.... vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt.

Abs. 6

.... die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat

Abs. 7

.... kündigen und der Kantonsregierung oder dem von ihr ernannten Ausschuss von Tarifsachverständigen (Art. 40) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Art. 42

Proposition de la commission

Al. 1–4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5

.... la rémunération du traitement ambulatoire et du séjour semi-hospitalier à l'hôpital.

Al. 6

.... consulter les pièces. Le Conseil fédéral

Al. 7

.... et demander au gouvernement cantonal ou à la commission de spécialistes de la tarification, nommée par lui (art. 40), de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Angenommen – Adopté

Art. 43

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 43a (neu)

Antrag der Kommission

Titel

Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime

Abs. 1

Der Kanton kann als dauerhaftes finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 42 Absatz 1 bleibt vorbehalten.

Abs. 2

Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

Art. 43a (nouveau)

Proposition de la commission

Titre

Fixation d'un budget global pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux

Al. 1

Le canton peut, en tant qu'instrument permanent de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'article 42 alinéa premier est réservée.

Al. 2

Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Angenommen – Adopté**Art. 44****Antrag der Kommission****Abs. 1**

....

b. Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste) sowie eine Liste der mit preisgünstigen Generika austauschbaren Originalpräparate (Generikalistie).

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3 (neu)

Die Leistungserbringer sorgen im Sinne von Absatz 1 dafür, dass neben den Originalpräparaten vermehrt kostengünstige Nichtoriginalpräparate zur Anwendung gelangen.

Abs. 4 (neu)**Mehrheit**

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Jöri, Brunner Christiane, de Dardel, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Keller Rudolf, Sieber)

Ausserhalb der betroffenen Fachkreise ist Werbung für Arznei- und Heilmittel untersagt.

Antrag Wick**Abs. 1bis (neu)**

Für Geburtsgebrechen übernehmen dabei Departement und Bundesamt die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen.

Art. 44**Proposition de la commission****Al. 1**

....

b. confectionnés (liste des spécialités) ainsi qu'une liste des génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales (liste des génériques).

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3 (nouveau)

Les fournisseurs de prestations sont tenus, conformément à l'alinéa premier, de veiller à ce que, à côté des préparations originales, l'utilisation des préparations non originales (génériques) et moins onéreuses se développe.

Al. 4 (nouveau)**Majorité**

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Jöri, Brunner Christiane, de Dardel, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Keller Rudolf, Sieber)

La publicité pour les médicaments et les remèdes est interdite en dehors du cercle des professionnels concernés.

Proposition Wick**Al. 1bis (nouveau)**

En matière d'infirmité congénitale, aussi bien le département que l'office fédéral reprennent les mesures thérapeutiques appartenant au catalogue de prestations de l'assurance-invalidité.

Abs. 1 – Al. 1**Angenommen – Adopté****Abs. 1bis – Al. 1bis**

Wick: Ich muss Ihnen zuerst erklären, warum ich diesen Antrag eingereicht habe. Man könnte denken, dass es sich um eine Selbstverständlichkeit handle. Wenn ein Kind ein Geburtsgebrechen hat, dann wird die Behandlung für dieses Geburtsgebrechen von der Invalidenversicherung bezahlt, und zwar bis zum 20. Lebensjahr. Nach dem 20. Lebensjahr hört die Versicherungspflicht für die Invalidenversicherung auf.

Nun wäre es eigentlich eine absolute Selbstverständlichkeit – das war auch vom Gesetzgeber immer so vorgesehen –, dass jetzt die Krankenkasse die Behandlung dieses Geburtsgebrechens übernimmt.

Warum hat man das so geregelt? Man hat das damals so geregelt, weil man bei vielen Geburtsgebrechen zu Recht der Ansicht war, dass die davon betroffenen Kinder ja gar nicht sehr alt werden. Viele dieser Kinder sterben nämlich in den ersten Lebensmonaten oder in den ersten Lebensjahren, und da spielt eben die Finanzierung nach dem 20. Lebensjahr keine Rolle mehr. Aber das gilt natürlich glücklicherweise lange nicht für alle Krankheiten.

Und jetzt ist folgendes vorgekommen: Den Neugeborenen – das haben Sie vielleicht selber in Ihrer Familie schon erlebt – wird am vierten Lebenstag ein Tropfen Blut entnommen, damit man gewisse seltene Stoffwechselkrankheiten diagnostizieren kann, die man eben anders nicht diagnostizieren könnte und die eine sofortige Behandlung erfordern. Eine dieser Stoffwechselkrankheiten ist die Phenylketonurie. Diese muss mit einer speziellen Diät behandelt werden. So weit, so gut. Die ältesten Patienten sind jetzt 25 Jahre alt, weil dieses Stoffwechsel-Screening beim Neugeborenen in der Schweiz anno 1968 eingeführt wurde.

Was ist jetzt passiert? Gewisse Krankenkassen haben es schlechterdings abgelehnt, bei diesen Patienten die wissenschaftlich absolut dokumentierte und einzig mögliche Therapie zu übernehmen. Und das darf nun einfach nicht mehr passieren. Wer soll die Behandlung für diese Patienten bezahlen? Diese Patienten sind keine Krösusse, die plötzlich etwa 12 000 Franken im Jahr allein für diese Therapie hinblättern können. Deshalb habe ich mich bemüht – ich habe auch den entsprechenden Experten vom Bundesamt beigezogen –, eine Bestimmung zu formulieren, die in dieses Gesetz passt und die an der richtigen Stelle eingereicht ist: Das beinhaltet mein Antrag auf Einfügung von Artikel 44 Absatz 1bis.

Es geht also darum, dass für die Patienten mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten – Geburtsgebrechen – nach Erreichen des 20. Lebensjahres die gleichen Rechte gelten sollen wie für alle anderen Patienten auch. «Übernehmen» heisst in diesem Fall nicht – ich wurde noch auf dieses Wort aufmerksam gemacht, doch aus dem Kontext wird sein Sinn klar, und aus der französischen Formulierung auch –, dass Bundesrat oder Departement etwas finanziell übernehmen sollen. Ich meine damit ein Übernehmen zuhanden von Artikel 44, zuhanden der Listen, die dort aufgeführt sind.

Ich möchte Sie ganz herzlich bitten, meinem Antrag zuzustimmen.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: J'aimerais remercier M. Wick de sa proposition. Il complète la loi sur un point où une lacune restait, en fait, sans qu'il y ait intention de créer cette lacune, mais il a mis le doigt sur la césure qu'il peut y avoir entre les prestations prises en charge par l'assurance-invalidité jusqu'à l'âge de 20 ans pour des personnes atteintes de troubles congénitaux ou d'infirmités congénitales et le fait qu'il n'y a pas actuellement de continuation automatique de la prise en charge par l'assurance-maladie de ces prestations de l'assurance-invalidité. Il est bien sûr incompréhensible qu'une personne atteinte d'infirmité congénitale reçoive jusqu'à l'âge de 20 ans de l'assurance-invalidité les prestations dont elle a besoin et qu'elle s'en voie éventuellement privée tout simplement parce que ces prestations ne figurent pas sur les listes établies par le département ou par l'office fédéral concernés, en fonction de l'article 44 qui vous est proposé.

Cet alinéa 1bis (nouveau) comble donc cette lacune. Il pourra peut-être être encore amélioré sur le plan purement rédaction-

nel, mais il est nécessaire, et, encore une fois, je remercie M. Wick d'avoir attiré l'attention du Conseil sur cette lacune. Vous avez l'occasion de la combler.

*Angenommen gemäss Antrag Wick
Adopté selon la proposition Wick*

*Abs. 2, 3 – Al. 2, 3
Angenommen – Adopté*

Abs. 4 – Al. 4

Jöri, Sprecher der Minderheit: Ich habe beim Eintreten darauf hingewiesen, dass unsere Gesundheitskosten, gemessen an der Leistung, verhältnismässig sind. Ob es die Medikamentenkosten, gemessen am Nutzen, auch sind, ist eine andere Frage. Sie machen nämlich aufgerundet 18 Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitswesens von 16 Milliarden Franken oder 500 Franken pro Kopf und Jahr aus. Ein Fachmann sagte einmal eher ironisch, ihn wundere es, dass die Schweizer mit diesem Medikamentenkonsum nicht kränker seien. Angesichts dieser Kostentatsache werden Sie mit mir übereinstimmen, dass es unerwünscht ist, mit Werbung, beispielsweise am Fernsehen, noch mehr Medikamente unter die Bevölkerung zu bringen.

Neben dem Kostenaspekt gibt es noch viel schwerwiegendere Einwände gegen die Medikamentenwerbung. Das Wort «Arzneimittel» sagt schon, dass in der Regel die Krankheitsbeschwerden mit einer Aufnahme des medizinischen Befundes und einer Diagnose seriös abgeklärt werden sollten und erst dann ein Medikament eingesetzt werden sollte. Die Anwendung eines Medikamentes zur Behandlung einer Krankheit beruht auf Lehre und Forschung, und zwar nicht nur in der Schulmedizin. Frei käufliche Medikamente, welcher Kategorie sie auch angehören, haben in der Anwendung ihre Tücken. Ich meine damit Sekundärschäden, die durch unkontrollierte Verwendung entstehen können. Als Beispiel erwähne ich das Aspirin, das über das Fernsehen angepriesen wird und schwerwiegende Magenprobleme verursachen kann. Diese sogenannten Sekundärschäden als Folgen von Medikamentenmissbrauch belasten unser Gesundheitswesen nicht unerheblich. Im weiteren ist das Suchtpotential, das auch sogenannten harmlosen Medikamenten innewohnt, beträchtlich und führt Abertausende in eine verhängnisvolle Abhängigkeit. Die Kostenfolge wurde nie quantifiziert, ist aber gross.

Ich wehre mich aber auch gegen die Werbung für Medikamente, weil damit suggeriert wird, dass jede Befindlichkeitsstörung mit einem als Konsumgut angepriesenen Medikament sofort behoben werden kann, ohne Ursache und Wirkung abzuklären. Diese Tendenz, auftauchende Probleme zu überspielen und nicht zu lösen, wirkt sich nicht nur für das Individuum, sondern auch für unsere Gesellschaft verhängnisvoll aus. Wer immer sich in seiner Gesundheit beeinträchtigt fühlt, hat heute die Möglichkeit, das zu bekommen, was sie bzw. er benötigt. Eine Ankurbelung des Medikamentenverbrauchs mit Hilfe der Werbung ist aus den oben dargestellten Gründen unerwünscht und schädlich.

Ich bitte Sie um Unterstützung des Minderheitsantrages.

M. Philipona, rapporteur: Selon le droit actuel, la publicité pour les médicaments figurant sur la liste des spécialités est déjà interdite. C'est l'ordonnance qui le précise, cela reste valable. Il n'y a donc pas de problème ou de contestation à ce sujet.

La proposition de minorité Jöri veut interdire la publicité pour tous les médicaments ou remèdes, c'est-à-dire même les plus anodins – par exemple, ceux vendus en droguerie –, il s'agit de médicaments sans danger. D'ailleurs, cette catégorie n'est pas concernée directement par la loi.

La majorité de la commission pense que c'est excessif et vous demande de repousser cette proposition.

Abstimmung – Vote
Für den Antrag der Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit

65 Stimmen
29 Stimmen

Begrüssung – Bienvenue

Präsident: Es freut mich, eine Delegation des finnischen Parlamentes unter der Leitung von Frau Saara-Maria Paakkinen, der Ersten Vizepräsidentin, zu begrüßen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen aus Finnland, es ist mir eine grosse Ehre, Sie in Genf, der Stadt der internationalen Zusammenarbeit, zu empfangen. Genf ist auch für die Geschichte Finnlands kein unbeschriebenes Blatt. Im Jahre 1921 hat sich hier der Völkerbund im schwedisch-finnischen Streit um die Alands-Inseln zugunsten Finnlands entschieden und dieses Gebiet wieder Finnland zugesprochen.

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen unseren beiden Ländern ist die grosse Persönlichkeit Marschall Mannerheims, der am Genfersee seinen Lebensabend verbrachte.

Seit 33 Jahren arbeiten unsere beiden Länder in der Efta eng zusammen; eine Zusammenarbeit, die mit unserer Volksabstimmung vom 6. Dezember 1992 leider an Intensität verloren hat.

Unsere Parlamentarierinnen dürfte es interessieren, dass Finnland das erste Land Europas war, das das Frauenstimmrecht einführte, und dass im finnischen Parlament nur 61 Prozent der Ratsmitglieder Männer sind.

Wir versichern Sie unserer Freundschaft und wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt in der Schweiz. *(Beifall)*

Art. 45

Antrag der Kommission

Abs. 1

Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 33, 38a, 39 Absatz 3, 40, 41 Absätze 1 bis 3, 42 Absatz 7, 43a und 46 sowie gegen Beschlüsse des von der Kantonsregierung ernannten Ausschusses von Tarifsachverständigen nach Artikel 40 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag Gonseth

Abs. 2

.... über das Verwaltungsverfahren. Zur Beschwerde ermächtigt sind auch gesamtschweizerisch oder im entsprechenden Kanton tätige Organisationen, die sich statutengemäss dem Patienten- oder Konsumentenschutz widmen.

Antrag Sieber

Abs. 2

Zur Beschwerde ermächtigt sind neben den Vertragsparteien auch gesamtschweizerische oder im entsprechenden Kanton tätige Organisationen, die sich statutengemäss dem Patienten- oder Konsumentenschutz widmen. Im übrigen gilt das Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren.

Antrag Raggenbass

Abs. 3 (neu)

Der Bundesrat entscheidet über die Beschwerde innert längstens 4 Monaten. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens 4 Monate überschritten werden.

Art. 45

Proposition de la commission

Al. 1

Les décisions du gouvernement cantonal au sens des articles 33, 38a, 39 alinéa 3, 40, 41 alinéas premier à 3, 42 alinéa 7, 43a et 46 ainsi que les décisions de la commission de spécialistes de la tarification nommée par le gouvernement cantonal, au sens de l'article 40, peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition Gonseth**Al. 2*

.... procédure administrative. Ont également qualité pour recourir, les organisations qui, conformément à leurs statuts, se consacrent à la protection des patients et des consommateurs à l'échelon de l'ensemble de la Suisse ou dans leur canton.

*Proposition Sieber**Al. 2*

Sont également habilitées à faire recours, en plus des parties à une convention, les organisations actives dans l'ensemble de la Suisse ou dans un canton particulier et qui se vouent selon leurs statuts à la protection des consommateurs et des patients. Pour le reste, la loi sur la procédure administrative est applicable.

*Proposition Raggenbass**Al. 3 (nouveau)*

Le Conseil fédéral statue sur les recours dans un délai de quatre mois au plus. Ce délai peut être dépassé, pour des motifs impératifs, de quatre mois au plus.

*Abs. 1 – Al. 1**Angenommen – Adopté**Abs. 2 – Al. 2*

Präsident: Die Anträge Gonseth und Sieber sind zurückgezogen worden.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission*

Abs. 3 – Al. 3

Raggenbass: Mit meinem Antrag auf Einfügung von Artikel 45 Absatz 3 möchte ich eine Frist einfügen: eine Frist, die die Entscheidung des Bundesrates innert vier Monaten erwarten lässt. Höchstens acht Monate sollen ihm gewährt werden, um einen Entscheid zu treffen.

Die Beschwerde gemäss Artikel 45 hat bekanntlich aufschiebende Wirkung, d. h., der Entscheid der Kantonsregierung oder des Ausschusses der Tarifsachverständigen kann erst Wirkung entfalten, wenn die Beschwerde durch den Bundesrat entschieden ist. Bis der Entscheid des Bundesrates vorliegt, besteht ein Schwebezustand, eine unsichere Rechtslage. Je länger diese unsichere Rechtslage dauert, desto unbefriedigender wird die Situation. Während dieses Schwebezustandes wissen beispielsweise die Ärzte und Spitäler nicht, ob sie nun nach dem abgeschlossenen, aber angefochtenen Vertrag oder wie früher anderweitig Rechnung stellen sollen. Je nach Ausgang der Beschwerde müssen Korrekturen stattfinden. Je länger die Beschwerde nicht entschieden ist, desto länger dauert die Ungewissheit für die Beteiligten an, vor allem für die Patienten.

Noch schlimmer ist die allfällige Blockade der Gelder durch die Krankenkassen, die keine Leistung erbringen, weil sie nicht wissen, welche Regelung Anwendung findet. Beispiele aus der Vergangenheit sprechen eine deutliche Sprache.

Ein Beispiel aus dem Kanton Thurgau: Die Krankenkassen hatten den Entscheid des Kantons angefochten; über ein halbes Jahr passierte nichts. Die Krankenkassen zogen schliesslich die Beschwerde zurück. Die Kantonsspitäler verzichteten in der Folge darauf, Nachforderungen zu erheben, weil der administrative Aufwand höher gewesen wäre als das, was sie zugut hatten – es waren hohe Summen.

Aus dem Kanton Zürich ein anderes Beispiel: Obwohl der Tarifvertrag angefochten worden war, stellten die Ärzte mehrheitlich Rechnung nach dem Vertrag. Nach mehreren Jahren wurde die Beschwerde glücklicherweise abgewiesen, sonst hätten riesige Umrechnereien stattfinden müssen.

Aus den Kantonen Schaffhausen und Bern sind ähnliche Vorgänge zu vermelden. Vor allem die Angelegenheit im Kanton

Schaffhausen warf hohe Wellen, auch infolge ihrer sehr langen Dauer. Sie wissen wahrscheinlich, dass sich selbst die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates damit hat befassen müssen.

Es ist dringend angezeigt, eine Befristung für die Entscheidung vorzusehen, analog dem in die Vernehmlassung geschickten Artikel des Raumplanungsgesetzes. Damit kann der Schwebezustand mit seinen äusserst negativen Auswirkungen verkürzt werden.

Es ist mir klar – da spreche ich Sie als Kolleginnen und Kollegen an –, dass die Verwaltung gegen diesen Antrag Sturm laufen wird. Sie ist direkt betroffen. Sie ist es, die daran interessiert ist, möglichst so viel Zeit für die Entscheidung zur Verfügung zu haben, wie sie eben gerne will. Ich bitte Sie daher, die Stellungnahme der Verwaltung als die einer direkt interessierten Stelle entsprechend relativiert zu betrachten. Der Beschwerdeführer hat für seine Beschwerde auch nur einen Monat zur Verfügung. Es ist nicht einzusehen, weshalb der Bundesrat nicht mit vier, allenfalls mit acht Monaten auskommen sollte.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: Monsieur Raggenbass, ce n'est pas l'administration qui refuse votre proposition, c'est au nom du Conseil fédéral que je demande de la rejeter parce que nous sommes responsables, non pas de laisser traîner des dossiers, mais d'assurer, au contraire, une procédure qui donne toute garantie à tous les groupes et à toutes les parties intéressées dans une telle procédure.

Nous ne pouvons pas réaliser cette procédure dans un temps aussi court que celui que vous voulez nous imposer. Le droit pour les parties d'être entendues, la possibilité d'interroger éventuellement des experts, la nécessité de consulter à l'intérieur de l'administration, également celle qui est compétente, ne peuvent pas être réalisés dans une période aussi courte, et le Conseil fédéral doit avoir toute la garantie, au moment où il prend la décision, qu'effectivement le dossier a été traité sérieusement.

Dans ce sens-là, je vous demande de rejeter la proposition Raggenbass.

Je reconnais, cependant, que par le passé il y a eu des délais trop longs dans le traitement de certaines affaires et que nous devons nous efforcer de les raccourcir. Je reconnais tout à fait que cette nécessité existe. Je dois malheureusement aussi reconnaître qu'une partie des problèmes est liée à des difficultés d'effectif: nous n'avons pas toujours les personnes en nombre suffisant pour pouvoir accélérer le traitement de tels dossier une administration prise dans un corset qui a été imposé par le Parlement et nous ne pouvons pas le faire sauter de notre propre chef. Je puis, cependant, ici, m'engager à faire tout ce qui est en mon pouvoir pour veiller à ce que la procédure soit la plus rapide possible. Imposer un corset à la fois sur le plan du personnel et sur le plan des délais enlève aux parties les garanties qu'elles sont en droit d'attendre.

Je vous invite à rejeter la proposition Raggenbass.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Raggenbass
Dagegen

57 Stimmen
34 Stimmen

Art. 46*Antrag der Kommission**Mehrheit**Titel*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 1

Der Kanton kann als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzen.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Die Versicherer haben ein Antragsrecht. Der Kanton hat innert

Minderheit

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Eventualantrag der Minderheit

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

Titel

Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

Abs. 1

Steigen die durchschnittlichen Kosten je Versicherten und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern oder von Leistungen mindestens doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, können Massnahmen nach Absatz 2 ergriffen werden durch:

- a. den Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge gemäss Artikel 39 Absatz 3;
- b. das Departement bezüglich der Tarife und Preise gemäss Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 und 2 sowie Buchstabe b;
- c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge gemäss Artikel 39 Absatz 3.

Abs. 2

Die Genehmigungsbehörde kann für sämtliche oder bestimmte Kategorien von Leistungserbringern oder Leistungen bestimmen:

- a. dass die Tarife oder Preise nicht erhöht werden dürfen; oder
- b. welches pauschale Vergütungsvolumen durch die obligatorische Krankenversicherung zu erbringen ist.

Abs. 3

Die Massnahmen nach Absatz 2 bleiben in Kraft, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

Abs. 4 (neu)

Weisen einzelne Leistungserbringer nach, dass bei ihnen aufgrund eines besonderen Tarifvertrages die Voraussetzung von Absatz 1 nicht erfüllt ist, nimmt sie die zuständige Behörde von den Massnahmen nach Absatz 2 aus.

Abs. 5 (neu)

Die Leistungserbringer, für die ein pauschales Vergütungsvolumen nach Absatz 2 Buchstabe b festgelegt werden soll, sind vorher anzuhören. Sie regeln gemeinsam die Aufteilung des Vergütungsvolumens und übertragen die Auszahlung der Vergütungen einer geeigneten Institution. Können sich die Leistungserbringer innert der von der zuständigen Behörde festgesetzten Frist nicht einigen, erlässt die Behörde die notwendigen Bestimmungen.

Art. 46*Proposition de la commission**Majorité**Titre*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 1

Le canton peut, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, fixer un montant global (budgétisation globale) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Les assureurs ont le droit de déposer une requête. Le canton doit se prononcer

Minorité

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition subsidiaire de la minorité

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

Titre

Fixation des tarifs par les autorités d'approbation

Al. 1

Si, pour certaines catégories de fournisseurs de prestations ou pour certaines prestations, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance obligatoire des soins augmentent au moins deux fois plus que l'évolution générale des prix et des salaires, les mesures prévues à l'alinéa 2 peuvent être prises par:

- a. le Conseil fédéral s'agissant de conventions tarifaires qu'il approuve selon l'article 39 alinéa 3;
- b. le département s'agissant des tarifs ou des prix selon l'article 44 alinéa premier lettre a chiffres 1 et 2 ainsi que lettre b;
- c. le gouvernement cantonal s'agissant des conventions tarifaires qu'il approuve selon l'article 39 alinéa 3.

Al. 2

L'autorité qui donne l'approbation peut, pour l'ensemble ou pour certaines catégories de fournisseurs de prestations ou de prestations:

- a. ordonner un blocage des tarifs ou des prix; ou
- b. fixer un forfait global de rémunération couvert par l'assurance-maladie obligatoire.

Al. 3

Les mesures prises en application de l'alinéa 2 restent en vigueur tant que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 pour cent comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

Al. 4 (nouveau)

Lorsque des fournisseurs de prestations peuvent démontrer que la condition de l'alinéa premier n'est pas remplie dans leur contrat particulier, l'autorité d'approbation renonce aux mesures selon l'alinéa 2.

Al. 5 (nouveau)

Les fournisseurs de prestations pour lesquels, en application de l'alinéa 2 lettre b, un forfait global de rémunération est prévu, sont consultés au préalable. Ils s'entendent sur la répartition du montant mis à leur disposition et désignent l'institution chargée de verser les rémunérations. Si, dans le délai fixé par l'autorité d'approbation compétente, les fournisseurs de prestations ne se sont pas entendus, celle-ci édicte les dispositions nécessaires.

Art. 47*Antrag der Kommission**Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)
Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Eventualantrag der Minderheit

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

Titel

Koordination durch den Bundesrat

Abs. 1

Sind von Kantonsregierungen Massnahmen nach Artikel 46 Absatz 2 Buchstabe b ergriffen worden, kann der Bundesrat auf Antrag von Versicherern, die zusammen mindestens einen Drittel der Versicherten umfassen, für die Koordination der Massnahmen sorgen; er kann insbesondere ein gesamtschweizerisches Vergütungsvolumen festlegen.

Abs. 2

Artikel 46 Absatz 5 ist sinngemäss anwendbar.

Art. 47*Proposition de la commission**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)
Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition subsidiaire de la minorité

(Seiler Rolf, Brunner Christiane, Deiss, Dormann, Hafner Ursula, Hubacher, Jäggi Paul, Jöri, Leuenberger Ernst, Sieber)

Titre

Coordination par le Conseil fédéral

Al. 1

Lorsque des gouvernements cantonaux ont pris les mesures prévues à l'article 46 alinéa 2 lettre b, le Conseil fédéral peut, à la demande d'assureurs qui regroupent au moins un tiers des assurés, veiller à la coordination de ces mesures; il peut, en particulier, fixer le forfait global de rémunération pour toute la Suisse.

Al. 2

L'article 46 alinéa 5 est applicable par analogie.

Seiler Rolf, Sprecher der Minderheit: Ich spreche zu den Artikeln 46 und 47 gemeinsam.

Ein Hauptziel dieser Revision ist ja die Eindämmung der Kostensteigerung. Der Entwurf des Gesetzes enthält verschiedene Massnahmen zur Dämpfung dieser Kosten. In der Eintretensdebatte haben jedoch verschiedene Rednerinnen und Redner dargestellt, dass diese Massnahmen ungenügend seien. Mit dem Gesetz – so wurde gesagt – könne die Kostenentwicklung nicht wirksam gebremst werden. Ein anderer Redner sagte, das Ziel der Kostendämpfung sei nicht erreicht worden.

Zudem ist auf die Volksabstimmung vom 26. September 1993 hinzuweisen. Unsere Kommissionspräsidentin bezeichnete die 80prozentige Zustimmung zum dringlichen Bundesbeschluss als historisches Ereignis – wohl zu Recht –, und vor diesem historischen Hintergrund sei eben die Arbeit an unserem Krankenversicherungsgesetz zu sehen. Ein Kommentator sagte am Abstimmungsabend, das Resultat sei nicht so sehr dem Inhalt des Bundesbeschlusses zuzuschreiben – dieser Inhalt sei kompliziert gewesen, was auch zutrifft –, den Ausschlag gegeben habe vielmehr der Titel dieses Bundesbeschlusses, der da hiess «Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung».

Ich glaube, mit dieser Abstimmung ist der Auftrag des Volkes klar, nämlich: griffige Instrumente gegen die Kostensteigerung auch in dieses neue Gesetz aufzunehmen. Ja, ich meine sogar, die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger haben uns an diesem 26. September zugerufen: Tut doch endlich etwas Tapferes, um das ständige Ansteigen der Kosten und damit auch der Prämien zu bremsen!

Der Bundesrat schlägt nun in den Artikeln 46 und 47 griffige Instrumente vor – wenn auch nur als ausserordentliche Massnahmen, wenn alle Stricke reissen –, und diese Massnahmen sind zudem befristet: In Artikel 46 wird die Möglichkeit der Globalbudgetierung durch den Bundesrat sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich vorgesehen. Artikel 47 sieht die Einführung von Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer vor; insbesondere kann die Zulassung von einem Bedürfnisnachweis abhängig gemacht werden.

Der Ständerat und auch Ihre Kommissionen wollen insbesondere von einer Globalbudgetierung im ambulanten Bereich nichts wissen. Sie fürchten eben die Opposition der Betroffenen. Allerdings müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass alles immer teurer und teurer wird. Irgendwann werden wir entscheiden müssen, wo wir Schnitte machen, wo wir allenfalls rationieren müssen. Aber eben, man traut sich nicht an dieses Thema heran – ich möchte sagen: noch nicht.

Anders verhält es sich bei unseren nördlichen Nachbarn. Auch dort hat man festgestellt, dass, wie bei uns, das Gesundheitswesen von allen Beteiligten «geschröpft» wird. Man kam zur Einsicht, dass der Staat, um die Kosten zu bändigen, endlich hart durchgreifen muss. Es wurde gehandelt. Alle Beteiligten wurden zur Kasse gebeten, und das Gejammer der Betroffenen war gross. Aber die Gesundheitsreform hatte Erfolg. Am

2. September dieses Jahres konnte der Gesundheitsminister am Fernsehen verkünden, dass die Reform echte Verhaltensänderungen bei den Betroffenen und Beteiligten zur Folge hatte. Die Krankenversicherung sei wieder «gesund». Die Kassen erzielten in den ersten sechs Monaten dieses Jahres einen Ueberschuss von 2,6 Milliarden DM, während das Defizit 1992 noch 9,2 Milliarden DM betrug. Allerdings: Die Deutschen haben nicht die Möglichkeit des Referendums.

So bitte ich Sie denn, dem Entwurf des Bundesrates zu den Artikeln 46 und 47 zuzustimmen und damit ein klares Zeichen dafür zu setzen, dass es uns mit der Eindämmung der Kosten wirklich ernst ist.

Sollten Sie dazu den Mut nicht haben, dann übernehmen Sie wenigstens den Eventualantrag der Minderheit, der in der ersten Lesung der Kommission auch eine Mehrheit gefunden hatte und in der zweiten Lesung wieder unterlag. Der Eventualantrag lehnt sich in Artikel 46 an den Beschluss des Ständerates zu Artikel 47 an und sieht in Absatz 2 zudem die Möglichkeit vor, ein pauschales Vergütungsvolumen, also eine Globalbudgetierung im ambulanten Bereich, zu bestimmen. Auf die Zulassungsbeschränkung, wie sie in Artikel 47 des Entwurfes des Bundesrates vorgesehen ist, verzichtet der Eventualantrag. In Artikel 47 gemäss Eventualantrag wird dem Bundesrat nur noch eine Koordinationsfunktion zugewiesen.

In der Kommission sind die Entscheide sehr knapp zustande gekommen: Artikel 46 gemäss Eventualantrag wurde mit nur 12 zu 11 Stimmen abgelehnt, und bei Artikel 47 gab bei einem Stimmenverhältnis von 10 zu 10 Stimmen der Stichtentscheid der Kommissionspräsidentin den Ausschlag zugunsten der Mehrheit.

Ich bitte Sie also, bei den Artikeln 46 und 47 der Minderheit zuzustimmen.

Jöri: Wir sind bei der Detailberatung gemäss Botschaft und unbestrittener Zielsetzung der Vorlage beim zweiten Schwerpunkt angelangt. Die Kostenentwicklung mit dämpfenden Massnahmen an das Niveau der Lohn- und Preisentwicklung anzupassen, scheint uns etwas hochgegriffen, eine weniger steil ansteigende Kostenkurve liegt aber im Interesse aller Beteiligten.

Bei der Beratung der dringlichen Bundesbeschlüsse gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung wurde der Ausdruck «Opfersymmetrie» verwendet. Was heisst dies bezogen auf die Artikel 46 und 47? Ich meine, dass alle Beteiligten im Dreiecksverhältnis Versicherte, Versicherer und Leistungsanbieter bei der Lösung dieses Schwerpunktproblems Kostendämpfung haare lassen und im übergeordneten Interesse konsensfähig bleiben müssen. Die bisherige Beratung und die getroffenen Entscheidungen zeigen aber, dass griffige Massnahmen, verbunden mit einer Einschränkung der Leistungsanbieter, vehement bekämpft werden.

Die Expertenkommission Schoch und der Bundesrat schlagen zur Eindämmung der Kostensteigerung einen pragmatischen Weg ein, indem neben Elementen der Selbstregulierung Elemente des Eingriffs vorgesehen sind. Einerseits will man damit die Verfechter eines sogenannten freiheitlichen Gesundheitswesens etwas beruhigen; andererseits sieht man die Globalbudgetierung mit einer Kann-Formulierung vor und lässt sie erst zum Zuge kommen, wenn der Unterschied in der Zuwachsrate mehr als 50 Prozent – gemessen an der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung – beträgt.

Ich bin überzeugt, dass dem Hauptübel der Kostensteigerung, nämlich der Mengenausweitung, nur mit Hilfe von Globalbudgetierungsmassnahmen wirkungsvoll begegnet werden kann, und zwar für den stationären wie für den ambulanten Bereich.

Es stellt sich die Frage, wer sich gegen die Festlegung von Vergütungsvolumen im ambulanten Bereich sträubt. Es sind die Anbieter und ihre Ständesorganisationen, die die freie, ungehinderte berufliche Entfaltung ihres Nachwuchses in Gefahr sehen. Dies ist ihr legitimes Recht. So schmerzlich es aber für die Anbieter von ambulanten Leistungen sein mag: Wir werden ihnen «à la longue» bei gleichbleibender Zunahme der Arztpraxen nicht mehr allen ein standesgemässes Einkommen über die Grundversicherung garantieren können – schon

gar nicht auf Kosten der Versicherten, die noch stärker über ansteigende Kopfprämien und Kostenbeteiligung zur Kasse gebeten werden und bei Gesamtkosten von 3 Milliarden Franken vor der finanziellen Ueberforderung gerettet werden müssen. Eigentlich subventioniert der Staat auch das ungebremsste Wachstumspotential der Leistungsanbieter und betreibt Strukturerhaltung eines reformbedürftigen Gesundheitswesens auf Anbieterseite.

Ein Blick über die Grenze nach Deutschland zeigt, dass das Kostenproblem mit weit drastischeren Massnahmen angegangen werden kann. So mussten die Leistungsanbieter mit Tarifrückführungen vorliebnehmen und die Globalbudgetierung bei den Medikamenten «schlucken». Auch wenn Sie den Anträgen der Minderheit zustimmen, werden in der Schweiz, verglichen mit anderen europäischen Ländern, auch in Zukunft für die Leistungsanbieter noch geradezu idyllische Verhältnisse herrschen:

1. Wir hoffen nämlich auf die Vernunft der Anbieter und wollen mit Selbstregulierung das Gesundheitswesen so freiheitlich wie möglich erhalten.

2. Wir wollen erst dann mit ausserordentlichen und befristeten Massnahmen eingreifen, wenn die Kosten doppelt so hoch ansteigen wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

Bei dieser Vorgabe ist ein Wachstum in nicht gerade engen Grenzen eingeplant und auch gewährleistet. Die Leistungserbringer werden bei der Festlegung der verbindlichen Budgetbeträge angehört und entscheiden selbst über die Zuteilung an die einzelnen Leistungserbringer. Es geht in diesen ausserordentlichen Situationen nicht ohne diesen Schuss vor den Bug der Leistungserbringer, die zur Vernunft und zum sparsamen Umgang mit den vorhandenen Mitteln gezwungen werden müssen; denn diese Mittel stammen notabene von den Versicherten und werden aus Steuergeldern finanziert.

Im Sinne meiner Ausführungen stimmt unsere Fraktion einstimmig für den Antrag der Minderheit (Fassung Bundesrat) und, falls dieser abgelehnt wird, für den Eventualantrag.

Frau Heberlein: In diesen beiden Artikeln werden die ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung – ähnlich, wie wir sie heute in den dringlichen Bundesbeschlüssen verankert haben – wiederaufgenommen.

Ob ausserordentliche Massnahmen überhaupt in ein Gesetz gehören, scheint mir äusserst fragwürdig zu sein. Ich frage mich, ob sie nicht als solche durch das Parlament beschlossen werden müssten. Herr Seiler Rolf, haben Sie, haben wir alle so wenig Vertrauen in die Gesetzesvorlage, dass wir bereits im Gesetz, das mit dem Ziel der Kosteneindämmung verabschiedet werden soll, wieder ausserordentliche Massnahmen einbauen müssen, welche eine Notbremse mit dirigistischen Eingriffen – ohne Mitsprachemöglichkeit des Parlamentes, ohne Mitsprachemöglichkeit der Bevölkerung – vorsehen?

Wir haben die Möglichkeit der Globalbudgetierung im Spitalbereich als normale Massnahme in Artikel 43a festgeschrieben. Wenn sie auf kantonalen Spitalplanungen und klaren Leistungsaufträgen beruht, ist sie sicher zu begrüßen. Sie ist aber kein Allheilmittel gegen die Kostensteigerung, sonst wären die Gesundheitskosten bekanntlich im Kanton Waadt nicht so hoch.

Der Entwurf des Bundesrates, wie er von der Minderheit Seiler Rolf wiederaufgenommen wird, schliesst alle Leistungen, also auch alle ambulanten Leistungen wie Physiotherapie, Gemeindekrankenpflege, Medikamente usw., ein, selbstverständlich auch die ärztlichen Leistungen. Die zuständigen Behörden könnten demnach nicht nur Tarife und Preise fixieren, sondern auch für all diese Kategorien pauschale Vergütungsvolumen festlegen, wieviel zum Beispiel für Medikamente, für medizinische Hilfspersonen pro Jahr ausgegeben werden darf. Würde diese Summe überschritten, so würde im nächsten Jahr der Taxpunktwert entsprechend gekürzt. Wie soll in einem dringlichen Verfahren festgelegt werden, wie viele Leistungen im ambulanten Bereich erbracht werden dürfen? Wer legt den Versorgungsauftrag fest, wenn schon die ordentliche Globalbudgetierung für Spitäler Jahre dauert?

Die Probleme in Deutschland, wie sie heute bestehen, zeigen,

dass eine derartige Regelung nur mit einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand überhaupt bewerkstelligt werden kann. So ideal sind die Verhältnisse nicht, wie sie Herr Seiler geschildert hat. Die Medikamentenkosten sind in Deutschland zwar zurückgegangen, aber eindeutig zu Lasten der Versorgung, indem zum Beispiel Zuckerkrankhe ihre Medikamente nicht mehr erhalten, indem zum Beispiel teure Medikamente von den Ärzten einfach nicht mehr verschrieben werden und die Patienten selber schauen müssen, wie sie zu ihren Medikamenten kommen.

Etwas differenzierter ist der Eventualantrag der Minderheit, der auf einen Vorschlag zurückgeht, der vom Bundesamt für Sozialversicherung im Laufe der Beratungen eingebracht wurde. Aber auch hier werden die ambulanten Leistungen mit einbezogen – für die FDP-Fraktion ein unannehmbare Eingriff zu Lasten der Patienten.

Auch wenn die FDP-Fraktion gegenüber der Verankerung ausserordentlicher dirigistischer Massnahmen im Gesetz grundsätzliche Bedenken hat, kann sie mehrheitlich der Fassung des Ständerates zustimmen.

Bereits beim Eintreten habe ich gesagt, dass die Ablehnung dieser Minderheitsanträge für unsere Fraktion für unsere Zustimmung zum Gesetzentwurf entscheidend ist.

M. Pidoux: En complément à ce qu'a dit M^{me} Heberlein, j'aimerais rappeler que la méthode de financement du budget global existe déjà dans certains cantons romands pour les hôpitaux qui sont financés par les pouvoirs publics. Il ne s'agit évidemment pas d'une méthode magique de diminuer les coûts, mais ce système permet de responsabiliser la direction des hôpitaux et les médecins. Comme dans toute entreprise, ils se voient accorder un budget qui a été négocié avec les payeurs, mais ils doivent alors respecter ce budget. Sans ce système, on sait que les hôpitaux font un déficit que les cantons et les communes sont bien obligés de combler.

Le système ne tombe pas du ciel: il est donc expérimenté dans des hôpitaux dans notre pays. On peut le suivre. Il est vrai qu'il ne résout pas le problème de la multiplication des actes médicaux. Mais introduire ce système pour les médecins libres praticiens, comme le proposent certains – et certains, c'est le Conseil fédéral –, en leur donnant une sorte de crédit par année, me paraît une mesure casse-cou. D'abord parce que cette méthode appliquée aux individus ne fonctionne bien nulle part au monde; ensuite, parce qu'on crée un obstacle supplémentaire à l'approbation de la loi en se mettant définitivement les médecins à dos. Je préfère faire un pas dans la bonne direction, plutôt qu'un bond dans cette direction et me blesser en retombant sur terre!

La sagesse conduit à voter la solution de la majorité de la commission. J'ai l'honneur de vous y inviter au nom du groupe radical.

Präsident: Die liberale Fraktion lässt mitteilen, dass sie den Anträgen der Mehrheit zustimmt.

Keller Rudolf: «Kosteneindämmung im Gesundheitswesen» – unter diesem Schlagwort steht ja die gesamte Gesetzesrevision. Die Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei Ticinesi unterstützt die Massnahmen in Artikel 46. Es geht nicht anders, als dass wir die Spitäler und Pflegeheime an die Kantone nehmen. Das ist aber Sache der Kantone, und unsere Fraktion meint denn auch, dass wir es den Kantonen überlassen sollen, wie sie dies organisieren. Sie werden diese Massnahmen bestimmt ergreifen, denn alle Kantone stehen unter einem sehr grossen Spardruck und sind deshalb über kurz oder lang, ob ihnen das gefällt oder nicht, gezwungen, entsprechende Sparmassnahmen in die Wege zu leiten. Allerdings müssen wir uns darüber Rechenschaft geben, dass die Globalbudgetierung nicht von einem Tag auf den anderen wirken kann; das wird ein längerfristiges Steuerungsinstrument sein.

Die zentralistische Bundeslösung lehnen wir ab: Wir stimmen deshalb für die Mehrheit der Kommission.

Der Eventualantrag der Minderheit geht uns in seinen vorgeschriebenen Details zu weit. Wir sollten zudem dafür sorgen,

dass wir nicht eine komplizierte Lösung beschliessen, die dann in der Durchführung eines viel zu grossen Aufwandes bedarf.

Wir bitten Sie deshalb, der Mehrheit zuzustimmen.

Borer Roland: Grundsätzlich ist die Fraktion der Auto-Partei der Meinung, dass ausserordentliche Massnahmen in einem Gesetz, das Grundlagen schaffen sollte, nichts zu suchen haben. Wir können aber der Formulierung der Mehrheit respektive des Ständerates zustimmen.

Warum wollen wir jetzt unbedingt ausserordentliche Massnahmen in diesem Gesetz fixieren? Das ist doch schlichtweg einfach die Angst vor dem eigenen Mut! Wir haben sehr viele neue Leistungen definiert, und irgendwo wollen wir jetzt noch die Notbremse einbauen. Das funktioniert über alles gesehen aber garantiert nicht.

Eine Globalbudgetierung im ambulanten Bereich ist doch eine reine Wunschvorstellung. Wie wollen Sie eine Globalbudgetierung zum Beispiel für eine kleine Arztpraxis auf dem Land definieren? Wie wollen Sie das Budget errechnen? Das ist doch ein Ding der Unmöglichkeit! Was machen Sie, wenn infolge irgendwelcher Zufälle ein Landarzt plötzlich einige relativ teure Fälle übernehmen muss? Wollen Sie dann für die Ausnahme wieder die Ausnahme formulieren? Das ist doch ein Ding der Unmöglichkeit!

Im Gesundheitswesen sind die grössten Kostenverursacher – das beweist Ihnen jede Statistik – die öffentlichen kantonalen Spitäler. Ein Grossteil der Gesundheitskosten wird heute dafür ausgegeben, dass sich Sanitätsdirektoren in den Kantonen zu Lebzeiten ihre Denkmäler bauen können. Da muss man eingreifen! Eine Globalbudgetierung im ambulanten Bereich bringt jedoch schlussendlich überhaupt nichts.

M. Deiss: L'un des objectifs de cette révision est la maîtrise des coûts. Lors du débat d'entrée en matière, le PDC a déclaré qu'à son sens le projet n'allait pas jusqu'au bout du raisonnement. Pour être crédible, notre intention de veiller à la parcimonie doit être clairement annoncée dans le texte de cette loi. C'est pourquoi notre groupe, dans sa grande majorité, soutiendra les propositions de la minorité de la commission.

Il faut souligner d'abord que la commission est partagée sur la question, puisque, dans une première lecture, elle avait opté pour une version plus précise que la solution du Conseil fédéral, et que, lors de la deuxième lecture, elle a effectué un retour en arrière pour se rallier, à une faible majorité, il est vrai, à la solution du Conseil des Etats.

Ensuite, il faut rappeler qu'il est question ici de mesures extraordinaires, qui peuvent être mises en place par l'autorité compétente. Dans cette optique, il est donc essentiel de mettre à disposition l'outillage minimum requis en cas d'évolution dramatique, ne serait-ce que pour éviter le recours au droit d'urgence. Mais le caractère exceptionnel des mesures est aussi la garantie que l'on évitera des tracasseries inutiles à la branche lorsque cela n'est pas nécessaire. A ce titre, ces règles auront même un caractère préventif, puisque le meilleur moyen pour les prestataires d'y échapper est de prendre eux-mêmes les précautions spontanées pour éviter que l'on en vienne aux extrémités qui rendraient applicables les articles 46 et 47.

Enfin, et c'est le plus important, les dispositions prévues par le Conseil des Etats sont insuffisantes et incohérentes du point de vue économique. En effet, les rudiments de cette science nous enseignent qu'il n'est pas possible d'appliquer des mesures dirigées aux transactions sans agir simultanément sur les deux composantes du contrat: la quantité et le prix. Nos paysans le savent bien, il n'est pas possible de leur garantir le prix du lait sans continger la quantité. Par analogie, il n'est pas possible de bloquer les tarifs et les prix des prestations médicales sans en contrôler simultanément les quantités produites. D'ailleurs, les premières indications relatives à l'expérience de blocage des tarifs qui est en cours vérifie cette leçon élémentaire.

C'est au nom de cette simple logique que le groupe PDC estime qu'il est nécessaire de prévoir des mesures exceptionnelles pour l'ensemble du secteur de la santé.

Sieber: Ich spreche zu Artikel 46. Wer einen Vierspanner bremsen will, muss alle Pferde gleichzeitig an die Kandare nehmen. Wer im Gesundheitswesen die davongaloppierenden Kosten bremsen will, kann nicht die Geschwindigkeit von zwei Pferden drosseln und die beiden anderen wie bisher weitergaloppieren lassen. Oder anders gesagt: Die Opfersymmetrie muss stimmen. Dass diese Opfersymmetrie vor allem den Kinderpsychiater oder einen Landarzt trifft, ist bedauerlich. Noch mehr befremden aber die Einkommensunterschiede innerhalb des Aerztestandes. Die riesigen Einkommensunterschiede zwischen dem erwähnten Landarzt und einem Urologen sind den Bürgern und Prämienzahlern schlicht unverständlich, denn die hohe Verantwortung und die Präsenzzeiten dieser Aerzte unterscheiden sich wohl kaum voneinander. In den ärztlichen Standesregeln steht: «Wahrung von Ehre und Ansehen des Standes.» Gerade diese Einkommensunterschiede aber sind es, die den Aerzten leider in der Öffentlichkeit immer wieder schaden. Wir sind der Auffassung, dass eine Globalbudgetierung in ausserordentlichen Lagen der ärztlichen Standesorganisation Gelegenheit gibt, die offensichtlichen Wohlstandspolster bei einzelnen Mitgliedern etwas abzuspucken. Bei davongaloppierenden Kosten ist es absolut unangebracht, dass zugunsten solcher Wohlstandspolster mit Prämiegeldern munter weitergemästet oder weitergefüttert wird. Die Opfersymmetrie sollte in solch schwierigen Situationen bei allen ansetzen, auch unter den Aerzten; das hebt ihr Ansehen sicher mehr, als ihnen die paar Franken Einkommenseinbusse schaden.

Namens der LdU/EVP-Fraktion bitte ich Sie, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

Rychen: Bei den Artikeln 46 und 47 haben wir zwei Hauptprobleme:

1. Soll die Globalbudgetierung nur auf die stationäre Behandlung oder auch auf die ambulante Behandlung übertragen werden? Wir sind der Meinung, dass es vorläufig genügt, die Globalbudgetierung auf die stationäre Behandlung einzuschränken.

2. Soll es der Bund oder sollen es die Kantone tun? Wir sind der Meinung, die Kantone sollen die Hauptverantwortung übernehmen. Sie haben auch die Hauptverantwortung für die medizinische Infrastruktur im stationären Bereich.

Im ambulanten Bereich – das gestehen wir ein – besteht ein grosses Problem in bezug auf die Mengenausweitung; das ist richtig festgehalten worden. Aber was hier von jenen, die die Minderheit vertreten, nicht gesagt worden ist: Mit Artikel 47 gemäss Mehrheitsantrag ist ein griffiges Instrument für die Tariffestsetzung in ausserordentlichen Lagen vorhanden, d. h., dort kann sogar der Bundesrat in bezug auf die Tarife und Preise eingreifen, ähnlich wie wir das zurzeit mit den dringlichen Bundesbeschlüssen erleben. Glücklicherweise hat die Erfahrung gezeigt, dass diese dringlichen Massnahmen doch eine Wirkung erzielt haben. Deshalb glaubt die SVP-Fraktion, dass die Anträge der Mehrheit zu den Artikeln 46 und 47 vorerst genügen.

Ich möchte noch ein Wort an Herrn Kollega Sieber richten. Herr Kollega Sieber hat hier im Zusammenhang mit den Artikeln 46 und 47 von den unterschiedlichen Aerzteeinkommen gesprochen. Ich möchte einfach festhalten, dass das hier in diesen Artikeln nicht geregelt werden kann. Es ist dann Aufgabe der Tarifpartner, die «Tarifumbauten» so zu gestalten, dass tatsächlich ungerechtfertigte Einkommensunterschiede abgebaut werden respektive eine gerechtere Einkommensverteilung innerhalb der Aerzteschaft erzielt werden kann. Das können wir aber mit diesen Artikeln nicht regeln.

Also möchte ich bitten, nicht falsche Hoffnungen zu wecken, indem man hier dem Minderheitsantrag zustimmt. Die SVP-Fraktion ist – ich wiederhole es – ganz klar für die Anträge der Mehrheit zu den Artikeln 46 und 47.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Zwei Vorbemerkungen:

1. Die Kommission hat auf keiner Stufe ihrer Beratungen die Notwendigkeit bestritten, in ausserordentlichen Lagen spezielle Massnahmen zu statuieren. Die Meinungsverschiedenheiten bezogen sich auf das Wieviel und darauf, wer die Kom-

petenz dazu haben soll. Für Details muss ich Sie auf unseren ausführlichen Bericht verweisen.

2. Die Entscheide in der Kommission zu diesem Artikel waren zu jedem Zeitpunkt sehr knapp; sie wurden immer nur mit einer Stimme Differenz gefällt. Es gab wohl keinen Abschnitt im ganzen Gesetz, der dermassen umstritten war wie dieser.

Der Bundesrat geht mit Artikel 46 von einer Kompetenz aus, die er selber hat. Er könnte gemäss dem Wortlaut des Entwurfes ein Globalbudget – eine scharfe Massnahme – für alle Bereiche festlegen. Dazu kommt in Artikel 47 die Möglichkeit einer Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer.

Der Ständerat hat beides abgelehnt. Der Ständerat hat stattdessen die Kompetenz auf die Kantone verlagert, die nach seiner Version zwei Möglichkeiten haben sollen: im stationären Bereich haben sie die Kompetenz zur Festsetzung eines Globalbudgets und nach Artikel 47, im ambulanten Bereich, nach dem Muster des dringlichen Bundesbeschlusses, die Kompetenz, einen Tarif- und Preisstopp zu verordnen, wenn die Kostensteigerung doppelt so hoch ist wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

Im Laufe unserer Beratungen wurde dann vom Bundesamt für Sozialversicherung gewissermassen ein Vermittlungs- oder ein Kombinationsvorschlag eingebracht, der eben mit der berühmten einen Stimme Differenz vorerst einmal eine Mehrheit gefunden hat. Er ist eine echte Kombination aus beiden Vorkonzepten, er ist flexibler als die Lösung gemäss bundesrätlichem Entwurf und bringt doch mehr als die Lösung des Ständerates. Die Kompetenz würde bei den Kantonen verbleiben, aber die Kantone hätten zwei Instrumente für den ambulanten Bereich, nämlich sowohl Tarif- und Preisstopp als auch Globalbudget.

Da Globalbudgets nicht von heute auf morgen eingeführt werden können, war die Meinung, dass als Sofortmassnahme ein Tarif- und Preisstopp eingeführt werden könnte. Das ist nicht unwichtig, weil das – wie wir vom Dringlichkeitsrecht her wissen – wirklich Massnahmen sind, die man rasch einführen kann. Die Kommission hat in der ersten Lesung diesem Konzept – auf der Fahne als Eventualantrag der Minderheit bezeichnet – mit einer Stimme Differenz zugestimmt.

Die Kommission hat sowohl in der ersten als auch in der zweiten Lesung den ursprünglichen Artikel 47 mit den Zulassungsbeschränkungen abgelehnt. In der zweiten Lesung hat sich die Kommission dann für das Konzept des Ständerates entschieden, also: Kompetenz klar an die Kantone delegiert, Beschränkung des Instruments der Globalbudgetierung auf den stationären Bereich, Tarif- und Preisstopp nach dem Muster des dringlichen Bundesbeschlusses in allen übrigen Bereichen.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Mehrheit der Kommission zu folgen.

M. Philipona, rapporteur: Je vais essayer de résumer la situation avant le vote.

Nous traitons là des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts. Ces mesures sont donc prévues en cas d'échec des autres mesures. Elles doivent aussi être temporaires. Le Conseil fédéral et la minorité de la commission proposent le système des budgets globaux et une limitation de l'admission de pratiquer. Comme le Conseil des Etats, la majorité de la commission propose, dans de tels cas, la solution du budget global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médicaux-sociaux. Dans le système ambulatoire, par contre, c'est le principe des arrêtés fédéraux urgents qui est repris, mais en un peu moins rigide cependant.

Si la majorité de la commission, par 11 voix contre 10 une fois, et par 10 voix contre 10 une autre fois – c'est une faible majorité, mais majorité quand même –, renonce au budget global dans le domaine ambulatoire, c'est bien pour des raisons de praticabilité. Il n'existe en effet que très peu de critères connus, ou pas du tout, pour répartir des moyens financiers entre les différents fournisseurs de prestations.

Va-t-on prendre le risque de voir des laboratoires ou des médecins fermer boutique en décembre parce que le quota est utilisé? Que feront les malades devant de telles situations? L'exemple de l'Allemagne est certes intéressant, mais il est

quand même très différent de la situation en Suisse, puisqu'en Allemagne la rémunération des médecins a toujours lieu par l'intermédiaire des associations de médecins.

La majorité de la commission a également renoncé à une interdiction professionnelle pour les jeunes médecins qui arrivent au bout de leurs longues études. Il a paru aberrant d'en arriver là après une telle formation, qui occasionne des coûts si importants pour l'Etat.

Nous vous recommandons donc de voter la version de la majorité de la commission.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: Nous sommes effectivement à un point central du débat et je constate avec satisfaction que personne n'a mis en question la nécessité de mettre dans la loi des mesures extraordinaires de maîtrise des coûts. Il faut prévoir le cas où on se retrouverait dans une évolution telle que celle que nous avons connue et tout faire pour éviter d'avoir à ce moment-là à se saisir de l'instrument du droit d'urgence.

Nous sommes face à trois possibilités: la version initiale du Conseil fédéral, qui est appuyée par la minorité Seiler Rolf de la commission du Conseil national, la version du Conseil des Etats appuyée par la majorité de votre commission et la proposition subsidiaire de la minorité qui se situe à mi-chemin entre les deux autres propositions.

La version initiale du Conseil fédéral est la plus rigoureuse. Elle donne plus de pouvoir au Conseil fédéral que les autres propositions, notamment parce qu'elle ne précise pas dans la loi les conditions de l'intervention, les critères qui doivent déclencher l'intervention; ceux-ci restent de l'appréciation du Conseil fédéral. Elle prévoit des mesures dans le domaine tarifaire et en matière d'admission des fournisseurs de prestations.

Dans le domaine tarifaire – c'est-à-dire à l'article 46, si la maîtrise des coûts l'exige –, le Conseil fédéral peut intervenir dans le secteur hospitalier ou ambulatoire en fixant des budgets globaux pour certaines ou pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations, dans certains cantons ou sur l'ensemble du territoire national. Cette mesure crée le lien nécessaire entre prix et quantité de façon à éviter ce que nous constatons peut-être actuellement, c'est-à-dire qu'un stop des tarifs peut entraîner une augmentation des volumes et, de ce fait, rendre inopérante la mesure prise. Elle est un coup de frein énergique à l'évolution des coûts et, encore une fois, il est satisfaisant de penser que tout le monde reconnaît la nécessité de prévoir la possibilité d'un frein d'urgence dont l'emploi sera forcément limité dans le temps.

En ce qui concerne l'admission des fournisseurs de prestations à l'article 47, dans le projet du Conseil fédéral, si la maîtrise des coûts l'exige, le Conseil fédéral peut limiter l'accès des fournisseurs de prestations à l'assurance-maladie en se basant notamment sur le critère du besoin. Là aussi, la mesure doit être limitée dans le temps. Cette version du Conseil fédéral tient compte, elle, du caractère paradoxal du marché des prestations de soins, caractère paradoxal qui veut que plus l'offre augmente, plus les prix augmentent également, alors que la règle normale voudrait qu'une augmentation de l'offre ait pour effet une baisse des prix. Sur ce marché si particulier que différents partenaires veillent à réguler, cette régulation justement ne fonctionne pas et, encore une fois, l'augmentation de l'offre a pour conséquence l'augmentation des prix. Cela est statistiquement contrôlable.

La version du Conseil des Etats rejette la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations. L'argument utilisé est – nous l'avons entendu aussi à cette tribune – que cette mesure introduit une limitation après coup, alors qu'il faudrait l'introduire en amont par le *numerus clausus* pour accéder aux études médicales.

Quant aux mesures proposées par le Conseil fédéral en matière tarifaire, le Conseil des Etats et la majorité de votre commission modifient la responsabilité, le seuil d'intervention et le champ d'application.

En ce qui concerne la responsabilité, la majorité de la commission veut la transférer essentiellement aux cantons et non à la Confédération.

En ce qui concerne le champ d'application du budget global, elle veut le réserver uniquement au secteur hospitalier, c'est-à-dire aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux.

En ce qui concerne le seuil d'intervention, elle introduit un critère pour le déclenchement de ces mesures extraordinaires, ce critère étant: lorsque les frais des soins augmentent deux fois plus que la moyenne des prix et des salaires, le blocage reste en vigueur tant que la croissance des coûts dépasse de plus de 50 pour cent l'évolution générale des prix et des salaires.

Dans un esprit de compromis et pour tenir compte aussi de la responsabilité première des cantons en matière de politique de la santé, j'ai eu l'occasion de présenter la proposition subsidiaire de la minorité qui se situe à mi-chemin entre la version initiale du Conseil fédéral et celle du Conseil des Etats. Cette proposition subsidiaire a été acceptée par votre commission en première lecture, alors qu'elle a été uniquement abandonnée de justesse en deuxième lecture. Elle reprend effectivement des éléments des deux versions principales et se situe, encore une fois, exactement à mi-chemin. Comme le Conseil des Etats, elle renonce à la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations, mais dans le domaine tarifaire, si elle reprend du Conseil des Etats l'attribution des compétences prioritairement cantonales et l'idée qu'il faut un seuil d'intervention fixé dans la loi, elle ne limite pas les mesures au seul blocage des tarifs et des prix, mais laisse aux autorités compétentes la possibilité de choisir au besoin l'instrument du budget global. Cette solution est souple. Elle a l'avantage de permettre aux autorités de doser l'intervention selon la gravité de la situation. Elle laisse au Conseil fédéral la compétence pour coordonner les mesures à la demande des assureurs.

Le projet initial du Conseil fédéral, soutenu par la minorité de la commission, est certainement opportun, et la seule façon d'assurer la souplesse qu'il faut pour donner le coup de frein dans les circonstances qui le réclameront, et de donner à une instance la possibilité d'actionner ce frein d'urgence.

La proposition subsidiaire de la minorité, qui donne davantage de compétences aux cantons, qui retarde, peut-être, ce coup de frein, reste, cependant, très satisfaisante contrairement à la proposition de la majorité de la commission.

Je vous invite donc à soutenir les propositions subsidiaires de la minorité de la commission.

Eventuelle, namentliche Abstimmung

Vote préliminaire, par appel nominal

Für die Anträge der Mehrheit stimmen:

Votent pour les propositions de la majorité:

Allenspach, Aregger, Aubry, Baumberger, Berger, Bezzola, Binder, Bischof, Blatter, Bonny, Borer Roland, Borradori, Bortoluzzi, Bühler Simeon, Bühler Gerold, Camponovo, Cavadini Adriano, Chevallaz, Columberg, Comby, Cotti, Couchepin, Daepf, Dettling, Dreher, Ducret, Eggly, Epiney, Etique, Eyermann Christoph, Fehr, Fischer-Hägglingen, Fischer-Seengen, Fischer-Sursee, Frey Claude, Friderici Charles, Fritsch Oscar, Früh, Giger, Gros Jean-Michel, Gysin, Hari, Heberlein, Hegetschweiler, Hess Otto, Iten Joseph, Jenni Peter, Keller Rudolf, Kern, Kühne, Leuba, Loeb François, Maitre, Mamie, Miesch, Moser, Mühlemann, Müller, Nabholz, Narbel, Nebiker, Neuenschwander, Oehler, Perey, Philipona, Pidoux, Poncet, Reimann Maximilian, Rohrbasser, Rutishauser, Rycken, Sandoz, Savary, Scherrer Jürg, Scherrer Werner, Scheurer Rémy, Schmied Walter, Schnider, Schwab, Segmüller, Seiler Hanspeter, Spoerry, Stalder, Stamm Luzi, Steffen, Steinegger, Steinemann, Steiner Rudolf, Stucky, Suter, Tschopp, Tschuppert Karl, Vetterli, Wanner, Wick, Wittenwiler, Wyss Paul, Wyss William, Zölch (99)

Für die Anträge der Minderheit stimmen:

Votent pour les propositions de la minorité:

Aguet, Bär, Baumann, Bäuml, Béguelin, Bircher Peter, Bodenmann, Borel François, Brügger Cyrill, Brunner Christiane, Bühlmann, Bundi, Bürgi, Caccia, Carobbio, Caspar-Hutter, Danuser, Darbellay, de Dardel, David, Deiss, Diener, Dormann, Dünki, Duvoisin, Eggenberger, Engler, Fankhauser,

Fasel, von Felten, Gardiol, Gobet, Gonseth, Grendelmeier, Gross Andreas, Grossenbacher, Haering Binder, Hafner Ursula, Haller, Hämmerle, Hess Peter, Hollenstein, Hubacher, Jäggi Paul, Jeanprêtre, Jöri, Keller Anton, Ledergerber, Leemann, Leuenberger Ernst, Leuenberger Moritz, Maeder, Marti Werner, Mauch Ursula, Meier Hans, Meyer Theo, Misteli, Ragenbass, Rebeaud, Rechsteiner, Robert, Ruckstuhl, Schmid Peter, Seiler Rolf, Sieber, Spielmann, Stamm Judith, Steiger Hans, Strahm Rudolf, Theubet, Thür, Tschäppät Alexander, Vollmer, Weder Hansjürg, Wiederkehr, Zbinden, Ziegler Jean, Zisyadis, Zwahlen, Zwygart (80)

Der Stimme enthalten sich – S'abstiennent:

Hafner Rudolf, Leu Josef, Meier Samuel (3)

Abwesend sind – Sont absents:

Blocher, Cincera, Frey Walter, Giezendanner, Goll, Graber, Herczog, Hildbrand, Jaeger, Maspoli, Matthey, Mauch Rolf, Maurer, Pini, Ruf, Ruffy, Züger (17)

Präsident Schmidhalter stimmt nicht

M. Schmidhalter, président, ne vote pas

Definitiv – Définitivement

Für die Eventualanträge der Minderheit	81 Stimmen
Für die Anträge der Mehrheit	78 Stimmen

Art. 47bis (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Jöri, Brunner Christiane, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Leuenberger Ernst, Sieber)

Titel

Anwendung von Nichtoriginalpräparaten

Wortlaut

Wenn es zur Eindämmung der Kostenentwicklung erforderlich ist, kann der Bundesrat für eine befristete Zeit veranlassen, dass anstelle von Originalpräparaten nur kostengünstige Generika von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden müssen.

Art. 47bis (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Jöri, Brunner Christiane, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Leuenberger Ernst, Sieber)

Titre

Utilisation de génériques

Texte

Lorsque la lutte contre le renchérissement l'exige, le Conseil fédéral peut décider que, pendant un temps déterminé, seuls les génériques moins coûteux seront à la charge de l'assurance-maladie sociale, à l'exclusion des préparations originales.

Jöri, Sprecher der Minderheit: Nachdem Sie sich bei den Artikeln 46 und 47 immerhin für den Eventualantrag entschieden und damit – wenigstens im Nationalrat – bewiesen haben, dass Kostendämpfung doch nicht nur ein leeres Wort bleiben soll, versuche ich, Ihnen eine weitere Kostendämpfungsmassnahme beliebt zu machen:

Sie haben in löblicher Absicht in Artikel 44 Absatz 3 festgeschrieben, die Leistungserbringer hätten dafür zu sorgen, dass neben den Originalpräparaten vermehrt kostengünstige Nichtoriginalpräparate zur Anwendung gelangen. Diese recht unverbindliche Empfehlung an die Verkäufer von Medikamenten wird leider kaum spürbare Erfolge bringen. Wer verzichtet schon gerne freiwillig – sei er nun ein Arzt, ein Apotheker oder ein Pharmaproduzent – auf einen höheren Verkaufsgewinn?

Weil der Mensch sich leider nicht so ideal verhält, wie wir uns das vielleicht wünschen würden oder wie wir das erwarten könnten, müssen wir einen kleinen, kleinen Schritt weiter gehen.

Die Minderheit schlägt deshalb vor, der Bundesrat solle, wenn es zur Eindämmung der Kostenentwicklung erforderlich ist, für eine befristete Zeit veranlassen können, dass anstelle von Originalpräparaten nur kostengünstige Generika von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden müssen. Mit dieser ausserordentlichen und befristeten Massnahme, die auf einer Kann-Formulierung beruht, wird von den Leistungsanbietern im Sinne der vielgepriesenen Opfersymmetrie erwartet, dass sie sich allenfalls beim Medikamentenverkauf mit einer leicht geringeren Gewinnmarge zufriedengeben.

Ich bin mir bewusst, dass wir mit dem KVG die Medikamentenkosten nur zum Teil zu beeinflussen vermögen. Die gesetzgeberischen Möglichkeiten jedoch, die uns gegeben sind, sollten wir zumindest voll ausschöpfen. Entscheidendes kann in dieser Frage aber der Preisüberwacher bewirken, der – so hoffen wir – seine Möglichkeiten voll ausschöpfen und sich auch durchsetzen wird.

Wick: Ich gebe eine Erklärung als Arzt ab, nicht als Fraktionssprecher. Ich möchte Ihnen sagen: Beschneiden Sie bitte hier die Handlungsfreiheit der Aerzte nicht allzusehr, lassen Sie es beim Artikel 44 bewenden! Warum? Nicht alle Generika – Generika heisst gleicher Wirkstoff wie in einem Originalpräparat – sind gleich wirksam wie der gleiche Stoff in der Originalgalenik, also im Originalmedikament. Es gibt berühmte Beispiele, wo Antibiotika unresorbiert wieder im Stuhl zum Vorschein gekommen sind. Es wurde zwar die gleiche Substanz eingenommen, aber sie wurde nicht resorbiert, sie konnte keine Wirkung entfalten, sie kam unverändert im Stuhl wieder zum Vorschein. Das ist nur ein besonders drastisches Beispiel.

Sie sollten den Entscheid, welches Präparat man beim Patienten anwenden will, nun wirklich den Aerzten überlassen; sie sind die Fachleute dafür.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Die Minderheit Jöri verlangt einen sehr weit gehenden Eingriff in die Behandlungsfreiheit. Wir müssen uns vor Augen halten, dass – wie Herr Wick gesagt hat – Generika mit den Originalpräparaten nicht unbedingt identisch sind, und es gilt ein Zweites im Auge zu behalten: Generika gibt es ja nur für Originalpräparate, deren Patentschutz abgelaufen ist. So gesehen schränken Sie mit dieser Bestimmung gemäss Antrag der Minderheit die Behandlungsfreiheit nicht nur in bezug auf Original und Generika ein, sondern Sie schränken das Spektrum überhaupt ein. Aus diesem Grunde lehnt die Kommissionsmehrheit diesen Antrag – 11 zu 6 Stimmen – ab, und ich lade Sie ein, das gleiche zu tun.

M^{me} **Dreifuss**, conseillère fédérale: La mesure proposée par la minorité de la commission est trop rigoureuse parce qu'elle réduit la liberté thérapeutique. Elle est trop rigoureuse aussi parce qu'elle choisit un mauvais instrument pour réaliser l'objectif.

Nous avons l'instrument du tarif de remboursement des médicaments. C'est à travers cet instrument-là que l'on peut fixer le prix des médicaments d'une façon telle que soit pénalisée la prescription des médicaments les plus chers et que le prix des génériques serve également de référence. Ainsi, celui qui choisira l'original pourra le faire. Il ne sera d'ailleurs pas exclu du remboursement, mais il devra supporter la différence de prix qui résulte de ce choix. Tandis que si l'on venait à exclure les préparations originales du remboursement par l'assurance, on empêcherait en général le médecin de prescrire le médicament qui lui paraît le plus apte à traiter la maladie. Je vous propose de rejeter la proposition de la minorité de la commission.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit

83 Stimmen
40 Stimmen

Art. 48

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 49

Antrag der Kommission

Abs. 1

Mehrheit

Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Aerztegesellschaften Vertrauensärzte. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 30 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis tätig gewesen sein.

Minderheit

(Hafner Rudolf, Brunner Christiane, Eggenberger, Goll, Gonseth, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Sieber)

.... tätig gewesen sein. Für die Beurteilung im Bereiche der speziellen therapeutischen Methoden müssen sie eine entsprechende Zusatzausbildung und mindestens drei Jahre praktische Erfahrung mit diesen Methoden nachweisen können.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Eine kantonale Aerztegesellschaft kann einen Vertrauensarzt aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 81.

Abs. 4–8

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 49

Proposition de la commission

Al. 1

Majorité

Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission selon l'article 30 et avoir exercé une activité dans un cabinet médical pendant cinq ans au moins.

Minorité

(Hafner Rudolf, Brunner Christiane, Eggenberger, Goll, Gonseth, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Sieber)

.... cinq ans au moins. Pour l'évaluation de méthodes thérapeutiques particulières, ils doivent être au bénéfice d'une formation complémentaire dans le domaine ainsi que d'une expérience pratique de ces méthodes d'au moins trois ans.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Une société médicale cantonale peut refuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'article 81 doit statuer.

Al. 4–8

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Abs. 1 – Al. 1

Hafner Rudolf, Sprecher der Minderheit: In Artikel 49 Absatz 1 möchte die Minderheit erreichen, dass die Vertrauensärzte dann tätig werden können, wenn sie sich über Wissen und Erfahrung im entsprechenden Bereich ausweisen können.

Im Grunde genommen ist der Antrag eine Selbstverständlichkeit, da in allen Bereichen der wissenschaftlichen Tätigkeit die Anforderung besteht, dass diejenigen, die etwas zu beurteilen haben, über ein entsprechendes Wissen und eine entsprechende Erfahrung verfügen. Der Antrag ist insofern von Bedeutung, als in Zukunft das System der Vertrauensärzte stark ausgebaut werden soll. Ich habe von den Krankenkassen gehört, dass sie in Zukunft mehr Vertrauensärzte anstellen wol-

len. Das Faktum der Vertrauensärzte betrifft sowohl die Patienten als auch die Aerzte, da die Krankenkassen jeweils bestimmen, ob die Leistungen bezahlt werden oder nicht.

Der Antrag der Minderheit sieht vor, dass sich diese Aerzte über «eine entsprechende Zusatzausbildung und mindestens drei Jahre praktische Erfahrung» ausweisen müssten. Das würde verhindern, dass die Krankenkassen beispielsweise einen Orthopäden als Vertrauensarzt anstellen würden, der von den Transplantationen bis zu den Verfahren der Komplementärmedizin alles zu beurteilen hätte. Es dürfte jedermann klar sein, dass ein Orthopäde in seinem Fachgebiet sicher ein Spezialist, ein Experte, sein kann, dass er aber unmöglich in der Lage ist, in sämtlichen Bereichen zu beurteilen, was gut ist und was bezahlt werden soll. Es wäre grotesk, wenn beispielsweise ein Orthopäde völlig andere Sachbereiche beurteilen würde.

Sie haben bei Artikel 26 freundlicherweise dem Antrag zugestimmt, der postuliert, dass kein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit erfolgen muss. In Artikel 49 geht es um einen Sachverhalt, der noch selbstverständlicher ist als derjenige in Artikel 26. Bei einer repräsentativen Umfrage haben 83 Prozent der Befragten erklärt, dass sie Verfahren der Komplementärmedizin bei der Krankenversicherung mit inbegriffen haben wollen.

Ich habe Ihnen schon einmal aus einem Gutachten von Professor Saladin und Mitarbeitern zitiert, wo klar festgehalten wird, dass Patienten aufgrund des Grundrechtes der persönlichen Freiheit Anrecht darauf haben, eine Therapie oder ein Medikament beanspruchen zu können, die oder das sie zusammen mit ihrem Arzt als gut und wirksam betrachten. Es kann daher nicht die Rede davon sein, dass der Vertrauensarzt als zwischengeschaltete Instanz das unterlaufen würde. Damit würde man provozieren, dass entsprechende Rechtswege eingeschlagen würden.

Ich bitte Sie, in Konsequenz zum Entscheid bei Artikel 26 bei Artikel 49 dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

M. Philipona, rapporteur: La minorité Hafner Rudolf, en ce qui concerne les médecins-conseils, demande une formation complémentaire et une expérience pratique d'au moins trois ans pour des méthodes particulières. On peut comprendre ce souhait, mais c'est totalement excessif et même irréalisable.

Il n'y a pas seulement l'homéopathie, il y a toutes sortes de méthodes particulières, et demander une expérience de trois ans et une formation complémentaire pour chaque méthode, c'est absolument impossible. On ne trouvera pas de médecins-conseils qui répondront à de tels critères. Même en médecine classique, une expérience dans chaque domaine n'existe pas.

Il faut donc faire confiance, c'est le but, et le médecin-conseil devra se renseigner, se tenir au courant, afin de décider en connaissance de cause, mais la proposition de la minorité va tout à fait trop loin. La majorité de la commission demande déjà une activité de cinq ans en cabinet médical pour avoir une expérience de médecin-conseil, mais c'est impossible d'aller aussi loin que la minorité Hafner Rudolf.

Nous vous demandons donc de rejeter cette proposition de minorité. La commission l'a fait par 12 voix contre 2 en première lecture et par 11 voix contre 7 en deuxième lecture.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit	Minderheit

Abs. 2–8 – Al. 2–8

Angenommen – Adopté

Art. 50

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Goll, Brunner Christiane, Dormann, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Seiler Rolf)

....

a. oder Behandlungsverfahren oder von solchen, die chirurgische Eingriffe zur Folge haben, welche in einer vom Bundesrat aufgestellten Liste enthalten sind, die Zustimmung des Vertrauensarztes eingeholt wird;

....

Art. 50

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Goll, Brunner Christiane, Dormann, Gonseth, Hafner Rudolf, Hafner Ursula, Jöri, Keller Rudolf, Seiler Rolf)

....

a. particulièrement coûteuses ou celles qui entraînent des interventions chirurgicales figurant sur une liste établie par le Conseil fédéral;

....

Abs. 1, 2 – Al. 1, 2

Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Frau **Hafner** Ursula, Sprecherin der Minderheit: Bundesrat und Ständerat wollen mit diesem Artikel dem Bundesrat die Kompetenz geben, vor der Durchführung besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes einzuholen.

Wir möchten diese Kompetenz auch in bezug auf bestimmte chirurgische Eingriffe geben. Gerade im Bereich der chirurgischen Eingriffe werden oft Operationen durchgeführt, die an sich gar nicht nötig wären. Eine vom Chef des Tessiner Gesundheitswesens in Auftrag gegebene Studie hat ergeben, dass jede dritte Operation unnötig ist.

Mit chirurgischen Eingriffen werden die Spitalbetten und die Portemonnaies der Aerzte «gefüllt». Die Aerzte lassen sich selber viel weniger häufig operieren als die Leute, die nicht vom Fach sind. Uebrigens greifen die Aerzte auch bei Anwälten, die bei einem Fehlschlag rechtliche Schritte unternehmen könnten, weniger häufig zum Skalpell. Je tiefer der soziale Stand und das Informationsniveau der Patientinnen und Patienten, um so häufiger die Operationen. Am grössten ist der Unterschied bei Gallenblasenoperationen. Da ist – gemäss der Tessiner Studie – die Zahl der Eingriffe bei «Normalsterblichen» um sage und schreibe 84 Prozent höher, als wenn die Chirurgen selber unter das Messer müssten. Bei Aertztinnen und Angehörigen von Aerzten werden 58 Prozent weniger Gebärmutterentfernungen vorgenommen als bei anderen Frauen.

Der Bundesrat sollte aufgrund von Erfahrungswerten eine Liste von chirurgischen Eingriffen erstellen, bei welchen vor der Durchführung einer Operation der Vertrauensarzt beigezogen und damit eine «second opinion» eingeholt werden muss.

Verschonen Sie unsere Bevölkerung davor, unnötig unters Messer der Chirurgen zu kommen! Sie tun gleichzeitig etwas für die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Nach den Berechnungen des Auftraggebers der Tessiner Studie könnten bei den sieben in die Untersuchung einbezogenen Eingriffen mehr als 200 Millionen Franken im Jahr gespart werden, wenn wir die unnötigen Operationen vermeiden.

Stimmen Sie deshalb dem Minderheitsantrag zu.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Mit dem Ziel des Antrages der Minderheit Goll ist die Mehrheit durchaus einverstanden: Unnötige Behandlungen sollen vermieden werden. Nur geht das, was die Minderheit hier will – die Spezifikation der chirurgischen Eingriffe – zu weit. Diese sind nämlich unter Absatz 3

Buchstabe a unter den «bestimmten Behandlungsverfahren» subsumiert. Diese Bestimmung, die der Bundesrat vorge schlagen und der Ständerat modifiziert hat, lässt durchaus das zu, was die Minderheit will. Es ist nicht gerechtfertigt, dies im Gesetz explizit für die chirurgischen Eingriffe zu spezifizieren. Wenn schon, dann wäre eine entsprechende Liste für aufwendige Diagnosen ebenso notwendig.

Das ist der Grund, warum sich die Kommissionsmehrheit (mit meinem Stichtentscheid) für die Fassung des Ständerates entschieden hat.

Ich bitte Sie, dasselbe zu tun.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag der Minderheit	Minderheit

Art. 51

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 52

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

.... das Kalenderjahr. Die Prämien und die Leistungen für Krankheit und für Unfälle sind getrennt auszuweisen.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 52

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

.... l'année civile. Les montants des primes et des prestations relatives aux cas de maladie et d'accidents doivent être indiqués séparément.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 53

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

.... als für ältere Versicherte (Erwachsene). Er ist berechtigt, dies auch für die Versicherten zu tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und im Ausbildung begriffen sind.

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Leuba

Abs. 1

Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer Prämien, die nach dem Alter abgestuft werden können. Die Höchstprämie darf aber das Doppelte der Mindestprämie nicht übersteigen.

Abs. 1bis (neu)

Für Männer und Frauen gleichen Alters gelten die gleichen Prämien.

Antrag Zisyadis

Abs. 3

Die Versicherten bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) sind von der Prämienzahlung befreit. Für die Versicherten bis zum vollendeten 25. Altersjahr, die in Ausbildung begriffen sind, hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene).

Art. 53

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

.... (adultes). Il est autorisé à le faire pour les assurés n'ayant pas 25 ans révolus et qui fréquentent une école ou font des études ou un apprentissage.

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition Leuba

Al. 1

.... par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes qui peuvent être échelonnées selon l'âge. Toutefois, la prime la plus élevée ne peut pas dépasser le double de la prime la plus basse.

Al. 1bis (nouveau)

Les primes doivent être les mêmes pour les hommes et pour les femmes du même âge.

Proposition Zisyadis

Al. 3

Les assurés n'ayant pas 18 ans révolus (enfants) sont exonérés de primes. Pour les assurés n'ayant pas 25 ans révolus et qui fréquentent une école ou font des études ou un apprentissage, l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes).

M. Zisyadis: Le système actuel proposé de financement en fonction de primes individuelles est en quelque sorte déjà entré en vigueur, grandeur nature, dans deux cantons: Genève et Vaud. Or, qu'est-ce que l'on constate concrètement dans ces deux cantons? Les plus jeunes et les familles ont dû supporter des hausses de primes d'assurance-maladie considérables. Pour un même revenu, à conditions similaires, une famille composée de deux adultes et de deux enfants paie des cotisations près de trois fois plus élevées qu'un adulte vivant seul. Le mécontentement est grand chez ceux qui élèvent des enfants, futurs producteurs, et ceux qui vont financer, rappelons-le quand même, notre futur système de retraite.

Ce système induit une pénalisation des familles, si l'on n'introduit pas un minimum de correctifs dans la loi. Je sais bien qu'il est plus d'usage de parler de la famille dans les périodes électorales, mais je tiens à rappeler que notre pays est faible en matière de prestations pour la famille. Des études ont clairement démontré – certains auteurs de ces études sont d'ailleurs présents ici – que par rapport à un couple sans enfant, pour maintenir un niveau de vie égal, un couple avec un enfant doit avoir un montant de ressources supplémentaires d'un quart; avec deux enfants, de deux cinquièmes; et avec trois enfants, de trois cinquièmes. Il convient donc d'imaginer des solutions nouvelles, de prendre en compte les difficultés des familles qui ont déjà des allocations familiales très faibles dans notre pays, dispersées et trop diverses.

Je rappelle les chiffres du recours à l'assistance qui est prévu si on prend le seuil de 8 pour cent du revenu déterminant dans le cadre de cette loi. La moitié des ménages, 53 pour cent, auront droit à des subsides, et les trois cinquièmes des personnes, soit le 61 pour cent, y auront droit. Je fais deux constatations par rapport à ces chiffres. Cette loi va accoucher d'un dinosaure, qui a pour nom la bureaucratisation extrême du système dans laquelle vont être plongés de nombreux citoyens avec ce recours presque généralisé à l'assistance. Deuxième constatation, la différence entre 53 pour cent et 61 pour cent est une indication qu'il n'y a aucun coup de pouce aux familles et même plutôt une pénalisation.

Je vous propose, avec cet amendement, d'introduire la dimension familiale qui est absente dans ce projet, d'une part en maintenant l'enveloppe budgétaire actuellement prévue, et d'autre part en débureaucratisant en partie le système, tout d'abord sans coûts supplémentaires. Sur les 3 milliards de francs de subventions des pouvoirs publics prévus, 1 milliard de francs, grosso modo, peut être destiné à l'exonération des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, les deux autres milliards de

francs restant pour les subsides individuels tels qu'ils sont prévus. Ensuite, avec cette exonération, de nombreuses familles n'auront plus besoin de l'assistance, donc pas de bureaucratie supplémentaire, moins de frais administratifs et, au bout du compte, la reconnaissance d'une certaine dignité des familles.

Je voudrais attirer votre attention aussi sur le futur de cette loi, qui est problématique, pour ne pas dire parfois inquiétant. Si le montant fixe de 3 milliards de francs de subventions est maintenu ces quatre prochaines années, et si les cotisations d'assurance-maladie augmentent de 25 pour cent, ce qui est déjà inférieur aux dernières années, la limite des subventions passerait alors de 8 à 10 pour cent, ce qui veut dire que la part des ménages ayant droit aux subventions va passer, en quatre ans, de 53 pour cent à 38 pour cent et la part des personnes de 61 pour cent à 44 pour cent.

Je ne sais pas si vous êtes conscients des mécontentements que va provoquer ce système. Est-ce que vous voyez le système ultrabureaucratisé que nous sommes en train de mettre en place? Comment allons-nous résoudre ces problèmes? Est-ce que ce sera seulement par un simple transfert de charge sur les assurés, comme je l'imagine? Non! Tout cela ne paraît ni très sérieux ni surtout bien étudié. En exonérant les enfants jusqu'à 18 ans, vous apportez un correctif bienvenu qui introduit une notion de solidarité familiale et qui est un tout petit frein à ce dinosaure bureaucratique dont nous sommes en train d'accoucher.

M. Leuba: Nous sommes ici à un des points essentiels de la réforme, celui de la fixation de la prime unique. Mais, il faut bien voir immédiatement que ce principe de la prime unique – qui exprime au fond celui de la solidarité – peut conduire à des résultats tout à fait non souhaitables.

Nous l'avons dit dans le débat d'entrée en matière: au fond, le système de la prime unique est très simple. On prend dans les jeunes générations qui représentent de bons risques pour permettre de payer les soins pour les générations plus âgées qui présentent de mauvais risques. Nous ne contestons pas le principe même de cette solidarité entre les générations, mais nous estimons qu'ici on a – comme on dit en allemand – jeté l'enfant avec l'eau du bain. On est allé au-delà de ce qui est nécessaire pour assurer cette solidarité.

Nous l'avons dit dans le débat d'entrée en matière: les jeunes générations ont aussi leurs problèmes. Nous avons évoqué la difficulté de trouver des logements à des prix convenables. Souvent les jeunes générations doivent payer des prix surfaits, ou importants, pour pouvoir se loger. Mais, surtout, les jeunes générations – je rejoins ici curieusement l'argumentation de M. Zisyadis – ont des enfants à élever. On ne peut pas leur demander à la fois d'élever leurs enfants et de prendre la totalité du coût des soins pour les personnes âgées. Ce que nous vous demandons par notre amendement, c'est de trouver une solution plus flexible qui consiste à fixer un rapport maximum entre la cotisation la plus élevée et la cotisation la plus basse. De la sorte, les jeunes contribuent indiscutablement à financer l'assurance-maladie des personnes âgées, mais dans une mesure raisonnable.

Malheureusement, lorsque je vois cette salle et que je me regarde dans un miroir, je pense que nous sommes – nous personnellement – plus intéressés par la deuxième partie, c'est-à-dire par la prise en charge des cotisations des personnes âgées, que par le soulagement de la contribution des jeunes. Mais, avons-nous le droit, précisément nous, de ne pas penser à la jeune génération? Avons-nous le droit de remettre finalement tout le poids de l'assurance-maladie sur les épaules des jeunes? Le canton de Vaud a fait cet exercice, Madame la Conseillère fédérale, et j'ai vu ce que ça a donné pour certains jeunes. Ils ont vu leurs cotisations quadrupler ou quintupler simplement par l'application du principe de la solidarité. Alors, ça devient véritablement insupportable pour les jeunes.

Dernier argument. Nous savons que dans le cours normal d'une carrière les revenus vont en augmentant et en croissant. Et il est vrai que plus on avance dans sa carrière professionnelle – généralement, mais il y a des exceptions –, plus les revenus augmentent; par conséquent, plus la capacité de pren-

dre en charge les cotisations d'assurance-maladie augmente. Par conséquent, le système que nous vous proposons nous paraît raisonnable à cet égard. On met une limite. La solidarité s'exerce puisque les caisses ne peuvent pas augmenter indéfiniment les cotisations des personnes âgées, mais seulement de façon limitée.

J'aimerais terminer en faisant cette remarque: est-il raisonnable de mettre en place un système qui va conduire à allouer beaucoup de subventions à des jeunes? En réalité, on va créer un peuple d'assistés. Les subventions doivent plutôt être réservées aux catégories plus âgées de la population puisqu'elles seront ciblées. Dans ces conditions il nous paraît que mettre une limite ici, qui est de 1 à 2 telle que nous la proposons, est une solution qui, socialement, est beaucoup plus raisonnable que la cotisation unique. Elle exprime la solidarité puisqu'on ne peut pas augmenter indéfiniment, mais elle ne charge pas outre mesure les jeunes générations dont nous avons d'ailleurs besoin, ne serait-ce que pour assurer aussi notre sécurité sociale vieillissante.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Um gerade an die letzte Bemerkung von Herrn Leuba anzuknüpfen: Monsieur Leuba, un peuple assisté, nous l'avons aujourd'hui, et assisté à cent pour cent. C'est exactement ce que nous voulons changer. Auch die Kommission wollte das ändern.

Altersabgestufte Prämien bedingen ein anderes Finanzierungskonzept. Wir können sonst nicht mehr von der Solidarität zwischen den Generationen reden, sie wird unterlaufen wie indirekt auch die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Dieser Antrag läuft der Wiederherstellung einer vollumfänglichen Solidarität zuwider.

Bundesrat, Ständerat und die Kommission haben einer Abstufung der Prämien Kinder/Jugendliche/Erwachsene zugestimmt, im Sinne einer familienpolitischen Massnahme, wie sie schon heute verankert ist. Wir sind dabei sogar noch ein Stück weiter gegangen. Aber wir wollen das System nicht zurückdrehen. Immerhin ist das, was jetzt als bürokratischer Dinosaurier verschrien wird, ein System, wie beide Räte es 1986 in einer Motion verlangt haben. Wir haben also einem solchen System der individuellen Prämienverbilligung ausdrücklich zugestimmt.

Ich bitte Sie, den Antrag Leuba aus diesen prinzipiellen Erwägungen abzulehnen.

Zum Antrag Zisyadis: Wir sind in der familienpolitischen Ausrichtung ein Stück weiter als Bundesrat und Ständerat gegangen, indem wir nicht nur die niedrigeren Prämien bis zum vollendeten 18. Altersjahr zur Pflicht machen, sondern mit der Kann-Bestimmung auch ermöglichen, dass die Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr eine niedrigere Prämie bezahlen.

Ich bitte Sie, auch hier der Kommission zuzustimmen, denn es gilt noch etwas zu berücksichtigen: Jemand muss am Schluss ja dann zahlen. Wenn wir also unten, bei den Jungen, sehr stark entlasten, belasten wir dadurch die älteren Jahrgänge stärker, über die Prämien für diese älteren Jahrgänge oder über Bundesbeiträge.

Das Gesetz beruht aber auf dem Konzept der einheitlichen Prämie im Erwachsenenalter und der individuellen Prämienverbilligung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Ich bitte Sie, nicht von diesem Konzept abzuweichen.

M. Philipona, rapporteur: Le principe de la fixation des primes, selon la présente loi, est le suivant: chaque assureur doit fixer lui-même les primes nécessaires pour couvrir ses dépenses.

Contrairement à l'assurance-accidents obligatoire, il n'y a pas de tarif des primes commun aux assureurs. Chez un même assureur, les assurés doivent en principe payer la même prime. Seuls des échelonnements régionaux restent permis. Une exception importante est faite pour les moins de 18 ans, exception que la commission a élargie aux moins de 25 ans qui sont en formation. Dans ces cas-là, c'est la concurrence entre assureurs qui déterminera un échelonnement approprié des primes.

Si la commission accepte cette relative uniformité des primes, c'est parce que, en parallèle, à l'article 57, il sera tenu compte des assurés de condition modeste. Ce sont donc les assurés les plus faibles économiquement qui bénéficieront des réductions de primes.

La proposition Zisyadis est certainement très sympathique, mais il faut reconnaître qu'elle a pour conséquence qu'on distribuera des subventions aux enfants de parents fortunés qui ne demandent rien et qui se trouveraient peut-être même gênés de recevoir de telles subventions.

La proposition Leuba est également intéressante en soi, mais part du principe que les jeunes ont moins de moyens financiers que les anciens. C'est peut-être parfois, et même souvent, vrai, mais il ne faut pas en faire une règle.

C'est la raison pour laquelle la commission vous propose une autre solution que celles-ci.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: La proposition Leuba évoque l'idée que ce qui serait au cœur du projet dont nous discutons est un contrat entre les générations. En fait, ce qui est au cœur de ce projet, c'est un contrat entre malades et bien portants. Il est normal, effectivement, que des personnes âgées soient plus fréquemment malades parce qu'elles s'approchent du terme de leur vie, mais les coûts qu'elles occasionnent par cas de maladie sont les mêmes que les coûts occasionnés par les jeunes atteints par les mêmes maladies. En d'autres termes, une pneumonie à 30 ans ou une pneumonie à 70 ans coûte la même chose à la collectivité, et c'est cette solidarité de ceux qui n'ont pas de pneumonie envers ceux qui sont atteints par cette maladie que nous essayons d'établir. Ne parlons donc pas ici d'un contrat de générations, mais bien d'un contrat de solidarité entre malades et bien portants, d'un contrat de solidarité qui doit tenir pendant toute la vie des personnes assurées dans ce système.

La proposition Leuba modifie fondamentalement le système proposé de la prime unique déterminée par chaque assurance. Ce mécanisme connaît deux correctifs: le premier, je le répète, c'est le système qui permet de réduire les primes et le deuxième, c'est celui qui a déjà été introduit par la voie de l'arrêté fédéral urgent et qui consiste dans la péréquation des risques, ce qui fait que les caisses ne peuvent pas avoir avantage à faire systématiquement la chasse aux bons risques de façon à établir une catégorie particulière de gens tout en excluant d'autres groupes de risques. En acceptant la proposition Leuba, nous entrerions de nouveau dans la logique du système qui veut que chaque catégorie ait son système de primes particulier. Nous brisons cette logique-là et nous penchons pour le système de la prime unique, de la solidarité à l'intérieur d'une caisse, corrigée par la péréquation générale des risques et par le mécanisme de réduction des primes; dans ce sens-là, je vous invite à rejeter la proposition Leuba.

En ce qui concerne la proposition Zisyadis, je vous demande également de la rejeter à cause des arguments qui ont déjà été énoncés.

Il est clair que dans ce système de financement par des primes individuelles le montant des primes non perçues sur les enfants devra être compensé par des subventions des pouvoirs publics ou réparti entre tous les autres assurés. Ce n'est pas la bonne façon de tenir compte du facteur familial, lequel est pris en considération actuellement par le mécanisme de réduction des primes.

Des modifications aussi fondamentales du projet que celles que proposent M. Zisyadis et, dans une moindre mesure, M. Leuba ont des conséquences qui n'ont pas pu être étudiées dans le cadre des travaux préparatoires des commissions et je crois qu'il serait déraisonnable de choisir une modification de système aussi fondamentale sans en avoir apprécié toutes les conséquences.

M. Zisyadis: Effectivement, ce n'est pas de ma faute si les propositions, qui sont pourtant largement portées par toute une série de mouvements familiaux, n'ont pas pu être présentées en commission. C'est le comble lorsque l'on sait qu'il y a toute une série de personnes qui pensent qu'il faut aujourd'hui moins pénaliser la famille dans ce pays.

Il n'empêche que je trouve que ce qui a été dit par les rapporteurs est un travestissement de ma proposition. En effet, vous n'avez pas étudié très sérieusement cette proposition qui est extrêmement concrète. Elle ne remet pas en cause le subventionnement individuel. Elle demande seulement que l'on exonère les enfants jusqu'à 18 ans. Ça permettrait deux choses, encore une fois: ça permettrait de donner un coup de pouce à la famille et ensuite de débureaucratiser le système: et là-dessus vous n'êtes pas entrés en matière.

Abs. 1, 1bis – Al. 1, 1bis

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission

82 Stimmen

Für den Antrag Leuba

43 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Angenommen – Adopté

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission

offensichtliche Mehrheit

Für den Antrag Zisyadis

Minderheit

Abs. 4 – Al. 4

Angenommen – Adopté

Art. 54

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2 Einleitung, Bst. a, b

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2 Bst. c (neu)

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Daepf, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf, Philipona)

c. Die Kollektivversicherung kann vom Versicherer angeboten werden, sofern die Mitgliederzahl im Vertrag 10 000 Personen überschreitet und Gewähr dafür besteht, dass keine Entsolidarisierung durch die Errichtung von Altersgrenzen für den Verbleib im Vertrag eintritt. Die Prämien können nur dann tiefer als in der Einzelversicherung angesetzt werden, wenn die Erfahrungszahlen gemäss Rechnungsergebnis dies rechtfertigen. Jeder Kollektivvertrag nimmt einzeln am Risikoausgleich gemäss Artikel 97 teil. Die Bestimmungen von Artikel 59 Absatz 3 gelten sinngemäss.

Abs. 3

.... näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen

Antrag Baumberger

Abs. 2 Bst. c (neu)

c. Die Kollektivversicherung kann vom Versicherer angeboten werden, sofern Gewähr dafür besteht, dass keine Entsolidarisierung

Abs. 3

.... näher. Er legt aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen

Art. 54

Proposition de la commission

Al. 1, 2 introduction, let. a, b

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2 let. c (nouvelle)

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Daepf, Gysin, Jäggi Paul, Keller Rudolf, Philipona)

c. une assurance collective peut être offerte par les assureurs si le nombre des assurés dépasse 10 000 personnes et qu'il est garanti que les limitations d'âge fixées pour rester assuré

ne créent pas une désolidarisation. Les primes ne peuvent être plus basses que dans l'assurance individuelle que si les résultats comptables précédents le justifient. Chaque contrat collectif est soumis à la compensation des risques selon l'article 97. Les conditions de l'article 59 alinéa 3 sont applicables par analogie.

Al. 3

.... Il fixe notamment, en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites

Proposition Baumberger

Al. 2 let. c (nouvelle)

c. par les assureurs s'il est garanti que les limitations

Al. 3

.... d'assurance. Il fixe sur la base des exigences en matière d'assurance des limites maximales

Präsident: Frau Segmüller möchte zu Artikel 53 noch nachträglich eine Erklärung abgeben.

Frau **Segmüller**, Berichterstatterin: Ich spreche nicht zu den bei Artikel 53 abgelehnten Anträgen, sondern zu dem, was jetzt in Artikel 54 kommt.

Ich bitte Sie, den Artikel 53 diesbezüglich noch einmal genau anzuschauen. Die ganze Logik des Gesetzes liegt in diesem Artikel. Warum? Er bringt die Festsetzung der einheitlichen Prämie. Er enthält auch die Prämiengleichheit zwischen Mann und Frau; er bringt damit das Gegenteil von dem, was mit dem Antrag der Minderheit Daepf bzw. dem Antrag Baumberger zu Artikel 54 gewünscht wird.

Durch diese Bestimmung der einheitlichen Prämie pro Kasse werden nämlich Sonderbestimmungen, Kollektivversicherungen, verunmöglicht.

Das bitte ich Sie bei der Beratung von Artikel 54 zu bedenken.

Frau **Daepf**, Sprecherin der Minderheit: Die Kollektivversicherung hat bei der Krankenversicherung eine grosse Bedeutung. Sie wird zurzeit von Berufsverbänden, Beamtenorganisationen, grossen Industrieunternehmen und in der Landwirtschaft abgeschlossen. Es ist eine in sich geschlossene Kasse. Den letzten zur Verfügung stehenden Statistiken, die vom Bundesamt für Sozialversicherung herausgegeben wurden, entnehmen wir folgende Zahlen:

Die Leistungen der Krankenversicherung, Einzel- und Kollektivversicherungen, betrugen 11 Milliarden Franken, die Leistungen der Kollektivversicherungen 2,5 Milliarden Franken, was einem Prozentsatz der Ausgaben von zirka 23 Prozent gleichkommt. In Kollektivversicherungen sind insgesamt 1,5 Millionen Personen versichert. Sie sehen, die Kollektivversicherung hat nicht nur für die Landwirtschaft eine grosse Bedeutung.

Der einzelne Vertrag muss auch am Risikoausgleich unter den Kassen teilnehmen. Durch die Vorschriften, die heute für die Kollektivversicherung bestehen, führt diese Versicherungsart nicht zu einer Entsolidarisierung. Die Prämien sind in diesen Verträgen aufgrund des besseren Schadenverlaufes, der auf einem zurückhaltenden Konsum beruht, je nach Kanton und Krankenkasse zwischen 10 und 30 Prozent tiefer als bei einer Einzelversicherung. Die Prämieneinsparung dürfte allein für Versicherte aus der Landwirtschaft eine Summe von 20 Millionen Franken pro Jahr ausmachen.

Auch nach dem neuen Krankenversicherungsgesetz sollte – trotz vorangehender Artikel, welche soziale Aspekte berücksichtigen – die Möglichkeit bestehen, sinnvolle Kollektivverträge abzuschliessen. Das heisst, es sollten meines Erachtens nur Kollektivverträge gemacht werden, wenn eine genügend grosse Zahl von Mitgliedern vorhanden ist; deshalb die Zahl 10 000. Für den Risikoausgleich unter den Kassen müssen sie, wie selbständige Kassen, sozusagen als Kasse innerhalb einer Kasse gehandhabt werden. Eine sinnvolle Lösung des Problems ist auch im Hinblick auf ein allfälliges Referendum von grosser Bedeutung.

Die Kommissionsminderheit beantragt Ihnen deshalb, Artikel 54 Absatz 2 Buchstabe c aufzunehmen.

Sollten Sie dem Minderheitsantrag nicht zustimmen können, so hoffe ich, dass Sie wenigstens dem Antrag von Kollege Baumberger zustimmen.

Baumberger: Bei den «besonderen Versicherungsformen» gemäss Artikel 54 befinden wir uns gewissermassen im Zentrum des Spannungsfeldes zwischen Solidarität einerseits und Kosteneindämmung durch Anreize und Wettbewerb andererseits. Wir müssen uns bewusst sein, welche Solidaritäten wir wollen. Wir wollen – wir haben darüber schon entschieden – die Solidarität zwischen Mann und Frau, zwischen Jung und Alt, zwischen Reich und Arm, zwischen Gesunden und Kranken. Da stehe ich auch dazu. Aber keine wünschbare Solidarität ist jene zwischen denen, die bereit sind, gesundheitsbewusst zu leben und Kosten zu sparen, und den anderen, die mehr konsumieren wollen, und die gibt es auch im Gesundheitssektor. Wenn wir da auch die Solidarität durchführen, schaffen wir eine «Kostenfabrikationsmaschinerie» und nicht das Gegenteil, wie es dieses Gesetz eigentlich anstrebt.

Es ist nach dem Gesagten nicht einzusehen, weshalb die heute weit verbreiteten Kollektivversicherungen nicht auch künftig angeboten werden sollen, wenn die Versicherer – im Sinne des Minderheitsantrages Daepf – nachweisen können, dass der finanzielle Verlauf gegenüber der konventionellen Einzelversicherung funktioniert, und zwar trotz Risikoausgleich, der gemäss Artikel 97 besteht und der auch im Minderheitsantrag ausdrücklich formuliert ist.

Gerade im Kollektivbereich haben – das wissen wir alle aus Erfahrung – Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein gemeinsames Interesse an einer kostengünstigen Lösung. Alle Einschränkungen, welche die Möglichkeiten der Kosteneindämmung vermindern oder gar verbieten, sie ausschliessen wollen, müssen wir vermeiden. Die tatsächlichen, versicherungstechnischen Ergebnisse sollen vielmehr – unter Sicherstellung der Solidarität – über die besonderen Versicherungsformen entscheiden. Genau in der Versicherungstechnik begründet liegt auch die Differenz meines Antrages zu jenem der Minderheit. Der Antrag der Kommissionsminderheit sieht vor, dass die Kollektivversicherung eine Beteiligung am Vertrag von mindestens 10 000 Personen voraussetzt. Es wurde schon gesagt, das sei eine «Lex paysanne». Das wollen wir an sich nicht, sondern wir wollen etwas versicherungstechnisch Richtiges. In der Tendenz ist das sogenannte Gesetz der grossen Zahl in der Versicherung schon richtig. Es braucht eine gewisse Mindestzahl. Aber das sind nicht 10 000. Es ist massgebend, dass auch hier versicherungstechnisch entschieden wird, was richtig ist. Wir dürfen aus versicherungstechnischen Fragen keine politischen Fragen machen. Wir müssen in diesem Rat die Rahmenbedingungen auch für die Kollektivversicherung umschreiben: erstens keine Entsolidarisierung und zweitens versicherungstechnischer Nachweis. Aber der Rest ist eine Frage der Versicherungsmathematik. Sachlich korrekt und auch im Interesse der Kosteneindämmung ist daher der Verzicht auf die von der Minderheit vertretene Mindestzahl von 10 000 Personen: Auch 1000 Personen, auch 5000 Personen können richtig sein. Das muss auf der Ebene der Versicherungstechnik entschieden werden.

Ich empfehle Ihnen somit, dem um meinen Antrag korrigierten Minderheitsantrag zuzustimmen.

Ich habe noch einen Antrag zu Artikel 54 Absatz 3 gestellt, und vielleicht haben die eine oder der andere sich gefragt, wo denn der Unterschied meines Antrages zu jenem der Kommission liege. Ich schlage Ihnen vor, das Wort «insbesondere» zu streichen. Die Höchstgrenzen für Prämienermässigungen und die Mindestgrenzen für Prämienzuschläge wären gemäss meinem Antrag ausschliesslich nach versicherungstechnischen Erfordernissen festzulegen und nicht daneben auch noch nach irgendwelchen anderen politischen Opportunitäten.

Da die Gefahr der Entsolidarisierung – ich habe bereits vorher darauf hingewiesen – über den Risikoausgleich in jenem Umfang, wie wir Solidarität wollen, gebannt ist, müssen wir die verbleibenden finanziell relevanten Verhaltensweisen, also die Anreize, für die Versicherten voll ausschöpfen. Wenn wir eine der absolut zentralen Zielsetzungen der Revision, eben ein finanzierbares Gesundheitswesen, erreichen wollen, dürfen wir

diese besonderen Versicherungsformen nicht einfach nur zu lassen – es heisst ja: «Der Bundesrat kann» –, sondern wir müssen die noch möglichen Spielräume, die versicherungstechnisch verbleibenden Spielräume, auch wirklich nutzen. Wir müssen dann eben, unter Weglassung des Wortes «insbesondere», tatsächlich nach Massgabe der versicherungstechnischen Erfordernisse diese Grenzwerte für Prämien und Prämienzuschläge festlegen.

Ich empfehle Ihnen daher, auch diese – auf den ersten Blick geringfügige, aber inhaltlich doch bedeutsame – Aenderung in Artikel 54 Absatz 3 vorzunehmen.

Allenspach: Der Minderheitsantrag Daepf, verbessert durch die beiden Anträge Baumberger, erlaubt die kollektive Krankenpflegeversicherung, und zwar insbesondere die kollektive Krankenpflegeversicherung in Organisationen und Betrieben. Diese Anträge gestatten damit auch die Weiterführung von Betriebskrankenkassen und von betrieblichen Sozialwerken, die von den Sozialpartnern getragen werden, allerdings unter klar umschriebenen Voraussetzungen. Voraussetzung ist, dass mit diesen Kollektivversicherungen keine Entsolidarisierung eintreten darf. In der Kollektivversicherung sollen nicht die guten Risiken angesammelt werden und wegen einer günstigeren Risikostruktur günstigere Prämien angeboten werden.

Wenn aber eine Kollektivversicherung signifikant weniger Krankheitsfälle hat, weil sie der Gesundheitsvorsorge und der Prävention grosse Aufmerksamkeit schenkt oder weil sie die Kostenkontrolle konsequent durchführt, dann trägt dies alles zur Kosteneindämmung bei und sollte sich dann in niedrigen Prämien niederschlagen. Deshalb sollten wir – im Interesse der Kosteneindämmung – solche Versicherungsarten erlauben.

Gerade in der Versicherung auf Betriebs- und Verbandsebene ist eine persönliche Beratung der Kranken noch möglich. Hier kann auch noch auf die Selbstverantwortung des Versicherten gezählt werden, was in den Grosskrankenkassen mit einer Million oder noch mehr Versicherten völlig ausgeschlossen ist. Der Zusammenschluss der Krankenkassen in einigen wenigen Grossversicherungsgruppen fördert die Anonymisierung, und sie fördert damit die exzessive Inanspruchnahme der Versicherung, weil die Mentalität, für die bezahlten Prämien mindestens einen entsprechenden Gegenwert in Anspruch zu nehmen, zunimmt.

Die Kollektivversicherung, die sich auf betriebliche Gruppen und Verbände beschränkt, schränkt auch diese Konsummentalität ein, bietet also Vorteile für das gesamte Gesundheitswesen, immer – ich unterstreiche es – vorausgesetzt, dass keine Entsolidarisierung eintritt und dass die Kollektivversicherungen ihren Beitrag an den Risikoausgleich leisten.

Unter diesen beiden Voraussetzungen bedeutet die Kollektivversicherung auch keinen Einbruch in das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Mit der Zustimmung zum Antrag der Minderheit Daepf bzw. zum Antrag Baumberger würde unter klar begrenzten Voraussetzungen die Weiterexistenz von Krankenversicherungen auf Betriebs- und Verbandsebene ermöglicht und meines Erachtens auch ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet.

Hubacher: Der Antrag der Minderheit Daepf und der «Zusatzantrag» Baumberger klingen eigentlich verlockend: Aber wenn ich das System richtig verstehe, das die Kommission präsentiert und das bis jetzt mehrheitlich akzeptiert worden ist, sind diese Anträge systemwidrig. Sie gleichen einem «schwarzen Schimmel», indem sie eigentlich Unmögliches verlangen. Herr Allenspach hat wunderschön dargestellt, dass mit den Betriebskrankenkassen keine Entsolidarisierung stattfindet. Entweder entsolidarisiert der Vorstoss, oder es ist bloss ein platonischer Antrag, weil er der bisherigen Strategie entgegenläuft und einen Entsolidarisierungseffekt haben wird. Es sei denn, die Anträge wurden aus opportunistischen Gründen gestellt, weil es viele Betriebskassen gibt, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer interessant sind. Für uns könnte das auch verlockend sein. Aber wir können nicht kurzfristige Vorteile gegen längerfristige Nachteile einlösen.

Ich meine: Wenn wir dem System der Kommission und des Bundesrates konsequent folgen wollen, können wir diese Anträge nicht akzeptieren. Wir haben jetzt erstmalig ein Obligatorium eingeführt. Das ist die grosse nationale kollektive Versicherung. Es ist systemwidrig und stellt vieles in Frage, wenn Sie diese Anträge annehmen.

Ich bitte Sie aus grundsätzlichen Überlegungen, den Minderheitsantrag Daepf und den Antrag Baumberger abzulehnen. Es wäre bequemer, diese Anträge zu unterstützen. Wenn wir aber diese Revision gesamthaft betrachten, systemgerecht im Sinne eines Solidarpaktes durchziehen wollen, müssen wir sie ablehnen.

Ruckstuhl: Ich bitte Sie im Namen der CVP-Fraktion, dem Antrag der Minderheit Daepf bzw. dem Antrag Baumberger zuzustimmen. Ich weise Sie noch einmal darauf hin, dass wir in diesem Artikel festhalten: «Jeder Kollektivvertrag nimmt einzeln am Risikoausgleich gemäss Artikel 97 teil.» Es kann sich also nicht – wie Herr Hubacher ausgeführt hat – um einen «schwarzen Schimmel» handeln. Es ist falschverstandene Solidarität, wenn wir diejenigen bestrafen wollen, die kostenbewusstes und kostengünstiges Verhalten an den Tag legen und damit auch die Gesamtkosten zu reduzieren versuchen. Ich bitte Sie aus diesem Grund – mit der CVP-Fraktion –, dem Antrag der Minderheit Daepf bzw. dem Antrag Baumberger zuzustimmen.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Wir sind wieder an einem Scheideweg: Welches System wollen wir?

Ich schicke voraus, dass die Kommission den hier von der Minderheit übernommenen Antrag Daepf aus grundsätzlichen Erwägungen – mit 8 zu 5 Stimmen bei 4 Enthaltungen – abgelehnt hat. In der Krankenversicherung sind Alter und Geschlecht die wichtigsten Risikofaktoren. Daher wollen wir die Solidarität wiederherstellen. Wir lassen eine regionale Abstufung zu, das kommt den Antragstellern entgegen. Es gilt aber zu bedenken: Auch hier muss der Entsolidarisierung entgegengewirkt werden. Auch bei Kollektivverträgen kann nämlich die Solidarität umgangen werden, nicht indem man Ältere entlässt, sondern indem man einfach andere Kollektivversicherungen gründet.

Die Frage stellt sich auch: Was heisst «versicherungsmässige Erfordernisse»? Das heisst doch im Klartext: risikogerecht. Wo bleibt die Gerechtigkeit, wenn man nur für diese Gruppen wieder risikogerechte Prämien fordert? Es ist besonders wichtig, dass auch andere Kriterien berücksichtigt werden können, zum Beispiel die Erhaltung der Solidarität innerhalb der Kasse, wenn es beispielsweise keinen Risikoausgleich mehr gäbe. Daher ist der Antrag Baumberger zu Absatz 3, das Wort «insbesondere» sei zu streichen, abzulehnen. Ist das Wort «insbesondere» gestrichen, bedeutet risikogerechte Prämie eine Entsolidarisierung.

Bei der Zulassung der besonderen Versicherungsformen gilt es generell zu beachten, dass es gewisse Barrieren braucht, um der Tendenz zur Entsolidarisierung, die diesen Versicherungsformen prinzipiell innewohnt, vorzubeugen. Die bundesrätliche Version hierzu ist klar. Der Ständerat hat sie noch verdeutlicht, indem er den Risikoausgleich explizit erwähnt. Wenn man nun das Wort «insbesondere» wieder streicht, sind wir wieder bei den risikogerechten Prämien.

Sie müssen sich darüber im klaren sein: Mit der Zustimmung zu den Hauptanliegen des Minderheitsantrages Daepf und des Antrages Baumberger versetzen Sie dem ganzen System, das diesem Gesetz zugrunde liegt, einen entscheidenden Schlag, und mit der Zustimmung zum Antrag Baumberger schreiben Sie einen ewigen Risikoausgleich fest.

Im übrigen muss man sich die Frage stellen, welche Bedeutung das Beibehalten der Kollektivversicherungen bezüglich der Freizügigkeit hat, die dieses Gesetz gewähren soll. Meinen Sie dann die Freizügigkeit auch für die Kollektivversicherungen? Dann werden diese doch gewiss ad absurdum geführt! Oder gestatten Sie auch hier den prinzipiellen Einbruch in die volle Freizügigkeit?

Ich bitte Sie, das zu bedenken und im übrigen den Minderheitsantrag Daepf und den Antrag Baumberger abzulehnen.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: Je vous recommande de rejeter à la fois la proposition Baumberger, à laquelle se rallie la minorité Daepp, et la proposition qui concerne l'alinéa 3.

C'est effectivement un changement fondamental de système qui est proposé ici par rapport au projet de révision, dans la mesure où l'on pourrait créer, à l'intérieur des caisses, des caisses dans la caisse qui ne devraient pas répondre aux conditions générales, à savoir le libre accès – toutes les caisses doivent être ouvertes à tous ceux qui désirent s'y affilier. Cela repose, dans les propositions et dans les arguments que nous avons entendus, sur l'hypothèse que, dans ce cas, c'est par le mécanisme de la compensation des risques que l'on éviterait la désolidarisation. J'aimerais cependant vous rappeler que certains des partisans de cette formulation sont contre la péréquation des risques, dont nous aurons à débattre un peu plus tard, et qu'ils ne mettent pas de barrage à cette désolidarisation manifeste sur laquelle reposent les assurances collectives. C'est effectivement une incohérence, à mon avis, que de demander un système sans créer les nouvelles conditions solides qui seraient nécessaires pour éviter d'instaurer de nouvelles catégories de risques et des catégories en général plus favorables puisqu'il s'agit essentiellement de personnes ayant une activité professionnelle, capables de travailler, et donc dans un état de santé favorable.

La deuxième remarque que je pourrais faire est peut-être une remarque de détail, mais elle est importante pour la discussion. Il ne faut pas considérer l'assurance collective comme une forme particulière d'assurance et c'est ce que l'on fait lorsque l'on essaie de réintroduire l'assurance collective à l'article 54 alinéa 2 lettre c. En effet, la forme particulière d'assurance est une forme qui permet des primes plus basses parce que l'assuré s'engage librement à restreindre son choix quant aux fournisseurs de soins ou à prendre à sa charge une part des frais plus élevée que la participation ordinaire. Ce n'est pas le cas de l'assurance collective, qui est une forme d'assurance qui fournit exactement les mêmes prestations qu'une autre assurance, tout simplement pour une catégorie de risques particuliers, pour une catégorie d'assurés fermée, sélectionnée selon un critère spécifique et donc, de ce fait, pas accessible aux autres.

En ce qui concerne la proposition Baumberger à l'alinéa 3 de l'article 54, j'aimerais également vous inviter à la repousser. Quant à la proposition telle qu'elle a été adoptée par votre commission, qui deviendrait plus rigoureuse encore selon la proposition Baumberger, j'aimerais dire d'emblée ici qu'elle ne peut pas non plus satisfaire le Conseil fédéral. Je tiens à dire très clairement qu'il n'est pas possible dans ce système de tenir compte des besoins de l'assurance si l'expression «en se fondant sur les besoins de l'assurance» signifie tenir compte de la catégorie particulière d'assurés, de la constellation particulière de risques que présentent les assurés de telle ou telle assurance. L'expression qui a été choisie par votre commission, «les besoins de l'assurance», dans la mesure où elle pourrait permettre de soupçonner qu'il s'agit d'une désolidarisation basée sur le risque, ne pourrait en aucun cas être acceptée telle quelle ou interprétée dans ce sens-là. C'est la raison pour laquelle je regrette en fait le choix de votre commission. J'espère que le Conseil des Etats maintiendra ici sa proposition initiale.

J'attire par ailleurs votre attention, et c'est la dernière chose que je tiens à dire, sur le fait que les versions de l'alinéa 3 en langue allemande et en langue française de la proposition de la commission n'ont pas tout à fait le même sens puisque l'expression «insbesondere» en allemand porte sur le critère «en se fondant sur les besoins de l'assurance», alors qu'en français il porte sur la possibilité de fixer des limites maximales. Il y a donc une incohérence entre les deux textes.

Abs. 1, 2 Einleitung, Bst. a, b – Al. 1, 2 introduction, let. a, b
Angenommen – Adopté

Abs. 2 Bst. c – Al. 2 let. c

Präsident: Die Minderheit zieht ihren Antrag zugunsten des Antrages Baumberger zurück.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit	94 Stimmen
Für den Antrag Baumberger	46 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Baumberger	Minderheit

Art. 55

Antrag der Kommission

Abs. 1

.... der Krankenversicherung, hat ihnen der Versicherer dafür eine angemessene Entschädigung auszurichten.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 55

Proposition de la commission

Al. 1

.... de l'assurance-maladie, l'assureur les indemnise de façon appropriée.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 56

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepp, Eymann Christoph, Gysin, Pidoux)

....
a. einem festen Jahresbetrag von mindestens 500 Franken (Franchise); und

....

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 4

Für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder

Abs. 5–7

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag Zisyadis

Abs. 1

.... erbrachten Leistungen, ausgenommen sind die Kosten für Spitalaufenthalt.

Abs. 5

Streichen

Antrag Narbel

Abs. 2

....

a. einem festen Jahresbetrag (Franchise) von 200 bis 2000 Franken. Der Bundesrat bestimmt diese Franchise aufgrund des steuerbaren Einkommens (Art. 58 Abs. 3) und aufgrund der Familienlasten.

....

Antrag Spielmann

Abs. 3

.... die Franchise gemäss Finanzkraft der Versicherten und setzt

Art. 56*Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Rychen, Allenspach, Borer Roland, Daepp, Eymann Christoph, Gysin, Pidoux)

....

a. un montant fixe par année d'au moins 500 francs (franchise); et

....

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 4

Pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants

Al. 5-7

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Zisyadis**Al. 1*

.... prestations dont ils bénéficient, excepté celles en cas d'hospitalisation.

Al. 5

Biffer

*Proposition Narbel**Al. 2*

....

a. une franchise annuelle variant de 200 à 2000 francs. Cette franchise est déterminée par le Conseil fédéral en fonction du revenu imposable (art. 58 al. 3) et des charges de famille.

....

*Proposition Spielmann**Al. 3*

.... le montant de la franchise en fonction de la capacité financière de l'assuré et le montant

Rychen, Sprecher der Minderheit: Die Minderheit Rychen beantragt Ihnen, einen festen Jahresbetrag von mindestens 500 Franken festzulegen, den die Versicherten selber zu bezahlen haben. Wir sind der Auffassung, dass wir eine vermehrte Selbst- und Eigenverantwortung im Gesetz festschreiben müssen.

Es ist zumutbar, dass ein fester Betrag von mindestens 500 Franken pro Jahr festgelegt wird. Wir lassen die Entgegnung nicht gelten, dass der Bundesrat die Höhe des Jahresbetrags dann festlegen könne. Wir sind der Meinung, dass die Gesetzgeber hier eine Limite setzen müssen: mindestens 500 Franken. Es ist ein Beitrag zum Kostenbewusstsein. Das ist dringend nötig, denn die übrigen Massnahmen im Gesetz reichen nicht aus; es ist nicht nur die Politik, es sind nicht nur der Kanton oder der Bund, die hier die Kostensenkung betreiben können, sondern es müssen alle mittragen. Dies ist um so mehr verantwortbar, als wir ja zustimmen, dass die Leute mit geringerem Einkommen einen Prämienzustupf bekommen, das heisst eine Subvention für die Prämien, die sie bezahlen müssen.

In diesem Sinne bitte ich Sie dringend, diesem Postulat zugunsten der vermehrten Eigenverantwortung beim Konsum medizinischer Güter zuzustimmen und ein markantes Zeichen in dem Sinne zu setzen, dass wir uns als Patientinnen und Patienten vermehrt bewusst werden müssen, wann und in welchen Fällen wir zum Arzt gehen – und uns bewusst sein müssen, dass das auch etwas kostet.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Minderheit Rychen zuzustimmen.

M. Zisyadis: Je voudrais intervenir pour soutenir mes propositions à l'article 56 alinéas premier et 5 en même temps, ça nous évitera d'y revenir une deuxième fois. Ça concerne bien évidemment la question de la taxe hospitalière et des 10 pour cent de participation aux frais hospitaliers.

En 1990, il a été dépensé environ 24 milliards de francs pour la santé. De ces 24 milliards de francs, 12 milliards de francs ont été financés par les assurés avec les primes et les participations aux coûts. Les pouvoirs publics ont contribué pour 10 milliards de francs environ. Ce système est antisocial parce que seul 40 pour cent de la participation publique est apporté selon des critères sociaux, notamment par les impôts. Les primes d'assurance sont des taxes par tête et la forte participation des patients aux coûts est très éloignée de toute considération sociale.

Jusqu'ici, la participation était encore limitée, notamment à la franchise et aux coûts de la médecine ambulatoire. Vous proposez maintenant de faire entrer deux éléments supplémentaires à la charge de l'assuré, sans aucune considération sociale: la taxe hospitalière et la participation aux frais hospitaliers. Cette année, c'est déjà 130 millions de francs qui ont été pris dans la poche des assurés par cette fameuse taxe hospitalière. Le transfert, environ 1 milliard de francs, sera fait par le biais de la participation aux frais hospitaliers. Et vous appelez ça la marche vers la solidarité «assistancielle»! Alors oui, nous allons effectivement, Madame Segmüller, comme vous l'avez dit tout à l'heure, vers un peuple d'assistés puisqu'on s'est permis de l'évoquer tout à l'heure. Nous sommes en train d'élargir l'assiette des taxes et participations en les éloignant encore plus d'un système qui introduirait une correction en fonction des capacités financières de chacun. La taxe hospitalière a été votée dans le cadre d'un multipack. Prendre appui sur ce vote pour écarter la très forte opposition à cette mesure antipopulaire, dont le montant sera fixé demain par le seul Conseil fédéral, est un hold-up du vote de la population.

Je vous invite à voter ces deux amendements, mais je ne peux tout de même pas ne pas me poser un certain nombre de questions. Et je les poserai aux promoteurs de l'initiative socialiste et syndicale. Je me demande, dans tout ce débat que nous avons, ce que vous cherchez exactement, amendement après amendement. Est-ce que c'est de rendre la loi la plus mauvaise possible, pour que les meilleures conditions pour l'acceptation de votre initiative soient réunies? Ou bien, vous battez-vous sérieusement pour qu'elle devienne un petit peu plus sociale et plus solidaire? A cette question, j'attends des réponses et je me demande où nous allons.

M. Narbel: Le projet du Conseil fédéral fixe, en effet, le principe d'une franchise. La minorité Rychen vous propose un montant unique pour cette franchise. Par notre proposition, nous souhaitons rendre variable le montant de la franchise en tenant compte du revenu imposable et des charges de famille.

Ainsi, nous avons le sentiment que l'effort demandé aux assurés pourrait être adapté aux moyens de chacun. Si nous acceptons le montant de 500 francs, nous estimons que ce montant est élevé pour un père de famille ayant plusieurs enfants et un revenu faible. Par contre, ce montant est dérisoire pour un célibataire disposant de grandes ressources. Face à l'évolution des coûts de la guérison, il est indispensable de rendre chaque assuré conscient des frais qu'il engendre. La franchise variable permet de demander un effort analogue pour chacun. Nous sommes certains que cette prise de conscience des frais sera un frein à la progression des coûts de la santé. L'échelonnement de la franchise correspond donc à une vraie politique sociale.

Lors du débat d'entrée en matière, le président du groupe libéral, M. Leuba, vous a fait part de l'inquiétude de notre groupe face aux conséquences financières de la loi que nous examinons. Dans la situation actuelle des finances fédérales, charger la Confédération et les cantons d'une dépense supplémentaire de 700 millions de francs correspond à la mise en oeuvre d'un troisième ou d'un quatrième programme de mesures d'assainissement. Une franchise importante pourrait limiter la croissance des subventions par deux effets: premièrement par la prise en charge des frais correspondant à l'ensem-

ble des franchises, mais, deuxièmement, par la suppression d'un certain nombre de cas bagatelles dans lesquels l'assuré réglerait directement honoraires et médicaments, sans mettre en oeuvre sa caisse-maladie. Il en résulterait également une économie dans les frais administratifs des assurances-maladie.

Evoquons encore un aspect de notre proposition: celui de lier la franchise aux charges de famille. L'instauration de la prime unique aura pour effet certain l'augmentation des primes des jeunes assurés. Le canton de Vaud l'a expérimenté l'an dernier. En adaptant la franchise en fonction des charges de famille, on pourrait atténuer quelque peu les conséquences défavorables de l'instauration de la prime unique.

Notre proposition s'inspire du principe suivant: couvrir les frais insupportables pour un assuré. Nous sommes persuadés que c'est la seule direction dans laquelle nous pouvons nous diriger sans provoquer des catastrophes financières.

Aussi, nous vous demandons d'appuyer notre proposition.

M. Spielmann: Les différentes propositions qui sont faites depuis le début de cet examen de la loi fédérale sur l'assurance-maladie vont dans une direction que nous avons déjà dénoncée dans le débat d'entrée en matière – nous avons fait à leur sujet une série de contre-propositions au fur et à mesure de l'avancement des travaux et du débat. Les propositions tendent, par de multiples moyens, à faire supporter une partie toujours plus importante des frais de santé et d'hospitalisation par les personnes elles-mêmes, plutôt que par les assurances. Dans le cas particulier, il s'agit de la quote-part du montant maximum et de la franchise. Il s'agit bien sûr d'un élément extrêmement important qui sera mis à la charge des assurés.

Nous considérons qu'il n'est pas possible, dans un domaine comme celui de l'assurance-maladie, dans un domaine aussi important touchant la prévoyance sociale, de faire payer et de faire supporter des frais fixes à tous les citoyens quelle que soit leur capacité contributive et qu'il n'est pas possible d'augmenter la charge de chaque individu sans tenir compte précisément de la capacité contributive de chacun d'entre eux et de la capacité contributive des familles.

On s'est exprimé tout à l'heure en ce qui concerne les enfants. J'ai été surpris de voir le peu de réaction de la part de ceux qui, habituellement, dans ce Parlement, défendent la famille. Dans le cas particulier, ils sont restés non seulement muets, mais ils ont défendu des propositions qui pénalisent la famille et les enfants.

Dans l'amendement présent, il ne s'agit pas de s'opposer à l'augmentation de la franchise, puisque vous l'avez décidée, ainsi qu'à l'augmentation du montant maximum de la quote-part, mais simplement de tenir compte, dans ce calcul, de la capacité contributive de chacun et de ne pas faire payer le même montant à celui qui a tout juste le minimum pour vivre et à celui qui a les moyens. Il s'agit donc d'introduire un paramètre, par voie d'ordonnance, qui serait la capacité financière des différents assurés. Ça me semble une mesure tout à fait normale et légitime qui pourrait, en quelque sorte, alléger un tout petit peu les transferts de charges que vous opérez article après article.

En rejetant de telles propositions, il est clair que l'ensemble de la loi deviendra de plus en plus difficilement acceptable. Il s'agira bien sûr de voir quels moyens, en fonction des décisions qui seront prises ici, on prendra pour essayer de donner la parole au peuple, afin de rejeter ces dispositions anti-sociales.

Sieber: Der Minderheitsantrag Rychen will die Patienten stärker zur Kasse bitten. Er widersetzt sich der Mehrheit, welche die Höhe der Franchise auf dem Verordnungsweg regeln will. Man mag dem Minderheitsantrag zugute halten, dass er erstens Patienten mit Bagatellfällen vom Arztbesuch abhält und zweitens die Ausgaben der Krankenkassen verringert. Doch in einer sozialen Krankenversicherung sind 500 Franken problematisch. Ein Arbeiter müsste drei Tage arbeiten. Ein Rentner müsste vielleicht eine ganze Wochenrente nur für die Bezahlung des festen Jahresbeitrages darangeben.

So frage ich mich, ob der Minderheitsantrag nicht auch in poli-

tischer Hinsicht querliegt; denn wer am Kopfprämiensystem festhält und zudem hohe Eintrittspreise für den Zugang zur medizinischen Behandlung verlangt, muss sich über eine Verunsicherung und möglicherweise dann auch über ein «Bachabgehen» der Vorlage nicht wundern.

Schmid Peter: Es scheint mir, dass es eigentlich richtig gewesen wäre, wenn man zu dieser recht wichtigen Sache noch ausführlich zu Wort gekommen wäre. Nur soviel:

Mir kommt bei diesen Einzelanträgen und auch beim Minderheitsantrag Rychen das Gesetz der ungewollten Nebenwirkungen in der Erziehung in den Sinn. Es besagt, dass bei unserem Handeln immer noch etwas anderes herauskommt als das, was wir eigentlich wollen. Ich meine: Mit der hohen Franchise sollen die Versicherungsnehmer dahin gehend erzogen werden, dass sie vom medizinischen Angebot nur massvoll und wenn absolut nötig Gebrauch machen; das kann ein möglicher Effekt sein. Es stellt sich dann bloss die Frage, ob dies nicht auch dazu führen kann, dass Patienten unnötig lange mit einer Arztkonsultation zuwarten, bis sich ein Leiden derart verschlimmert, dass ein ärztlicher Eingriff viel aufwendiger ist und die anschließende Genesung unverhältnismässig lange dauert. Es ist aber auch eine andere Reaktion denkbar: Wenn der Patient zu den ohnehin hohen Prämien noch eine zusätzliche finanzielle Eigenleistung erbringen muss, ist vielleicht die Versicherung gross, sich für das gute Geld eine mehr als angemessene Gegenleistung zu verschaffen.

Ich glaube also kaum, dass sich damit sinnvolle Sparmöglichkeiten ergeben, es sei denn, man rechne damit, dass der Patient stirbt, bevor er zum Arzt geht.

Stimmen Sie also der massvollen Lösung zu, und lehnen Sie den Minderheitsantrag Rychen und alle übrigen gutgemeinten, aber nicht sonderlich praktikablen Vorschläge, wie sie in den Einzelanträgen zum Ausdruck kommen, ab!

Präsident: Die SD/Lega-Fraktion teilt mit, dass sie dem Antrag der Mehrheit zustimmt.

Frau Segmüller, Berichterstatterin: Ich hoffe, Sie haben trotz der vielen Anträge zu diesem Artikel die Uebersicht gewahrt. Ich will versuchen, das Ganze etwas zu ordnen.

Zuerst eine Vorbemerkung: Seien wir uns bewusst, dass bei den Artikeln 57 und 58 mit der Prämienverbilligung auf die individuellen Verhältnisse der Prämienzahler Rücksicht genommen wird.

Hier geht es jetzt um die Kostenbeteiligung, die sich aus der Franchise und dem Selbstbehalt zusammensetzt. Plafoniert ist beides; zusammen beträgt heute die ganze Kostenbeteiligung also 500 Franken. Alles, was wir darunter aufteilen, kann also den Betrag von 500 Franken nicht überschreiten. Das möchte ich zum voraus einmal festgelegt haben.

Dazu kommt, dass wir familienpolitische Sicherungen eingebaut haben. Wir haben diese an sich schon heute. Aber der Bundesrat schlägt Ihnen für Kinder die Hälfte der Franchise und die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes vor. Der Ständerat will die Kinder bis zum 6. Altersjahr ganz von der Franchise befreien und dann die Hälfte des Höchstbetrages vorsehen. Die Kommission hat eine andere Lösung gefunden: keine Franchise für Kinder und dafür die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.

Zu den Anträgen, vorweg zum Minderheitsantrag Rychen (Franchise bei 500 Franken). Ein solcher Antrag wurde in der Kommission abgelehnt. Die Mehrheit der Kommission – 11 zu 6 Stimmen bei 4 Enthaltungen – will also die Kompetenz zur Festsetzung der Höhe der Franchise beim Bundesrat belassen.

Zu den Anträgen Narbel und Spielmann, die die Franchise nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, d. h. nach dem Einkommen, staffeln möchten. Auch solche Anträge haben in der Kommission vorgelegen. Sie wurden mit 12 zu 4 Stimmen abgelehnt.

Der Antrag Zisyadis schliesslich möchte bei Absatz 5 die Kostenbeteiligung der Versicherten bei Spitalaufenthalt ganz streichen – dies in Missachtung des Resultates der Volksabstimmung vom 26. September 1993.

Ich möchte noch etwas Grundsätzliches zur Kostenbeteiligung bei Spitalaufenthalt sagen: Es ist Ihnen doch bewusst, dass heute ungleich lange Spiesse bestehen, je nach dem, ob ein Patient, der ins Spital muss, sich ambulant behandeln lassen kann oder ob er einige Tage bleiben muss. Im einen Fall wird er mit finanziellen «Folgen» bestraft, im anderen Fall kann er sich gratis behandeln lassen. Das war so lange weniger problematisch, als klar war, was unbedingt im Spital behandelt werden musste und was ambulant behandelt werden konnte. Es ist durch die neuere, an sich positive Entwicklung problematischer geworden, die dahin geht, dass Sie immer öfter die Wahl haben, ob Sie für eine Behandlung ins Spital gehen oder ob Sie sich ambulant oder teilstationär behandeln lassen wollen. Da erscheint es nun eben als unlogisch, dass die Finanzen entscheiden sollen in dem Sinn, dass ein Sog zu den an sich kostenintensiven Spitalaufenthalten entsteht.

Was wir wollen, sind gleich lange Spiesse, damit der Entscheid für die Behandlung rein nach medizinischen Kriterien erfolgt. Darüber ist man sich eigentlich in allen Fachkreisen einig. Das ist deshalb auch absolut richtig, weil der Patient nicht bestraft wird; denn der Plafond der gesamten Kostenbeteiligung für alle Leistungen, die er beansprucht, ist ja durch die 500 Franken gegeben, also durch den Betrag, dessen Festsetzung in der Kompetenz des Bundesrates liegt.

Was die Beteiligung an den Spitalkosten betrifft, kann ja der Bundesrat laut Gesetzentwurf abstufen.

Ich bitte Sie also, in allen Fällen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen und sämtliche Anträge inklusive den Minderheitsantrag Rychen abzulehnen.

M. Philipona, rapporteur: Tout d'abord, la commission vous propose un alinéa 4 qui a pour but de supprimer la franchise pour les enfants de moins de dix-huit ans et de réduire leur quote-part de moitié.

En ce qui concerne la franchise, la majorité de la commission est d'avis qu'il ne faut pas inscrire dans la loi le montant de la franchise. D'une part, celui-ci est très difficile à fixer et, d'autre part, il doit pouvoir évoluer plus rapidement que la loi. Si cette loi devait durer aussi longtemps que l'actuelle loi en vigueur depuis 1911, vous voyez que les montants que nous fixons aujourd'hui n'auraient à la fin plus beaucoup de signification. Nous préférons donc laisser au Conseil fédéral le soin de fixer ce montant.

La majorité de la commission vous propose de repousser la proposition de minorité Rychen.

Quant à la proposition Narbel relative à une fourchette variant de 200 francs à 2000 francs, l'idée est évidemment très sympathique. Elle est même bonne en soi, mais elle change tout le concept, tout le principe du financement tel qu'il a été établi tout au long de cette loi. D'autre part, on aurait inévitablement quelques complications administratives, la relation entre les caisses et les services des contributions n'allant pas de soi, c'est aussi quelque chose qui serait relativement difficile à régler.

La proposition Spielmann va dans le même sens et poserait les mêmes problèmes administratifs.

Quant à la proposition Zisyadis à l'alinéa 5, concernant la contribution en cas d'hospitalisation, il est bien entendu que la majorité de la commission vous propose de la repousser. M. Zisyadis a tenu à peu près les mêmes propos, alors que nous examinions les arrêtés fédéraux urgents. Il nous avait dit alors: «Vous verrez, nous lancerons un référendum et le peuple dira déjà sa réponse.» Eh bien, il a donné sa réponse! Et grâce à ça vous avez donné une assise populaire à une telle taxe d'hospitalisation.

M^{me} Dreifuss, conseillère fédérale: On peut considérer la participation aux coûts sous des angles différents.

Sous l'angle du financement du système, tout simplement, il s'agit d'une atténuation de la solidarité entre bien portants et malades puisque l'on met à la charge des malades une part supplémentaire de coûts qui se traduit d'ailleurs, dans le système qui vous est proposé, par une charge moins lourde par rapport à ce qu'ils paient par leurs primes, c'est-à-dire en tant qu'assurés. Mais il est clair que si l'on atténue dans ce sens-là

ce qui est la base même de l'idée de l'assurance-maladie, c'est-à-dire la solidarité entre bien portants et malades, il faut que le montant reste tout à fait modéré. Le montant proposé par M. Rychen qui contribuerait à plus que tripler les chiffres actuels n'est pas raisonnable et pourrait rendre prohibitif l'accès aux soins et aux médecins pour toute une série de catégories professionnelles, sociales, de ce pays. Si l'on s'en tient à l'aspect uniquement financier de la participation aux coûts, la proposition qui vous est faite de la régler par ordonnance, sur la base de l'expérience actuelle qui la fixe à 500 francs par année, est largement suffisante et la proposition Rychen va au-delà du but raisonnable fixé.

La deuxième façon de considérer la participation aux coûts, c'est effectivement l'incitation qu'elle peut avoir sur le comportement de l'assuré, la fameuse discussion «comment éviter les cas bagatelles». Si l'on veut vraiment viser cet objectif d'orientation ou d'incitation, il faut alors impérativement moduler la participation aux coûts en fonction de la capacité financière des patients, car les montants dont on parle actuellement n'ont pas d'effet incitatif pour les hauts revenus – cela représente également une bagatelle pour eux que de devoir payer les montants qui sont prévus actuellement –, alors que le caractère prohibitif que j'ai déjà évoqué tout à l'heure joue à plein pour les bas revenus. Si l'on veut modifier le comportement des patients, il faut alors tenir compte de leur situation économique, ce qui n'est pas le cas avec le projet actuel, mais ce le serait effectivement avec les propositions Narbel et Spielmann qui vous ont été soumises.

En ce qui concerne ces propositions, elles ont effectivement été rejetées chaque fois que l'on en a examiné les formes d'application pratique en fonction de la complication administrative. La proposition Narbel aurait aussi pour conséquence d'augmenter la charge sur les catégories moyennes de revenus par rapport à la situation actuelle, ce qui serait un effet peu souhaité. Je crois que, dans notre système de prime unique, la modulation en fonction du revenu est trop lourde à mettre en place administrativement pour qu'elle puisse être retenue.

La troisième façon de considérer la participation aux coûts est bien sûr la question de savoir si l'on met sur pied d'égalité les différents traitements possibles. Accorder aujourd'hui un traitement privilégié aux séjours hospitaliers par rapport aux soins ambulatoires ou semi-hospitaliers ne se justifie plus. Au contraire, les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers, de par leur caractère plus humain et plus économique, dont nous avons eu l'occasion de parler hier, ne méritent pas d'être pénalisés par rapport à l'hospitalisation, ce qui serait le cas si seule l'hospitalisation était sortie de la participation aux coûts. Pour toutes ces raisons, je vous invite à vous en tenir à la proposition de la majorité de la commission, telle qu'elle vous est soumise.

Abs. 1 – Al. 1

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Zisyadis	Minderheit

Abs. 2, 3 – Al. 2, 3

Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire

Für den Antrag Narbel	84 Stimmen
Für den Antrag Spielmann	36 Stimmen

Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire

Für den Antrag Narbel	68 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	61 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit	offensichtliche Mehrheit
Für den Antrag Narbel	Minderheit

Abs. 4, 6, 7 – Al. 4, 6, 7

Angenommen – Adopté

Abs. 5 – Al. 5

Präsident: Die Abstimmung über den Antrag Zisyadis zu Absatz 5 entfällt gemäss Entscheid bei Absatz 1.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission*

*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 12.35 Uhr
La séance est levée à 12 h 35*

Krankenversicherung. Revision

Assurance-maladie. Révision

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1993
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	12
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	91.071
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	06.10.1993 - 08:00
Date	
Data	
Seite	1852-1882
Page	
Pagina	
Ref. No	20 023 213

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.
Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.
Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.