

# Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	<b>24.04.2024</b>
Thème	<b>Sans restriction</b>
Mot-clés	<b>Assurance-maladie</b>
Acteurs	<b>Metzler, Ruth (cvp/pdc) alt-BR/ex-CF, Couchepin, Pascal (fdp/plr) BR EDI / CF DFI</b>
Type de processus	<b>Sans restriction</b>
Date	<b>01.01.1990 - 01.01.2020</b>

# Imprimer

## Éditeur

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Contributions de

Benteli, Marianne  
Rohrer, Linda

## Citations préféré

Benteli, Marianne; Rohrer, Linda 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Assurance-maladie, 2003 - 2009*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), téléchargé le 24.04.2024.

# Sommaire

<b>Chronique générale</b>	1
<b>Politique sociale</b>	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Médecins et personnel soignant	1
Médicaments	2
Assurances sociales	3
Assurance-maladie	3

## Abréviations

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen

---

<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie

# Chronique générale

## Politique sociale

### Santé, assistance sociale, sport

#### Médecins et personnel soignant

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 16.09.2003  
MARIANNE BENTELI

Bundesrätin Dreifuss hatte den starren Vertragszwang im ambulanten Bereich nur mittelfristig aufheben wollen. Ihr Nachfolger im EDI, Bundespräsident Couchepin, machte hingegen gleich nach seinem Amtsantritt Dampf in dieser Sache. Anstatt einer generellen **Aufhebung des Vertragszwangs** zwischen Ärzteschaft und Versicherern brachte er ein neues Modell in die Diskussion, das von der vorberatenden Kommission des Ständerates noch verfeinert wurde. Demnach sollten die Kantone festlegen, wie viele Leistungserbringende der einzelnen Sparten es unter Berücksichtigung des Angebots in den Nachbarkantonen auf ihrem Gebiet braucht. Die Krankenversicherer sollten lediglich noch verpflichtet sein, mit mindestens dieser Zahl von Leistungserbringern zusammenzuarbeiten, und zwar mittels Verträgen von jeweils vier Jahren und einer Kündigungsfrist von 18 Monaten vor Auslaufen des Vertrags. Bereits zu Lasten der sozialen Krankenversicherung praktizierende Ärztinnen und Ärzte sollten bei Inkrafttreten der Gesetzesrevision Anrecht auf einen ersten Vertrag von vier Jahren haben. Alte Patientinnen und Patienten mit einer langjährigen Arztbeziehung und einem schweren Leiden sollten ihren Arzt aber auf jeden Fall behalten können. Ärzte, die sich in einem kostengünstigen Netzwerk mit Budgetverantwortung zusammenschliessen, sollten beim Abschluss eines Vertrages von den Versicherern bevorzugt werden. Die Kommission wollte den Übertritt der Versicherten in die Netzwerke dadurch fördern, dass für diese der Selbstbehalt bei 10% belassen, für alle anderen Versicherten auf 20% angehoben werden sollte. Das Plenum des Ständerates, das sich bereits 2001 grundsätzlich für die Aufhebung des Vertragszwangs ausgesprochen hatte, stimmte dem neuen Modell oppositionslos zu.

Der Nationalrat, der im Vorjahr eine Aufhebung des Vertragszwangs noch abgelehnt hatte, sagte nun mit 153 zu 18 Stimmen Ja zum neuen Modell, schwächte die Lockerung allerdings noch etwas ab. Er entschied, dass chronisch Kranke ihren Arzt behalten dürfen, auch wenn dieser mit ihrer Kasse keinen Vertrag mehr hat. Ärztenetze mit Budgetverantwortung sollten von den Kassen nicht nur bevorzugt, sondern automatisch mit einem Vertrag versehen werden. Auf Antrag der SVP, die argumentierte, damit würde die freie Arztwahl „bestraft“, verzichtete er aber mit 134 zu 23 Stimmen auf eine Anhebung des Selbstbehaltes für die Versicherten in traditionellen Versicherungsformen.

Da er den Anreiz für einen Wechsel zu den besonderen Versicherungsformen unbedingt aufrechterhalten wollte, beschloss der Ständerat mit 24 zu 10 Stimmen Festhalten. Er signalisierte aber zuhanden der sich abzeichnenden Einigungskonferenz gleichzeitig seine Bereitschaft, die Verdoppelung des Selbstbehalts nicht im Gesetz zu verankern, sondern nur festzuschreiben, dass eine Differenzierung erfolgen muss, deren Ausmass aber der Kompetenz des Bundesrates zu überlassen. Diese Lösung setzte sich in der Einigungskonferenz dann auch durch. Da die 2. KVG-Revision im Nationalrat definitiv scheiterte, sind diese Beschlüsse hinfällig.

Noch bevor die parlamentarischen Beratungen abgeschlossen waren, beschloss die Ärztekammer der FMH, wegen der Lockerung des Vertragszwangs das Referendum zu ergreifen<sup>1</sup>

## Médicaments

ACTE ADMINISTRATIF  
DATE: 12.04.2005  
MARIANNE BENTELI

In den ersten Monaten des Jahres entwickelte sich ein erbitterter Streit zwischen den Vertretern der Alternativmedizin und dem BAG. Hintergrund des Streits war der bis Ende Juni zu fällende Entscheid, ob fünf komplementärmedizinische Methoden (chinesische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin und Neuraltherapie) im Leistungskatalog der Grundversicherung nach KVG verbleiben sollten oder nicht. Diese waren 1999 unter dem Vorbehalt zugelassen worden, dass innerhalb von sechs Jahren die Komplementärmedizin zu beweisen habe, dass ihre Methoden den Grundkriterien für die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) entsprechen. Dass sich das BAG weigerte, die Resultate und Daten der verschiedenen PEK-Studien (Programm Evaluation Komplementärmedizin) vor dem Entscheid zu veröffentlichen, wertete der Dachverband der Alternativmediziner als Versuch, die ihrer Auffassung nach „brisanten Ergebnisse“ betreffend die Kostengünstigkeit der Komplementärmedizin zu unterdrücken; das BAG wies diesen Vorwurf umgehend zurück.

Erwartungsgemäss strich Bundesrat Couchepin per 1. Juli die fünf komplementärmedizinischen Methoden aus dem **Grundkatalog der Krankenversicherung**. Er führte aus, die PEK-Studien hätten nicht den wiederholbaren Nutzen dieser fünf Behandlungsarten beweisen können, auch wenn die Methoden bei den Patienten sehr beliebt seien und im Einzelfall Linderung oder gar Heilung einer Krankheit bewirken könnten. Nicht von der Streichung betroffen sind die wichtigsten komplementärmedizinischen Medikamente, sofern sie bereits auf der Spezialitätenliste figurieren, und die Konsultationen und Gespräche, die im Hinblick auf eine alternativmedizinische Behandlung geführt werden.<sup>2</sup>

ACTE ADMINISTRATIF  
DATE: 10.12.2005  
MARIANNE BENTELI

Behörden und Pharmavertreter einigten sich Ende Sommer auf tiefere Preise für ältere Arzneimittel und Generika; damit sollen die Medikamentenkosten ab 2006 um 250 Mio Fr. gesenkt werden. Im November kündigte Bundesrat Couchepin eine Verordnungsänderung zum KVG per 2006 an. Demnach müssen Patientinnen und Patienten, die trotz Verfügbarkeit eines billigeren Generikums auf der Einnahme eines **Originalpräparats** bestehen, **20% Selbstbehalt** anstatt der üblichen 10% bezahlen. Die Pharmabranche drohte umgehend damit, die zwei Monate zuvor geschlossene Vereinbarung in Frage zu stellen. Couchepin gab dem Druck teilweise nach: Anstatt die Ärzte zu verpflichten, die Verschreibung eines Originalpräparats gegenüber dem Vertrauensarzt der Kasse zu begründen, bleiben sie in ihrem Entscheid frei; zudem gilt die 20%-Regel nur, wenn die Preisdifferenz zwischen Originalmedikament und Generikum mindestens 20% beträgt.<sup>3</sup>

ACTE ADMINISTRATIF  
DATE: 22.12.2006  
MARIANNE BENTELI

Das neue System zur Abgeltung der Leistungen in Apotheken kann im Januar 2007 eingeführt werden. Der Bundesrat genehmigte Ende Jahr den **Tarifvertrag zwischen Apothekerverband und Krankenversicherern**, forderte aber Verbesserungen. Auch nach dem neuen Modell müssen die Patientinnen und Patienten für die Beratung bezahlen. Die Stiftung für Konsumentenschutz und der Preisüberwacher kritisierten dies. Bundesrat Couchepin verteidigte die Abgabe vor den Medien: Es sei wichtig, dass die Apotheken Teil der Qualitätskontrolle seien. Neu wird die bisherige Patienten-Pauschale durch eine Abgabe ersetzt, die pro Medikamentenbezug anfällt. Diese Regelung biete Verbesserungen für Patienten, die selten ein Medikament benötigten. Der Bundesrat habe die Tarifpartner jedoch aufgefordert, das System nochmals eingehender zu beleuchten und die Vertragsgenehmigung bis Ende 2008 befristet.<sup>4</sup>

## Assurances sociales

### Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 17.12.2003  
MARIANNE BENTELI

Im **Nationalrat** wiederholte sich dann aber das **Debakel des Vorjahres** – allerdings mit umgekehrten Vorzeichen. SP und Grüne lehnten die Vorlage geschlossen ab, weil ihrer Meinung nach für das neue Modell der Prämienverbilligung zu wenig Geld gesprochen wurde und weil sie mehr Planung statt mehr Wettbewerb wünschten. Die CVP enthielt sich wegen der gestrichenen Kinderrabatte ebenso geschlossen der Stimme. Besonders in der neuen Zusammensetzung der grossen Kammer hätte diese Allianz allein nicht genügt, um die Vorlage bachab zu schicken. Auch die je vier Abweichler in FDP (die drei Waadtländer Favre, Vaudroz und Guisan, der formell den Antrag auf Ablehnung stellte, sowie Markwalder, BE) und SVP (die drei Zürcher Kaufmann, Keller und Maurer sowie Dunant, BS), welche die Revision gegen den Willen der Fraktionsmehrheit ablehnten, hätten nicht unbedingt zum Kippen der Vorlage führen müssen. Ausschlaggebend waren letztlich Absenzen: Auf der linken Seite fehlten nur zwei Nationalräte, während bei der FDP acht und bei der SVP neun Mitglieder abwesend waren. FDP-Fraktionschef Pelli (TI) äusserte sich entsprechend enttäuscht über seine Leute, die andere Termine dieser wichtigen Abstimmung vorgezogen hätten. Pelli ortete aber auch ein „Problem Couchepin“: im Nationalrat habe dieser zwar noch mit einem dringlichen Appell versucht, die Vorlage zu retten; tags zuvor habe er sie im Ständerat aber scheinbar lustlos verteidigt und erklärt, bei einem Referendum würde es zwar nicht unmöglich, aber schwierig, das Volk von dieser Revision zu überzeugen. Die Vorlage wurde **mit 71 zu 66 Stimmen verworfen**. Da sie in rund drei Jahren das ganze parlamentarische Verfahren durchlaufen hatte, war sie damit **definitiv gescheitert**.<sup>5</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 12.01.2004  
MARIANNE BENTELI

Nur wenige Tage nach dem definitiven Scheitern der 2. Teilrevision des KVG im Nationalrat (Ende 2003) hatte Bundesrat Couchepin seinen Kollegen seine Vorschläge für das weitere Vorgehen unterbreitet. Er regte an, die Revision solle in zwei **Gesetzgebungspakete mit Einzelvorlagen** aufgeteilt werden, um allfällige unheilige Allianzen in Parlament und Öffentlichkeit möglichst zu vermeiden. Als dringlich einer Lösung bedürftig befand Couchepin die Bereiche Spitalfinanzierung, Risikoausgleich, Pflegefinanzierung und Beschränkung der zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassenen Arztpraxen. An einem Treffen Couchepins mit einer Delegation der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren Mitte Januar wurden neben diesen Themen auch die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Prämienverbilligung, die Förderung von Managed Care und die Kostenbeteiligung der Versicherten diskutiert. Damit waren die Felder abgesteckt, in welchen der Bundesrat in den kommenden Monaten seine Lösungsvorschläge dem Parlament zu unterbreiten gedachte. Bei den ersten Von-Wattenwyl-Gesprächen der neuen Legislatur fand dieses kapitelweise Vorgehen die Zustimmung der Bundesratsparteien.

Der Ständerat nahm im Einvernehmen mit dem Bundesrat eine Motion Heberlein (fdp, ZH) (03.3644) an, welche die dringlichsten Reformpunkte auflistete. Im Nationalrat wurde eine analoge Motion (03.3673) der FDP-Fraktion bekämpft und deshalb noch nicht behandelt. In einer Studie über den Nutzen des Gesundheitswesens, die zeigen sollte, wie viel die existierende Gesundheitsversorgung den Bezüglern von Leistungen wert ist, kristallisierte sich heraus, dass die Prämienzahlenden am ehesten bei den Medikamenten zu Abstrichen bereit sind (Generika anstatt Originalpräparate), dass die freie Arztwahl aber sakrosankt bleibt. Eine Umfrage ergab zudem, dass die Schweizer Stimmberechtigten keinen Leistungsabbau im Gesundheitswesen wollen, auch wenn viele immer mehr Mühe haben, ihre Prämien zu bezahlen.<sup>6</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 24.08.2004  
MARIANNE BENTELI

Die kantonalen Gesundheitsdirektoren lehnten beide Modelle aus verwaltungstechnischen Gründen ab und schlugen stattdessen vor, die **Prämien für Kinder** bis 18 Jahre ganz abzuschaffen – allerdings zu Lasten der erwachsenen Prämienzahlenden. Hingegen konnte sich Bundesrat Couchepin zunehmend für den ständerätlichen Lösungsansatz erwärmen. Um die verschiedenen Modelle noch eingehender zu prüfen, stellte die kleine Kammer auf Antrag ihrer Kommission diesen Teil der Vorlage bis zur Wintersession zurück und setzte eine Subkommission ein, die auch die Vertreter der kantonalen Gesundheits- und Finanzdirektoren anhörte. Aus der Einsicht heraus, dass die kantonalen Durchschnittseinkommen sehr unterschiedlich sind, eine Prämienbefreiung mit den vorgesehenen CHF 200 Mio. wohl kaum finanzierbar wäre und möglicherweise auch falsche Anreize setzen könnte (null Kosten

bei voller Leistung), entwickelte die Subkommission ein offeneres Modell, das auch die Zustimmung der Finanzdirektoren fand und von den Gesundheitsdirektoren zumindest als gangbarer Weg bezeichnet wurde. Anstatt fixe Einkommenslimiten zu definieren, wurde lediglich noch gesagt, dass die Kantone für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% verbilligen, allerdings nur im Umfang der durchschnittlichen kantonalen Prämie in diesen Altersegmenten. Bei dieser Lösung wird es den Kantonen überlassen, wie sie die unteren und mittleren Einkommen festlegen wollen. Sie können auch über die 50% hinausgehen. Allerdings müssen die Kantone dem Bund anonymisierte Angaben zu den Begünstigten machen, damit dieser das Erreichen der sozial- und familienpolitischen Ziele überprüfen kann. Gemäss früherer Beschlüsse zur Prämienverbilligung müssen die Kantone den Beitrag des Bundes um die Hälfte aufstocken, womit dann CHF 300 Mio. mehr pro Jahr für die Entlastung von Familien bereit stehen würden. Nach Berechnungen der Kommission könnten rund 80% der Kinder und rund 70% der jungen Erwachsenen in den Genuss dieser Massnahme kommen. Der Bundesbeschluss wurde vom Ständerat einstimmig angenommen, ebenso jener über die schrittweise Erhöhung der Bundesbeiträge.<sup>7</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 21.09.2004  
MARIANNE BENTELI

Als Element der Steigerung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten schlug der Bundesrat vor, den **Selbstbehalt** der Versicherten von 10 auf 20% anzuheben, allerdings nach wie vor mit einer Obergrenze von CHF 700 pro Jahr. Für Kinder bleibt der Selbstbehalt bei 10%. Die Botschaft 1D wurde im Berichtsjahr nur vom Ständerat behandelt. Sommaruga (sp, BE) stellte den Antrag, diese Vorlage an die Kommission zurückzuweisen mit dem Auftrag, die Frage des Selbstbehaltes im Zusammenhang mit der Teilrevision Managed Care zu überprüfen. Eine Erhöhung des Selbstbehaltes mache nur Sinn, wenn sie mit einem Anreiz für die Versicherten kombiniert werde, ihre medizinische Behandlung mit ihrem Haus- oder Vertrauensarzt zu koordinieren. Sonst führe die Erhöhung des Selbstbehalts zu einer reinen Kostenverschiebung zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Der Rat hörte aber auf die Argumente von Bundesrat Couchepin, der ausführte, die Massnahme setze Anreize, wegen Bagatellfällen nicht gleich den Arzt aufzusuchen. Sie sei sozialverträglich, da sie Familien nicht zusätzlich belaste; Bezüger von EL-Leistungen hätten ohnehin keinen Selbstbehalt, und Chronischkranke mit jährlichen Arztrechnungen von mehr als CHF 7'000 würden nicht stärker zur Kasse gebeten als bisher. Der Antrag Sommaruga wurde mit 30 zu 7 Stimmen abgelehnt. Stillschweigend genehmigte die kleine Kammer den Antrag der Kommissionsmehrheit, den Höchstbetrag des Selbstbehaltes im Gesetz festzuschreiben. In der Gesamtabstimmung wurde die Vorlage mit 26 zu 2 Stimmen angenommen; mehrere Abgeordnete der SP enthielten sich.

Der Ständerat überwies eine Motion des Nationalrates (02.3641) über die Kostenbeteiligung allein stehender Personen an einen Spitalaufenthalt nur als Postulat.<sup>8</sup>

**CONTRE-PROJET DIRECT À UNE INITIATIVE POPULAIRE**  
DATE: 18.09.2007  
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte sich der Ständerat zwar für die Ablehnung der **Volksinitiative der SVP „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“** ausgesprochen, gegen den Bundesrat jedoch beschlossen, dem Begehren einen direkten Gegenvorschlag entgegen zu stellen, ohne diesen bereits im Detail auszuarbeiten. Trotz Opposition vornehmlich aus dem links-grünen Lager hatte der **Nationalrat** zugestimmt, den Gegenvorschlag zumindest zu prüfen. Bei der inhaltlichen Debatte zur Volksinitiative zeigte sich, dass diese einzig von der SVP-Fraktion unterstützt wurde. Ruey (lp, VD) sprach von „Etikettenschwindel“ und Maury Pasquier (sp, GE) von „Populismus“. Die Mehrheit des Rates war mit dem Bundesrat und dem Ständerat der Meinung, dass die Initiative den sozialen und solidarischen Charakter der obligatorischen Krankenversicherung aushöhle und eine Zweiklassenmedizin fördere. Die Kommissionsmehrheit beantragte, auch den Gegenvorschlag abzulehnen. Sie vertrat die Ansicht, dass der Gegenvorschlag Entscheide ohne vorgängige Abklärung präjudizieren würde. So würde er neue Modalitäten in der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen einführen, die Vertragsfreiheit festschreiben sowie auf eine monistische Finanzierung setzen. Die Kommissionsminderheit warb für den **direkten Gegenvorschlag** und argumentierte, er enthalte zentrale Prinzipien, so etwa dass das Gesundheitssystem in Richtung reguliertem Wettbewerb weiterentwickelt werden müsse. Auch die Sprecher und Sprecherinnen der CVP-, der FDP- und der SVP-Fraktion unterstützten den Gegenvorschlag. Bekämpft wurde er von der Ratslinken sowie von Bundesrat Couchepin. Mit 109 zu 74 Stimmen votierte die grosse Kammer für den direkten



Gegenvorschlag.<sup>9</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**

DATE: 03.10.2007  
MARIANNE BENTELI

In der Folge schloss sich der **Nationalrat** mit 97 zu 87 Stimmen bei der freien Spitalwahl der Einschränkung der kleinen Kammer an (Tarif der Wohnsitzgemeinde). Eine Minderheit aus LP, FDP und SVP plädierte vergeblich für die völlige Freiheit, die sie als einen Kernpunkt der Vorlage bezeichnete, da damit der Wettbewerbsgedanke erheblich gestärkt würde. Die CVP-EVP-GLP-Fraktion unterstützte die Linke vornehmlich aus einem „erledigungspolitischen“ Grund: Die Beratungen zur Spitalfinanzierung seien nun über Jahre hinaus verschleppt worden und sollten endlich abgeschlossen werden; weitergehende Schritte könne man sich später überlegen. Beim **Kostenverteiler** hielt die grosse Kammer mit 147 zu 35 an ihrer fixen Regelung von 55% fest. Die Kommissionssprecherin begründete dies damit, ein Bandbreitenmodell schaffe Rechtsunsicherheit und könne zu einem massiven Kostenschub führen. Auch Bundesrat Couchepin bezeichnete das Modell als kaum durchführbar und realitätsfremd. Der Ständerat bekräftigte allerdings mit 27 zu 10 Stimmen erneut sein Modell, da man Kantone, die sich in der Vergangenheit für ein kostengünstiges Gesundheitssystem eingesetzt hätten, nicht bestrafen dürfe. Im Grundsatz wich der Nationalrat weiterhin nicht von seinem Beschluss ab. Mit einer Übergangsbestimmung kam er aber dem Ständerat entgegen: Demnach können Kantone, die beim Inkrafttreten des Gesetzes ein unterdurchschnittliches Prämienniveau haben, ihren Kostenanteil zunächst zwischen 45 und 55% festlegen. Sie haben dann maximal fünf Jahre Zeit, diesen Anteil schrittweise auf 55% zu erhöhen. In der Einigungskonferenz setzte sich diese Variante des Nationalrats durch. In der Schlussabstimmung im Nationalrat enthielt sich die SVP grossmehrheitlich der Stimme, CVP und FDP stimmten geschlossen dafür, GP und SP mehrheitlich dagegen. Im Ständerat wurde die Gesetzesänderung mit 33:3 angenommen.

Beide Kammern überwiesen eine Motion (07.3555) der Kommission des Ständerates, die den Bundesrat auffordert, die gesetzlichen Grundlagen für die Rechnungskontrolle sowie die Überprüfung der Berechnung der Vergütung der Vergütung gemäss dem Tarifregime von SwissDRG (Fallkostenpauschalen) vorzulegen.<sup>10</sup>

**CONTRE-PROJET DIRECT À UNE INITIATIVE POPULAIRE**

DATE: 06.12.2007  
MARIANNE BENTELI

Im Rahmen der **Differenzbereinigung** unterbreitete im Ständerat die Kommissionmehrheit eine **modifizierte Formulierung** für den Gegenvorschlag. Darin soll die bestehende Gesundheitspolitik festgeschrieben werden mit Betonung eines regulierten Wettbewerbs, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Als neue „Eckzähne“ würden die Vertragsfreiheit und die monistische Finanzierung aufgenommen. Die Diskussion im Rat drehte sich erneut um die grundsätzliche Frage, ob ein direkter Gegenvorschlag überhaupt sinnvoll sei. Für Frick (cvp, SZ) stellte der Gegenvorschlag das Gesundheitswesen auf eine klarere und bessere Grundlage auf Verfassungsstufe. Mehrere bürgerliche Ratsmitglieder knüpften ihr Ja zum Gegenvorschlag an die Forderung, dass die SVP ihre Initiative vor der Schlussabstimmung zurückziehe. Eine Kommissionminderheit aus der SP beantragte, sowohl die Initiative wie auch den modifizierten Gegenvorschlag abzulehnen. Bundesrat Couchepin unterstützte die Kommissionminderheit und gab zu bedenken, dass das Volk nicht einfach allgemeinen Grundsätzen zustimme, wenn es die konkreten Konsequenzen nicht kenne. Der Entscheid für den Gegenvorschlag fiel schliesslich überaus knapp aus – bei 20 zu 20 Stimmen mit Stichentscheid des Präsidenten (Brändli, svp GR). Im Nationalrat empfahl die Kommissionmehrheit erneut den Gegenvorschlag zur Ablehnung. Der Minderheitsantrag, am Gegenvorschlag in der Fassung des Ständerates festzuhalten wurde von einer Koalition aus SVP, FDP und CVP unterstützt und setzte sich mit 108 zu 67 durch. Vor der Schlussabstimmung erklärte Bortoluzzi (svp, ZH) im Namen seiner Partei, unter diesen Vorzeichen sei die SVP bereit, ihre Volksinitiative zurückzuziehen. Die Initiative wurde am 10. Januar 2008 zurückgezogen.<sup>11</sup>

**DÉBAT PUBLIC**

DATE: 21.04.2009  
LINDA ROHRER

Bei einem Gesundheitsgipfel im Frühjahr forderte Bundesrat Couchepin die Einführung einer **Praxisgebühr** von CHF 30, um unnötige Arztbesuche zu verhindern. Diese finanzielle Hürde sollte die Patienten davon abhalten, wegen Bagatellen die Krankenkasse zu beanspruchen. Die Belastung chronisch Kranker wurde dabei allerdings begrenzt. Der Vorschlag stiess auf sehr viel Kritik: Einzig der Krankenkassenverband Santésuisse stand der vorgeschlagenen Praxisgebühr positiv gegenüber. Neben der Praxisgebühr stellte Couchepin wenig später noch weitere Massnahmen vor, um die angekündigten massiven Prämienerhöhungen zu stoppen.

Einerseits sollte eine Telefonberatung eingeführt werden, welche alle Versicherer kostenlos erbringen müssen. Andererseits wollte der Bundesrat die Kompetenz erhalten, die Senkung der Arzttarife bei einer überdurchschnittlichen Kostensteigerung beschliessen zu können. Mit Leistungsaufträgen sollten die Kantone zudem dazu gebracht werden, die Kosten bei den Spitalambulatorien zu senken. Für die Verbilligung von Krankenkassenprämien forderte Couchepin zudem den Einsatz von mehr Bundesmitteln.<sup>12</sup>

---

1) AB NR, 2003, S. 1118 ff.; NZZ, 3.5. und 24.10.03; Presse vom 13.10.03; AB SR, 2003, S. 213 f.; NLZ, 26.2.03 und NZZ, 14.3.03; AB SR, 2003, S. 744.

2) Presse vom 5.4. und 4.6.05; NZZ, 6.4., 11.4. und 12.4.05.

3) Presse vom 10.11.05; TA, 16.11.05; 24h, 10.12.05.; Presse vom 14.9.05.

4) Presse vom 22.12.06.

5) AB NR, 2003, S. 2048ff.; Presse vom 18.12. (Kommentare) – 20.12.03 (von Couchepin skizziertes weiteres Vorgehen).

6) Presse vom 13.1., 14.1., 26.2., 25.3. und 20.5.04; AB SR, 2004, S. 217; AB NR, 2004, S. 485; Presse vom 18.3.04; Presse vom 24.9.04.

7) AB SR, 2004, S. 887 ff.; Presse vom 25.8. (Kantone), 27.8. (Couchepin), 7.9. (Kantone), 12.11. und 16.11.04 (definitives Modell SGK-SR); LT, 13.11.04; TA, 16.11.04.

8) BBl, 2004, S. 4361 ff.; AB SR, 2004, S. 467 ff.; Presse vom 27.5. und 22.7.04; AB SR, 2004, S. 215 f.

9) AB NR, 2007, S. 1219 ff.

10) AB NR, 2007, S. 1646 ff., 1650 ff., 1769 ff., 1942 ff., 1985 und 2074 f.; AB SR, 2007, S. 1028 ff., 1036 ff., 1144 f., 1198 f. und 1210.; AB SR, 2007, S. 765; AB NR, 2007, S. 1176.

11) AB SR, 2007, S. 1019 und 1211; AB NR, 2007, S. 1946 ff. und 2075 f.; BBl, 2008, S. 3 ff.

12) Presse vom 22.4. und 7.5.09.