



15.468

Parlamentarische Initiative

Borer Roland F.

Stärkung

der Selbstverantwortung im KVG

Initiative parlementaire

Borer Roland F.

LAMal. Renforcer

la responsabilité individuelle

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 26.11.18 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

Antrag der Mehrheit

Eintreten

Antrag der Minderheit

(Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)

Nichteintreten

Antrag Grüter

Rückweisung an die Kommission

mit dem Auftrag, eine Vorlage auszuarbeiten, bei der die versicherte Person unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln kann; bei einem Einjahresvertrag jedes Jahr, bei Drei- oder Fünfjahresverträgen jeweils auf das Vertragsende. Der Versicherer muss jedes Grundversicherungsprodukt als Einjahresvertrag anbieten und darf einzelne oder alle Produkte jeweils auch als Drei- bzw. Fünfjahresvertrag anbieten.

Schriftliche Begründung

Die parlamentarische Initiative Borer setzt auf Zwang bei den Wahlfranchisen. Da laut Bundesrat lediglich 0,17 Prozent der Versicherten Franchisenhüpfer sind, also für ein Jahr die Franchise auf das Minimum setzen, um teure medizinische Untersuchungen und Behandlungen durchführen zu lassen, schiesst die Initiative übers Ziel hinaus. Sie ist auch kontraproduktiv, weil sich weniger Versicherte für Wahlfranchisen entscheiden. Das führt zu sinkenden Kostenbeteiligungen und höheren Prämien, macht also die Wirkung der Anpassung der Mindestfranchise an die Kostenentwicklung zunichte. Mit Mehrjahresverträgen als frei wählbare Option für Versicherer und Versicherte werden neue Anreize statt Zwänge geschaffen. Versicherer müssen die Standardgrundversicherung, Wahlfranchisen und alternative Versicherungsmodelle wie bisher als Einjahresverträge anbieten und dürfen diese neu auch als Drei- und/oder Fünfjahresverträge anbieten. Die Versicherten dürfen die offerierten Laufzeiten frei wählen. Die Versicherer sind frei, die Prämien für die gesamte Vertragsdauer fix oder gestaffelt (z. B. 2 Prozent Prämienerrhöhung pro Jahr oder eine Ausstiegsoption für die Versicherten, wenn die Prämien über den garantierten Anstieg von z. B. 2 Prozent steigen). Das BAG genehmigt die Prämien wie bisher und neu auch gemäss den Konditionen in den jeweiligen Mehrjahresverträgen. Mit dieser neuen Freiheit im Krankenversicherungsgesetz werden sich bei den Versicherten nur attraktive Mehrjahresverträge durchsetzen, wie wir sie bei den Hypotheken schon lange kennen.

Proposition de la majorité

Entrer en matière





Proposition de la minorité

(Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia)

Ne pas entrer en matière

Proposition Grüter

Renvoyer le projet à la commission

avec mandat d'élaborer un projet prévoyant que l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile, chaque année avec un contrat d'un an ou à l'expiration du contrat si celui-ci a été conclu pour une durée de trois ou cinq ans. Le projet doit aussi prévoir que l'assureur est tenu de proposer tous les produits de l'assurance de base avec un contrat d'une durée d'un an et peut proposer une partie ou la totalité des produits avec un contrat d'une durée de trois ou cinq ans.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Nous parlons à nouveau d'assurance-maladie et de franchises. Le 22 juin 2016, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil a décidé de donner suite à l'initiative dont nous traitons aujourd'hui le projet qui en est issu. Cette décision a été approuvée le 30 août 2016 par la commission soeur du Conseil des Etats. L'initiative de notre ancien collègue Roland Borer a été reprise par Monsieur Brand.

Dans l'assurance-maladie, vous le savez, il y a des franchises à option, des modèles alternatifs que 80 pour cent des assurés choisissent. Ce projet vise à lutter contre le comportement que l'on pourrait qualifier de déloyal de certains assurés, qui, lorsqu'ils détectent le risque d'une opération coûteuse, décident, d'une année à l'autre, de réduire le montant de leur franchise, de changer de modèle d'assurance, afin de bénéficier, le temps d'une année, de prestations à la charge de l'assurance sociale, mais de retrouver ensuite des primes basses en augmentant à nouveau leur franchise.

Ce genre de comportement peut être qualifié, comme je l'ai dit, de déloyal et de pas tout à fait solidaire dans le système que nous connaissons aujourd'hui. Le projet issu de l'initiative Borer propose de lutter contre cela en remplaçant le modèle que nous connaissons aujourd'hui, soit la possibilité de changer de modèle chaque année, par un système différent, où, une fois que vous auriez signé votre contrat d'assurance avec une franchise à option, vous auriez l'obligation de garder le même pendant trois ans. La commission estime que cette approche permettrait de lutter contre les gens qui slaloment entre les différents modèles au gré de leurs besoins.

Les arguments contre ce projet ont aussi été débattus en commission. Tout d'abord, on parle ici de cas assez rares. Seulement 0,17 pour cent des assurés pratiqueraient ce genre de méthode qui consiste à changer d'assurance au gré des besoins. Le potentiel d'économies s'élève à 5 millions de francs, pas grand-chose au regard des 30 milliards de dépenses de l'assurance obligatoire des soins. Le risque, c'est aussi de pousser les assurés à renoncer aux franchises élevées, ce qui aurait pour conséquence que tous les assurés devraient payer davantage.

Mais voilà, ces comportements ne sont pas acceptables et, le 6 avril 2017, notre commission a adopté, par 17 voix contre 6 et 0 abstention, un avant-projet de loi, qui a fait l'objet d'une consultation.

Après cette séance du 6 avril, la commission s'est encore réunie les 19 et 20 avril 2018 pour adopter un projet qui a été soumis au Conseil fédéral, puis revu le 25 octobre dernier pour tenir compte de l'avis de notre gouvernement. Une proposition a été déposée par Monsieur Grüter; elle vise à transformer l'obligation de contrat de durée déterminée en une possibilité de limitation du contrat. Les assureurs auraient ainsi la possibilité de vous offrir une assurance non pas pour trois ans obligatoires, mais pour trois ans optionnels, si vous le souhaitez et, pourquoi pas, jusqu'à cinq ans même. La commission s'est penchée sur une proposition similaire, qui, même si elle a obtenu le soutien d'une petite partie de ses membres, a été rejetée pour les raisons suivantes.

D'abord, une telle mesure aboutirait, selon la commission, à de trop nombreuses possibilités de choix. En effet, on connaît déjà des dizaines, voire des centaines de milliers, de primes différentes. Si on ajoutait des modèles qui varient selon les années, on pourrait aboutir à une situation où coexistent des millions de primes différentes à recalculer. Par ailleurs, cette mesure introduirait aussi des modèles qui seraient peu

AB 2018 N 1796 / BO 2018 N 1796

comparables les uns par rapport aux autres. C'est pour ces raisons que la proposition a été rejetée par une majorité de la commission.

La proposition défendue par la minorité Carobbio Guscetti vise, quant à elle, la non-entrée en matière. Elle a été rejetée par 15 voix contre 7 et aucune abstention, pour les motifs que j'ai évoqués tout à l'heure.



J'entre dans le détail des propositions de minorité qui ont été déposées – ce sera ainsi fait.

Tout d'abord, la minorité Ruiz Rebecca, à l'article 62 alinéa 2 quater, propose que non seulement les assurés qui atteignent l'âge de 18 ans puissent, comme cela est prévu aujourd'hui dans la loi, renoncer à l'assurance dans la forme visée à l'alinéa 2 lettre a ou conclure une assurance dans cette forme avec une autre franchise pendant la période de trois ans, mais aussi ceux qui découvrent une maladie grave ou chronique dont le coût dépasse largement la franchise. C'est un objectif à visée sociale; la minorité veut ainsi répondre aux situations où, soudainement, de manière inattendue, une maladie est diagnostiquée. Il n'y a pas de responsabilité individuelle en matière de maladie, plaide la minorité.

La majorité de la commission, de son côté, a estimé que la formulation de la proposition était trop vague et que celle-ci était inapplicable. Il est en effet difficile de définir ce qu'est une maladie chronique dont les coûts justifieraient une entorse au régime. Par ailleurs, il a été relevé que le cœur de la proposition contenue dans le projet tomberait dans ce cas, étant donné que le but est justement de faire en sorte que les gens qui choisissent une franchise à option pour plusieurs années supportent cette franchise pendant une période de trois ans, sachant que le coût maximum actuel, avec les rabais que l'on connaît, est de 600 francs dans le modèle avec la franchise élevée par rapport au modèle avec la franchise basse.

Ainsi, par 15 voix contre 7 et aucune abstention, la commission a refusé la proposition défendue par la minorité Ruiz Rebecca.

Quant à la proposition défendue par la minorité Humbel, qui vise à supprimer l'obligation faite à l'assurance d'annoncer à l'assuré l'échéance du contrat deux mois avant l'expiration de la période de trois ans, elle a été rejetée par une majorité des membres de la commission, lesquels estiment utile que l'assuré dont le contrat d'assurance est bloqué pour trois ans soit informé activement par l'assureur du risque qu'il rencontre à ce moment-là de voir son contrat d'assurance repartir pour trois ans. La minorité estime, quant à elle, que l'information que les assurés reçoivent chaque année en automne est suffisante.

Le vote a été serré et c'est par 13 voix contre 10 et aucune abstention que la commission a tranché en faveur de l'avis exprimé par le Conseil fédéral.

Au vote sur l'ensemble, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a décidé, par 11 voix contre 7 et 2 abstentions, de vous recommander d'accepter cette modification de loi.

Brand Heinz (V, GR), für die Kommission: Diese Vorlage wird auch immer wieder mit meinem Namen in Verbindung gebracht. Ich möchte Sie in diesem Zusammenhang einfach darauf hinweisen, dass ich nach dem Ausscheiden von Kollege Borer dieses Geschäft zur Weiterbehandlung übernommen habe. Spiritus Rector der Vorlage ist, wie gesagt, alt Nationalrat Roland Borer.

Die zur Diskussion stehende und von beiden SGK angenommene parlamentarische Initiative verlangt einzig und allein die Anpassung des Krankenversicherungsgesetzes; damit soll erreicht werden, dass die Versicherten während drei Jahren die gleiche Wahlfranchise behalten müssen. Damit soll in Zukunft die Zahl jener Versicherten begrenzt werden, die jeweils aufgrund ihres Gesundheitszustandes die Franchise in opportunistischer Weise wechseln. Das – einfach ausgedrückt – opportunistische Franchisenhüpfen soll damit in Zukunft vermieden bzw. verunmöglicht werden.

Trotz kritischen Einwänden im Vernehmlassungsverfahren hat die Kommission in Kenntnis derselben am 25. Oktober 2018 an ihrem Entwurf festgehalten. Dieser sieht vor, dass eine vom Versicherten gewählte Wahlfranchise – ich betone, dass es hier einzig und alleine um die Wahlfranchise geht – während drei Jahren nicht geändert werden kann. Ich komme danach noch auf diese Einschränkung zurück.

Der heutige Bundesrat unterstützt weiterhin den Nichteintretensantrag der Kommissionsminderheit. An der vorerwähnten Kommissionssitzung wurde aufgrund der ablehnenden Haltung des Bundesrates beantragt, nochmals über das Eintreten zu entscheiden. Die Kommission hat dieses Ansinnen jedoch mit 12 zu 8 Stimmen bei 3 Enthaltungen ausdrücklich abgelehnt und entschieden, die Vorlage nun zu beraten und über sie zu entscheiden. In der Gesamtabstimmung wurde die Vorlage mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen angenommen. Die Minderheit Carobbio Guscetti stellt Antrag auf Nichteintreten.

In der Branche selbst und in der Verwaltung gibt es unterschiedliche Auffassungen über das Ausmass dieses Franchisenhüpfens. Der Bundesrat geht, aufgrund einer eigenen Studie, von einer etwas tieferen Zahl, von 0,17 Prozent aller Versicherten, aus. Eine Umfrage unter den mittelgrossen Versicherern hat ergeben, dass diese Zahl etwas höher ist. Tatsache ist aber, dass es sich nicht um ein Massenphänomen handelt, sondern um ein zugegebenermassen etwas untergeordnetes Problem.

Dieses untergeordnete Problem ist aber seinerzeit schon von Bundesrat Couchepin aufgegriffen worden. Er hat bereits 2004 im Rahmen einer Kostendämpfungs Vorlage eine vergleichbare Massnahme vorgeschlagen. Und der Bundesrat hat vier Jahre später, in seiner Stellungnahme zur Motion 08.3658, "KVG. Längere Ver-



tragsdauer zur Optimierung des Kosteneinsparpotenzials", ebenfalls auf die negativen Folgen des jährlichen Versicherungswechselrhythmus hingewiesen. Der Bundesrat hat also bereits vor einigen Jahren auf dieses Problem hingewiesen und Handlungsbedarf signalisiert. Diese Motion nimmt jetzt einzig und alleine diese Problemlösung wieder auf.

Noch eine Bemerkung zur Position der Kommissionsminderheit: Die Minderheit ist der Auffassung, wie der Bundesrat, diese Vorlage könne möglicherweise sogar Fehlanreize generieren. Der Bundesrat hat aber auch, im Gegensatz zur Kommissionsminderheit, Bereitschaft signalisiert, das Problem in einigen Jahren, spätestens 2022, nochmals anzugehen und bei dieser Gelegenheit auch die Frage der obligatorischen dreijährigen Versicherungsdauer eingehend zu prüfen.

Nun, was sind die Auswirkungen dieser Vorlage? Die Möglichkeit des jährlichen Wechsels des Krankenversicherers ist ein Schlüsselement und ein starker Anreiz für die Versicherer, das Preis-Leistungs-Verhältnis ihres Angebotes zu verbessern und die Kosten der Leistungen und der Verwaltung systematisch zu überprüfen. Ausserdem darf auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass der jährliche Wechselrhythmus, der jährliche Wechsel von einigen Zehntausend Versicherten mit einem erheblichen administrativen Aufwand und entsprechenden Folgekosten verbunden ist.

Ich komme zum Fazit: Die Vorlage zielt einzig und allein darauf ab – ich habe es bereits gesagt –, ein opportunistisches Franchisenhüpfen zu verhindern. Die Franchisenoptimierung ist zu vermeiden. Und obwohl diese Franchisenoptimierungen in quantitativer Hinsicht bescheiden ausfallen, hilft gegen diese Schlaumeierei eben nur eine verbindliche gesetzliche Regelung. Die obligatorische Krankenversicherung ist ein gesellschaftspolitisches Solidaritätsprojekt und kein Trainingscamp für Versicherungs- und Auslagenoptimierer.

Wir haben heute auch noch einen Antrag Grüter auf Rückweisung des Geschäftes erhalten. Die Kommission hat sich mit diesem Rückweisungsantrag nicht beschäftigt. Ich kann deshalb namens der Kommission auch keine Stellung zu diesem Rückweisungsantrag nehmen. Ich möchte Sie jedoch darauf hinweisen, dass in der Kommission dieses Anliegen inhaltlich in etwa bereits Gegenstand eines Minderheitsantrages war, der dann aber zurückgezogen wurde. Fakt ist aber, dass der Rückweisungsantrag weit über das Geschäft hinausgeht, welches diese parlamentarische Initiative beschlägt.

Was die Detailberatung betrifft, möchte ich auf die Ausführungen von Kollege Nantermod verweisen; er hat sich bereits detailliert dazu geäussert.

AB 2018 N 1797 / BO 2018 N 1797

Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen, die Minderheitsanträge Ruiz Rebecca und Humbel abzulehnen und der Mehrheit zu folgen.

Graf Maya (G, BL): Geschätzter Kollege Brand, Sie haben markige Worte wie "Franchisenhüpfer" usw. gebraucht und die Solidarität angerufen. Darum frage ich Sie: Schiessen wir mit dieser Regelung nicht mit Kanonen auf Spatzen, wenn nur 0,17 Prozent der Versicherten die Franchise vorübergehend senken und nur knappe 5 Millionen Franken Einsparungen möglich wären? Weiter steht im Entwurf, dass der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer bei einem Wechsel die bisherige Franchise und den Zeitpunkt, ab dem die Franchise gilt, mitteilen muss. Das ist ein enormer administrativer Mehraufwand der Versicherer, und er erscheint extrem hoch im Vergleich zu diesen minimalen Einsparungen.

Brand Heinz (V, GR), für die Kommission: Frau Kollegin Graf, besten Dank für Ihre Fragen. Ich komme gerne darauf zurück. Ich habe ja in meinen Ausführungen bereits gesagt, dass dieses Franchisenhüpfen kein Massenphänomen ist, sondern zugegebenermassen – Sie erwähnten jetzt wieder die Zahl von 0,17 Prozent aller Versicherten – eine gesamthaft betrachtet bescheidene Anzahl von Personen beschlägt. Aber ich möchte Sie darauf hinweisen, dass der Spardruck in der obligatorischen Krankenversicherung enorm ist. Wir sollten deshalb jede Massnahme nutzen, um Einsparungen vorzunehmen. Ob diese 5 Millionen Franken betragen, wie Sie es erwähnt haben, oder ob sie, wie das von anderen Fachleuten beziffert wird, höher sind, sei dahingestellt. Für mich sind alleine 5 Millionen Franken schon ein Betrag, den es sinnvollerweise einzusparen gilt.

Was den administrativen Mehraufwand anbelangt, möchte ich Sie darauf hinweisen, dass genau diese jährliche Wechseloption mit einem enormen Verwaltungsaufwand verbunden ist. Wenn wir hier bei den Wechseloptionen Einschränkungen vornehmen, ist das eben auch mit einer Reduktion des Verwaltungsaufwandes verbunden. Das ist nach meinem Dafürhalten nebst den Kosteneinsparungen eine weitere positive Folge dieser Beschränkungen.

Zusammenfassend gesagt: Ich bin keineswegs der Auffassung, dass man hier mit Kanonen auf Spatzen schießt, sondern ich bin der Auffassung, dass man hier eine Möglichkeit wählt, Kosten einzusparen. Diese



Möglichkeit sollte man nutzen.

Le président (de Buman Dominique, C, FR): La proposition de non-entrée en matière de la minorité Carobbio Guscetti est présentée par Madame Gysi.

Gysi Barbara (S, SG): Wie gesagt, ich vertrete die Minderheit Carobbio Guscetti, die auf dieses Geschäft nicht eintreten will. Es wurde nun schon von den Kommissionssprechern ausgeführt: Eigentlich haben wir kein grosses Problem mit den "Franchisenhüpfen", wie sie genannt werden. Es ist kein Massenphänomen, darf ich den Kommissionssprecher zitieren. Warum müssen wir dann in dieser Sache legiferieren?

Die parlamentarische Initiative will Knebelverträge: Dreijahresverträge fix, wenn man in einer Wahlfranchise ist. Das nutzt nur den Versicherern, aber sicher nicht den Versicherten selbst. Ob damit die sogenannte Selbstverantwortung wirklich gestärkt ist, mag bezweifelt werden. Denn das kann nämlich auch dazu führen, dass sich weniger Leute mit höheren Wahlfranchisen versichern und darum sogar mehr Gesundheits- oder Krankheitskosten produziert werden, weil die Leute dann eher zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Ob das zutrifft, sei dahingestellt.

Es sind rund 5 Millionen Franken, die eingespart werden würden – bei über 60 Milliarden Franken Kosten ein sehr kleiner Betrag. Aber es ist wirklich die Frage, was man damit erreichen will. Die Knebelverträge, die Dreijahresverträge, binden primär die Versicherten an die Versicherung. Man kann zwar wechseln, aber man kann das Modell nicht wechseln. Schlussendlich wird es dazu führen, dass die Macht der Kassen eher gestärkt wird, und das sicher nicht zum Nutzen der Patientinnen und Patienten.

Es ist auch erstaunlich: Die Kommission führt ja bei einer parlamentarischen Initiative die Vernehmlassung selber durch. Die Vernehmlassung wurde durchgeführt. Zwei Drittel der Vernehmlassungsantworten waren negativ. Zahlreiche Bedenken wurden ins Feld geführt, einerseits von Patientinnen- und Patientenorganisationen, die wirklich befürchten, dass die vorgesehene Regelung zum Nachteil von Patientinnen und Patienten ist, auch zum Nachteil von chronisch kranken Menschen, die besonders betroffen sind. Konsumentenschutzorganisationen sprechen sich dagegen aus. Schlussendlich haben auch diverse Kantone grosse Bedenken und lehnen diese Gesetzesänderung ab. Sie befürchten, dass sie höhere Kosten in der Sozialhilfe haben, wenn die Leute nicht wechseln können und bei Behandlungen höhere Kosten selber bezahlen müssen, womöglich muss das dann eben die Sozialhilfe finanzieren. Wir haben zahlreiche Stellungnahmen erhalten, mehrere Seiten.

Zusammengefasst: Es gibt wie gesagt diverse negative Punkte, die allerdings überhaupt nicht aufgenommen wurden. Man muss wirklich fragen, warum man denn eine Vernehmlassung macht, wenn man nicht auf die Inhalte eingehen oder die Rückmeldungen nicht hören will. Auch das hat der Kommissionssprecher ausgeführt: Man wollte nach der Stellungnahme des Bundesrates nicht nochmals darüber abstimmen. Da geht es wirklich darum, die Interessen der Versicherungen durchzuboxen und nicht die Interessen der Menschen.

Wir wollen keine Verlagerung der Kosten auf die Sozialhilfe oder allenfalls sogar auf die Ergänzungsleistungen; das kann es ja nicht sein. Von Versichererseite wurde zum Teil ins Feld geführt, dass solche Knebelverträge gerade die Hausarztmodelle und die integrierte Versorgung unattraktiver machen. Das kann es ja irgendwie auch nicht sein. Das ist wirklich auch ein Widerspruch, wenn man diese Vorlage anschaut. Irgendwie dünkt es mich, das Ganze sei sehr wenig durchdacht, sehr ideologisch aufgepumpt. Wenn dann heute noch ein Rückweisungsantrag aus den Reihen der beiden Vertreter der parlamentarischen Initiative kommt, dann habe ich wirklich das Gefühl, dass da etwas durchgeboxt wurde. Man merkt: Es stimmt irgendwie nicht. Wir alle haben in den letzten Wochen und Tagen Zuschriften erhalten. Deren Inhalte haben wir in der Kommission gekannt. Wir haben ja eine Vernehmlassung gemacht. Man wollte all dies nicht aufnehmen. Nun kommt schnell, schnell noch ein Rückweisungsantrag. Das zeigt einfach, wie schlecht dieses Gesetz ist.

Darum: nicht zurückweisen, sondern gar nicht erst eintreten. Es ist unnötig, wir brauchen keine solchen Dreijahres-Knebelverträge bei den Wahlfranchisen, denn, wie erwähnt, es handelt sich um ein sehr kleines Problem. 0,17 Prozent der Versicherten wählen vorübergehend eine tiefere Franchise. Deswegen müssen wir kein neues Gesetz machen.

Besten Dank für das Nichteintreten.

Lohr Christian (C, TG): Die CVP-Fraktion empfiehlt Ihnen, unbedingt auf diese Vorlage einzutreten. Wir sind der festen Überzeugung, dass wir hier nicht ein System haben, in dem Knebelverträge festgelegt werden, sondern dass wir mit dieser Vorlage zu einer Stabilisierung im Franchisenbereich beitragen können. Wir wollen wirklich auch dazu beitragen, dass die Hüpferei von einer Franchise zur anderen bei den Krankenkassen aufhört. Wir sind ganz sicher, dass ein solches Verhalten keine gute Lösung ist. Bewegung im Gesundheitsbereich ist zwar gut – also körperliche Bewegung –, aber es ist meine feste Überzeugung, dass Bewegung in diesem Bereich, nämlich immer wieder zu versuchen, noch einige Franken herauszuholen, was man dann



letztlich doch nicht erreicht, nicht gut ist. Ich möchte jetzt nicht gleich so weit gehen und von Opportunismus reden, aber doch von unguenen Optimierungsversuchen. Was wir aber ausdrücklich betonen wollen, wenn wir diese Haltung einnehmen, ist, dass natürlich die Beratung der Kunden eine hohe Qualität haben muss. Die Kunden müssen genau wissen, was für Verträge sie abschliessen, welche Qualität die Leistungen haben, die sie zu erwarten haben.

Wir sind erstaunt über den Rückweisungsantrag Grüter: Damit können wir, ehrlich gesagt, gar nichts anfangen, dies vor

AB 2018 N 1798 / BO 2018 N 1798

allem darum, weil wir der festen Überzeugung sind, dass das ein ganz anderes Konzept ist, das hier nicht seinen Platz hat. Der Kommissionssprecher hat auch erwähnt, dass man dieses Thema bereits in der internen Kommissionsdebatte angesprochen hat. Wir glauben aber, dass wir jetzt dieses Projekt zu Ende bringen und vorwärts machen sollten.

Hier festzulegen, dass man die Wahlfranchise während drei Jahren nicht ändern kann, erachten wir als einen gangbaren Weg, weil wir Stabilität im System behalten sollten. Wir sind davon überzeugt, dass die Stabilität auch den sozial Schwächeren durchaus dient. Wir glauben eben nicht, dass die Elimination von sozial Schwächeren aus dem System eine Stärkung dieser Menschen bedeutet.

Wir empfehlen Ihnen, nachher den Minderheitsantrag Humbel anzunehmen, der uns noch erläutert wird. Wir werden aber ganz sicher auf die Vorlage eintreten und dieser auch zustimmen.

Moret Isabelle (RL, VD): Plus de liberté, plus de liberté de choix, plus de concurrence: voilà les objectifs des libéraux-radicaux dans le domaine de la santé. Or, ce projet propose exactement le contraire: il propose de limiter la liberté de choix de l'assuré. Voilà pourquoi le groupe PLR vous propose de ne pas entrer en matière sur ce projet.

Notre système de santé propose aujourd'hui à la population un vaste choix de prestataires et une prise en charge de qualité. Les coûts de l'assurance de base connaissent cependant une hausse constante et préoccupante. Il n'existe malheureusement pas de solution miracle. Le PLR s'est toujours engagé en faveur d'un système de santé efficace et de qualité. Il appelle pour cela à plus de concurrence entre les acteurs et à la préservation de la liberté de choix pour les assurés. Il est crucial que les assurés et les patients puissent continuer à effectuer leur choix librement avec des coûts maîtrisés. La pérennité du système passe en effet par l'implication active de chacun dans l'évolution des dépenses de santé.

Le projet dont nous discutons aujourd'hui va à l'opposé de cela. Verrouiller sur trois ans et de manière obligatoire les contrats prévoyant une franchise à option revient à réduire la liberté des citoyens. C'est une modification à laquelle le PLR ne peut pas souscrire. Il est légitime de vouloir trouver une solution aux changements de franchise opportunistes en fonction de l'état de santé. Mais, il est aussi nécessaire de mettre les chiffres en perspective. Limiter la liberté de choix, pour quoi? Pour seulement 0,17 pour cent des assurés qui passent temporairement d'une franchise haute à une franchise basse. En termes financiers, le projet ne remplirait pas ses promesses. Les estimations de l'Office fédéral de la santé publique sont éloquentes: les économies escomptées ne s'élèveraient qu'à 5 millions de francs, soit 75 centimes par assuré adulte sur un total de 28 milliards de francs de prestations nettes, et cela sans compter la bureaucratie que cette mesure entraînerait. Par ailleurs, le projet pourrait déployer des effets contraires. Pour éviter de se retrouver coincés sur trois ans avec une franchise élevée, les assurés pourraient opter pour une franchise basse, sur une plus longue période qu'actuellement, une décision qui aurait très certainement un impact négatif sur les coûts de l'assurance de base. L'objectif du projet serait ainsi doublement manqué: en plus d'occasionner une charge administrative supplémentaire sans permettre de véritables économies, la modification pourrait conduire à une hausse des dépenses de santé. Le choix serait donc plus limité et le projet aurait un effet contraire. Le groupe libéral-radical aimerait que plus de gens choisissent la franchise élevée; or, avec un tel projet, moins de personnes prendraient ce risque.

Le titre de l'initiative est pourtant porteur: "Renforcer la responsabilité individuelle". Oui, le groupe libéral-radical y est favorable, mais pas en limitant la liberté de choix des assurés. Il est en effet de la responsabilité de chacun de veiller à une maîtrise des dépenses pour permettre un financement durable du système de santé. C'est pourquoi le groupe libéral-radical a son propre projet concernant les contrats avec une franchise à option. Nous souhaitons offrir la possibilité – et non l'obligation – aux assurés de choisir un contrat sur cinq ans. L'assuré pourrait bien entendu continuer de conclure des contrats annuels standards et bénéficier ainsi de l'ensemble des prestations sans restriction.

Par cette solution, nous préserverions la liberté de choix, tout en proposant une modification contribuant à agir



sur les dépenses globales de santé. Cette proposition, le groupe libéral-radical l'a déposée en commission; elle a été soumise en tant que proposition de minorité dans le cadre de la consultation, mais nous avons, à dessein, choisi de ne pas soumettre cette proposition au conseil. Pourquoi? Parce que le projet porte sur un élément particulier, et que la solution du groupe libéral-radical porte sur un autre, et il nous semble important de ne pas mélanger, lors du débat d'entrée en matière, les différents sujets.

La proposition de renvoi Grüter est à saluer, mais elle intervient au mauvais moment. Elle reprend, en partie, la proposition du groupe libéral-radical, mais, à nouveau, elle mélangerait, d'une part, le projet, qui propose une obligation et qui ne concerne que les franchises et, d'autre part, la proposition souhaitée par le groupe libéral-radical – et que reprend en partie la proposition de renvoi Grüter –, laquelle porte sur plusieurs années, mais pour tout. Il s'agit en soi d'un autre projet, et je trouve dommage que Monsieur Grüter ne retire pas sa proposition et qu'il ne dépose pas sa propre initiative parlementaire sur le sujet.

Ceci pour vous dire que la majorité des membres du groupe libéral-radical ne soutiendra pas la proposition de renvoi Grüter, non pas parce qu'elle n'est pas d'accord sur le fond, mais parce qu'il s'agit de ne pas mélanger les sujets. Donc, un rejet par le conseil de la proposition de renvoi Grüter ne devrait pas être interprété comme un rejet de la proposition sur le fond.

En résumé, le groupe libéral-radical vous propose, pour ne pas mélanger les sujets, de rejeter la proposition de renvoi Grüter et de ne pas entrer en matière sur ce projet de loi.

Heim Bea (S, SO): Die SP-Fraktion tritt im Interesse der Versicherten nicht auf die Vorlage ein, weil sie sie ablehnt. Es geht um ein Miniproblemchen, quasi inexistent, ein Scheinproblem, weil es nur ganz, ganz wenige Franchisenhüpfer gibt: Gerade mal 0,17 Prozent der Versicherten senken im Hinblick auf einen Eingriff vorübergehend ihre Wahlfranchise.

Nun will die Vorlage Knebelverträge einführen, denn das führe zu mehr Selbstverantwortung. Doch was die Befürworter hier wirklich wollen, ist, dass die Versicherten mehr – sprich: noch mehr – aus dem eigenen Sack zahlen sollen. Die Vorlage führe zu Kosteneinsparungen, sagen die Befürworter. Das ist mehr als fraglich, im Gegenteil: Knebelverträge können die Grundversicherungsprämien zusätzlich in die Höhe treiben – ein klassischer Fehlanreiz! Wenn die Wahlfranchisen nur noch mit Dreijahresverträgen zu haben sind, werden viele Versicherte dieses Risiko nicht eingehen und eine tiefe Franchise wählen. Das Risiko von Zusatzkosten im Krankheitsfall über diese doch lange Dauer von drei Jahren können sie nicht eingehen. Die Umfrage bei 2500 Versicherten bestätigt dies.

Die Gesetzesänderung führt zudem zu einer Benachteiligung insbesondere der Chronischkranken, und sie bringt Personen, die unverhofft eine schwere Krankheit diagnostiziert erhalten, in finanzielle Schwierigkeiten. Das sehen auch die Kantone so; sie befürchten letztlich Mehrkosten für sich und für die Gemeinden. Viele lehnen diese Knebelvertragsvorlage aus Kostengründen für sich selber, aber auch aus sozialen Gründen ab. Ihre Überlegung ist die: Wenn sich die Wirtschaftslage verändert, das Einkommen schwindet und die hohen Franchisen nicht mehr tragbar sind, werden mehr Versicherte Verlustscheine generieren, die dann die Kantone zu tragen haben. Dies wird zu Mehrkosten in der Sozialhilfe und bei den Ergänzungsleistungen führen. Es drohen sogar höhere Gesundheitskosten, weil die Leute zu spät zum Arzt gehen.

Mehr Verwaltungsaufwand, auch für die Krankenkassen, bedeutet mehr Kosten, die wir wieder über die Prämien finanzieren. Es gibt für die Krankenkassen in dieser Vorlage auch eine Meldepflicht, und es gibt noch mehr Prämienmodelle –

AB 2018 N 1799 / BO 2018 N 1799

dabei haben wir heute schon 256 000. Dieser Verwaltungsaufwand und noch mehr Prämienmodelle – so geht es nicht! Und für die Versicherten heisst dies, dass sie sich noch schlechter im Prämienschungel zurechtfinden können.

Das grösste Problem aber ist dieses: Am Ende werden solche Knebelverträge – ich sage es gerne noch einmal – nicht Kosten sparen, sondern die Krankenkassenprämien zusätzlich in die Höhe treiben. Das ist ein eigentlicher Affront für alle Versicherten. Und es ist ein Schildbürgerstreich von jenen, die den Versicherten so etwas zumuten wollen. Die SP-Fraktion lehnt diese Vorlage deshalb entschieden ab.

Wir lehnen auch den Antrag Grüter ab. Er führt zur Entsolidarisierung: Profitieren würden nur die Allergesündesten; sie würden noch weniger Prämien zahlen und für eine noch längere Frist dann auch noch höhere Rabatte fordern. Das führt, wie gesagt, zu mehr Prämienmodellen, zu mehr Verwaltungskosten, mehr Belastungen für die chronisch kranken Menschen, mehr Prämienkosten für die Grundversicherten, die sich eine Franchisenerhöhung gar nicht leisten können.

Bitte lehnen Sie diese Vorlage ab.



Weibel Thomas (GL, ZH): Die parlamentarische Initiative Borer verlangt, dass für alle besonderen Versicherungsformen, also für die Wahlfranchisen, aber auch für die eingeschränkte Wahl und weitere Modelle ausschliesslich die dreijährige Vertragsdauer zur Anwendung kommt. Dagegen wären im Grundmodell mit der ordentlichen Franchise von 300 Franken Jahres- und Halbjahresverträge wie bisher anwendbar.

Nachdem beide SGK der parlamentarischen Initiative Folge gegeben hatten, hat die SGK-NR einen Entwurf ausgearbeitet und in die Vernehmlassung gegeben, zu dem sich die Grünliberale Partei folgendermassen geäussert hat: "Die Grünliberalen begrüssen alle Massnahmen, welche die Selbstverantwortung im Krankenversicherungsgesetz stärken. Neben den Leistungserbringern müssen auch die Prämienzahler ihren Teil der Verantwortung für diese Kostenentwicklung erkennen und tragen. Der vorübergehende Wechsel auf eine tiefere Franchise, wenn ein medizinischer Eingriff geplant ist, stösst sich am Solidaritätsgedanken, der das Krankenversicherungsgesetz prägt. Das Anliegen der Vorlage ist insofern zu begrüssen. Es gilt allerdings zu vermeiden, dass aus der mehrjährigen Bindung der Wahlfranchise ungewollt Mehr- statt Minderkosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung resultieren, weil sich weniger Versicherte für eine Wahlfranchise entscheiden und in der Folge weniger gesundheits- und kostenbewusst verhalten. Bevor der Systemwechsel vorgenommen wird, sind daher seine Auswirkungen vertieft zu untersuchen und nötigenfalls Massnahmen vorzusehen, um negativen Effekten entgegenzuwirken." Genannt wird z. B. die Definition von Ausnahmefällen, in denen weiterhin einjährige Wahlfranchisen erlaubt werden sollen.

Die SGK-NR beantragt nun folgende Regelung: Die Versicherten, die eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform mit wählbarer Franchise abschliessen, sollen die gewählte Franchise während dreier Kalenderjahre behalten müssen. Einjährige Franchisen sollen bei dieser Versicherungsform nicht mehr möglich sein. Betroffen sind nur die Wahlfranchisen. Die Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer können weiterhin jährlich gewechselt werden. Die Versicherer dürfen die Prämientarife während der dreijährigen Dauer der Franchise ändern. Die Versicherten können während dieser drei Kalenderjahre den Versicherer und das Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder die ordentliche Versicherung ohne besondere Versicherungsformen wechseln. Die gewählte Franchise hingegen können sie während dieser Zeit nicht ändern.

Der Bundesrat lehnt die Vorlage ab und beantragt Nichteintreten gemäss dem Antrag der Minderheit. Ebenso lehnt der Bundesrat den Antrag auf Rückweisung der Vorlage an die Kommission ab. In seiner Stellungnahme schreibt der Bundesrat, dass das opportunistische Senken und Wiedererhöhen der Franchise, das mit dem Entwurf eingedämmt werden soll, selten ist. Gemäss Bericht, der uns vorliegt, würden nur jeweils 0,17 Prozent der Versicherten ihre Franchise vorübergehend senken. Wegen der mehrjährigen Bindung an die Wahlfranchisen sei zu befürchten, dass insgesamt mehr Versicherte tiefere Franchisen wählen und dann mehr Leistungen beanspruchen würden, weil ihre Franchise tiefer wäre und damit der Anreiz sänke, weniger Leistungen zu beziehen. Deshalb sei davon auszugehen, dass der Entwurf die Selbstverantwortung schwäche statt stärke und sogar zu Mehrkosten führen könne.

Ich stelle fest: Das Ergebnis, das nun vorliegt und zu diskutieren ist, ist der Kompromiss aus der Beratung in der Kommission und entspricht nur noch teilweise der parlamentarischen Initiative. Aber die Vorlage ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die mehrjährigen Verträge sind aus unserer Sicht keine Knebelverträge, da die Kasse, nicht aber die Franchise auch vor Ablauf der Vertragsdauer gewechselt werden kann. Aber es dürfen keine einjährigen Verträge mit Wahlfranchise mehr abgeschlossen werden. Damit können die Versicherten nicht mehr wählen. Diese Wahlfreiheit wäre aber wichtig, und genau dieses Anliegen nimmt der Einzelantrag Grüter auf.

Wir Grünliberalen treten auf die Vorlage ein und unterstützen den Einzelantrag Grüter. Falls dieser Einzelantrag unterliegt, werden wir die verbleibenden Minderheitsanträge ablehnen.

Graf Maya (G, BL): Auch bei diesem Geschäft beantragt Ihnen die grüne Fraktion Nichteintreten. Wie auch der Bundesrat lehnen wir die parlamentarische Initiative Borer, dann Brand, die einen Knebelvertrag für Wahlfranchisen einführen will, klar ab. Der Zwang zur Festlegung einer Wahlfranchise für drei Jahre schränkt die Wahlfreiheit aller Versicherten ein. Die FDP-Liberale Fraktion hat das gemerkt und ist ebenfalls für Nichteintreten. Die Initiative führt, gleich wie das vorherige Geschäft, "KVG. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung", zu einer weiteren Entsolidarisierung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – zulasten von Haushalten mit tiefen und mittleren Einkommen, von älteren Menschen sowie von chronisch kranken und mehrfach kranken Versicherten.

Es ist zu bezweifeln, dass diese Änderung des Krankenversicherungsgesetzes die Selbstverantwortung stärkt und einen echten Beitrag zur Kosteneindämmung leistet. Hier wird Symbolpolitik gemacht. Es wird, gegen aussen, so getan, als könnte man etwas gegen die steigenden Gesundheitskosten tun. Aber wenn wir das



Geschäft genauer anschauen, sehen wir: Es ist erstaunlich, dass die Frage der Effizienz und der Qualität dieser Massnahme gar nicht von Belang ist und dass diese Frage auch nicht beantwortet werden konnte. Dass es doch gewisse Unsicherheiten gibt, ob diese Vorlage das Problem wirklich trifft und uns wirklich eine Lösung bringt, zeigt auch der vorliegende Einzelantrag Grüter, den wir Grünen ablehnen werden; so, wie wir am Schluss, wenn eingetreten würde, sowieso die ganze Vorlage ablehnen würden. Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmer und -teilnehmerinnen hat diese Vorlage gleich bewertet wie wir Grünen. Sie hat Nein gesagt. Sie hat die Argumente gebracht, dass die Selbstverantwortung gut ist – die wollen wir alle –, dass sie aber mit dieser Vorlage nicht unbedingt gestärkt wird. Wir haben es gehört: Es kann sein, dass dann viele Leute darauf verzichten, eine höhere Franchise zu wählen, und bei der tieferen bleiben. Und die Vorlage kann und wird Mehrkosten verursachen. Wir haben es gehört: Der Mehraufwand der Versicherer wird steigen, die Bürokratie auch, und für die Versicherten, für die Menschen, für die Leute wird es komplizierter werden, auch Ende Jahr, wenn sie die Krankenkasse wechseln wollen, aber die Franchisenhöhe behalten müssen. Das ist eine unglaubliche, weitere Verkomplizierung dieses schon sehr komplizierten Gesundheitssystems. Zumal, und das haben wir vom Kommissionssprecher gehört, wird gemäss dem Bericht, den die SGK unseres Rates selbst in Auftrag gegeben hat, davon ausgegangen, dass nur 0,17 Prozent der Versicherten schauen, wann die Franchise tief und wann sie hoch sein soll, damit die gewählte Franchise zu ihren Gunsten ist. Wir müssen also feststellen, dass es für eine kleine Kosteneinsparung zu grossen Mehrkosten, zu einem

AB 2018 N 1800 / BO 2018 N 1800

grossen Bürokratieaufwand und auch zu einer weiteren Entsolidarisierung kommen wird. Aus diesen Gründen sagt die grüne Fraktion ganz klar Nein zu diesen Knebelverträgen bei den Franchisen und somit Nein zu dieser, ich sage es einmal so, schlechten Vorlage.

Berset Alain, président de la Confédération: Le projet dont vous débattiez maintenant traite d'un thème en discussion depuis longtemps. Monsieur Brand l'a rappelé, cela a été esquissé, puis élaboré, puis analysé à plusieurs reprises depuis que la LAMal existe, et c'est à nouveau le cas aujourd'hui. C'est une question que le Conseil fédéral a également examinée dans le cadre du rapport sur la participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins, rendu en 2017 en réponse au postulat Schmid-Federer, 13.3250.

A cette occasion, nous avons dû constater que le phénomène dont il est question ici était excessivement rare. Nous avons dû constater que seuls 0,17 pour cent des assurés baisseraient leur franchise de manière temporaire, car ils savaient qu'ils devraient faire face à des dépenses accrues l'année suivante, et que le potentiel d'économies promis par cette mesure était donc extrêmement faible. On a donc peut-être affaire à un projet qui n'apporte rien, à un projet inutile pour mieux maîtriser les coûts de la santé. Par contre, et c'est ce que le Conseil fédéral avait également mis en lumière dans son analyse, le projet présente un certain nombre d'inconvénients.

Premièrement, le risque d'un affaiblissement de la responsabilité individuelle, parce que le fait de devoir s'engager pour trois ans pourrait effrayer certains assurés qui préféreraient prendre une franchise plus basse et qui n'auraient donc plus la même incitation à recourir aux soins de manière modérée, ce qui pourrait faire craindre une augmentation des prestations. Deuxièmement, le risque de retarder un traitement nécessaire: si vous avez une franchise élevée pendant trois ans, cela pourrait vous inciter à ne pas vous faire traiter, à repousser le traitement de manière à pouvoir y recourir lorsque vous aurez une franchise plus basse. Troisièmement – et c'est un élément qui ne doit pas être sous-estimé –, le risque d'une charge supplémentaire pour les cantons, parce que l'on pourrait s'attendre à ce que, d'une part, les assurés aient davantage recours aux prestations complémentaires et à l'aide sociale et que, d'autre part, un nombre croissant d'assurés ne soient plus en mesure de régler leur participation aux coûts. C'est une question qu'il ne faut pas sous-estimer. Pour être régulièrement en contact avec les cantons, je sais qu'ils reçoivent souvent des actes de défaut de biens et qu'ils doivent prendre en charge les coûts, à raison de 85 pour cent des créances non réglées.

Quatrièmement, on encourt un défaut d'acceptation par les assurés. C'est un inconvénient à mentionner également. On sait, suite à un sondage qui a été réalisé en 2017, que nous n'avons pas un soutien très fort en faveur de cette mesure auprès des assurés. Nous devons également mentionner dans ce cadre la charge administrative supplémentaire pour les assureurs, notamment parce qu'il resterait possible de changer d'assureur chaque année et que l'ancien assureur devrait communiquer au nouveau la franchise qui a été choisie, avec un processus qui comporte un risque d'erreurs.

Je ne sais pas si vous avez jeté un coup d'oeil sur les résultats de la consultation. Ils sont majoritairement négatifs, ce qui en soi n'est pas absolument rédhibitoire pour l'élaboration d'un projet. Lorsqu'on les examine



dans le détail, c'est assez intéressant. Certains cantons sont pour, d'autres sont contre. Jusque-là, cela, on l'a déjà connu. Certains partis sont pour, d'autres sont contre. Cela, on l'a également déjà vu. Pour ce qui concerne les associations faîtières d'assureurs, l'une est pour, l'autre est contre. Du côté des associations économiques, certaines sont pour, d'autres sont contre. Ce que l'on retire des résultats de la consultation, c'est que personne n'a l'air de vraiment bien comprendre ce que représenterait ce projet, ce qu'il pourrait apporter, ce à quoi il servirait.

Dans ces conditions, je vous citerai ici – même si c'est un peu brutal pour un premier jour de session parlementaire – le baron de Montesquieu, qui écrivait: "Comme les lois inutiles affaiblissent les lois nécessaires, celles qu'on peut éluder affaiblissent la législation." J'aimerais retenir de cette citation la première affirmation: "Les lois inutiles affaiblissent les lois nécessaires." A méditer en appuyant sur le bouton qui permet de soutenir la non-entrée en matière.

Le président (de Buman Dominique, C, FR): Les rapporteurs renoncent à prendre la parole. Nous votons sur la proposition de non-entrée en matière de la minorité Carobbio Guscetti. Le Conseil fédéral propose également de ne pas entrer en matière.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 15.468/17764)

Für Eintreten ... 111 Stimmen

Dagegen ... 68 Stimmen

(1 Enthaltung)

Le président (de Buman Dominique, C, FR): Nous votons maintenant sur la proposition de renvoi Grüter.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 15.468/17765)

Für den Antrag Grüter ... 81 Stimmen

Dagegen ... 86 Stimmen

(13 Enthaltungen)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Mindestdauer der Franchise bei besonderen Versicherungsformen)

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Durée minimale de la franchise dans les formes particulières d'assurance)

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission: BBI

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Art. 62 Abs. 2ter, 2quater, 2quinquies

Antrag der Kommission: BBI

Antrag des Bundesrates: BBI

Neuer Antrag der Mehrheit

Abs. 2ter, 2quater

Zustimmung zum Entwurf SGK-NR

Abs. 2quinquies

Zustimmung zum Antrag des Bundesrates



Neuer Antrag der Minderheit

(Ruiz Rebecca, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Schenker Silvia)

Abs. 2quater

Folgende Versicherte können auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres auf eine Versicherung in einer besonderen Versicherungsform nach Absatz 2 Buchstabe a verzichten oder eine solche Versicherung mit einer anderen Franchise abschliessen:

- a. Versicherte, die das 18. Altersjahr vollenden;
- b. Versicherte, bei denen eine schwere oder chronische Krankheit diagnostiziert wird, die voraussichtlich Kosten verursacht, die höher als die Franchise der versicherten Person sind.

Neuer Antrag der Minderheit

(Humbel, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Frehner, Giezendanner, Herzog, Hess Lorenz, Schmid-Federer)

Abs. 2quinquies

Streichen

AB 2018 N 1801 / BO 2018 N 1801

Art. 62 al. 2ter, 2quater, 2quinquies

Proposition de la commission: FF

Proposition du Conseil fédéral: FF

Nouvelle proposition de la majorité

Al. 2ter, 2quater

Adhérer au projet CSSS-CN

Al. 2quinquies

Adhérer à la proposition du Conseil fédéral

Nouvelle proposition de la minorité

(Ruiz Rebecca, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Schenker Silvia)

Al. 2quater

Peuvent, pour le début de l'année civile suivante, renoncer à l'assurance dans la forme visée à l'alinéa 2 lettre a ou conclure une assurance dans cette forme avec une autre franchise:

- a. les assurés qui atteignent l'âge de 18 ans;
- b. les assurés auxquels une maladie grave ou chronique entraînant vraisemblablement des coûts supérieurs à leur franchise est diagnostiquée.

Nouvelle proposition de la minorité

(Humbel, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Frehner, Giezendanner, Herzog, Hess Lorenz, Schmid-Federer)

Al. 2quinquies

Biffer

Ruiz Rebecca Ana (S, VD): Dans sa mansuétude, la majorité de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil a offert aux jeunes de 18 ans une exception au principe inique sur lequel cette révision de la LAMal est fondée. En effet, ces jeunes doivent pouvoir décider de changer de modèle d'assurance ou de franchise lorsqu'ils atteignent leur 18e anniversaire. Ainsi, la majorité de la commission reconnaît que le principe d'un blocage des assurés durant trois ans dans une même franchise ou un même modèle est défaillant, et colmate une brèche.

La proposition de la minorité la rejoint sur ce constat. Il existe de nombreuses situations où un tel blocage est inadapté, notamment pour les jeunes adultes. Toutefois, il est essentiel, dès le moment où l'on s'apprête à ériger l'injustice en règle, de veiller à ce que les plus choquantes de ces injustices soient réparées. C'est l'objectif de cette proposition de minorité.

La minorité vous enjoint d'exempter aussi les assurés à qui une maladie grave ou chronique pouvant vraisemblablement entraîner des coûts supérieurs à la franchise serait diagnostiquée. La minorité estime que la



maladie ne doit pas devenir une cause d'endettement dans notre pays, car, dès le moment où le fait d'être malade devient une cause d'endettement, vous mettez fin aux règles de solidarité qui sous-tendent notre système d'assurance-maladie.

Permettez-moi un petit rappel historique. Les premières caisses d'assurance-maladie qui apparurent dans notre pays étaient de petites mutuelles villageoises auxquelles les habitants d'une commune cotisaient pour aider une personne tombée malade qui n'arrivait plus à payer ses frais médicaux. Que diraient aujourd'hui les pionniers de ce système en entendant parler de ce projet de révision? La proposition de la minorité limite la casse pour les personnes que la LAMal est justement censée protéger. Comment expliquerez-vous sinon à nos concitoyennes et concitoyens à quoi servent leurs primes? Celles-ci sont devenues un fardeau insoutenable pour une part grandissante de la population. Il faut au moins qu'ils sachent qu'ils ne risqueront pas de s'endetter s'ils devaient tomber malades. En acceptant cette proposition, vous contribuez à préserver les fondements du système d'assurance-maladie de notre pays. Je vous remercie de la soutenir.

Humbel Ruth (C, AG): Im Namen der Minderheit beantrage ich, bei Artikel 62 Absatz 2quinquies der Minderheit zu folgen und diesen Absatz zu streichen. Gemäss dem neuen Absatz 2quinquies, wie er vom Bundesrat vorgeschlagen wird, muss der Versicherer die versicherte Person zwei Monate vor Ablauf der dreijährigen Frist auf den Ablauf der dreijährigen Vertragsfrist hinweisen. Wenn die versicherte Person nicht kündigt, so beginnt die dreijährige Frist erneut zu laufen.

Die Kommissionsminderheit ist der Ansicht, dass diese Bestimmung lediglich zusätzlichen Aufwand für die Versicherer ohne Mehrwert für die Versicherten bedeutet und dass deshalb darauf verzichtet werden kann. Zum einen ist davon auszugehen, dass die Versicherten wissen, welche Versicherungsform sie gewählt haben. Das Ziel dieser Vorlage ist ja die Stärkung der Eigenverantwortung, und genau dies geschieht mit der dreijährigen Vertragsdauer für Wahlfranchisen. Auch das Bewusstsein, welche Franchisen man wählt, muss gestärkt werden.

Zum ändern – und das ist der zentrale Punkt – können die Versicherten jedes Jahr den Versicherer wechseln, sie müssen einfach die gleiche Franchise wählen. Bei einem Wechsel muss der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer die Franchise melden. Wenn also ohnehin die freie Wahl des Versicherers und die jährliche Möglichkeit eines Kassenwechsels besteht, ist es nicht nötig, dass die versicherte Person noch explizit auf den Ablauf der dreijährigen Frist aufmerksam gemacht werden muss.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, wie die dreijährige Frist zu verstehen ist – ob als Minimalfrist oder als ordentliche Frist für hohe Wahlfranchisen. Nach Auffassung der Kommissionsmehrheit und des Bundesrates dauert die Vertragsdauer bei einer Wahlfranchise immer drei Jahre. In Artikel 62 Absatz 2ter wird indes festgeschrieben, dass die versicherte Person die gewählte Jahresfranchise während der auf den Abschluss der Versicherung folgenden drei Kalenderjahre zu behalten hat. Diese Bestimmung könnte auch als Minimalfrist verstanden werden. In diesem Fall wäre eine Kündigung des Vertrages auch nach vier Jahren möglich, und es wäre nicht zwingend, dass die dreijährige Frist wieder zu laufen beginnen muss. Mit der Fassung der Kommissionsmehrheit und des Bundesrates hingegen beginnt wieder eine Dreijahresfrist, wenn der Vertrag nach Ablauf von drei Jahren nicht gekündigt wird. So gesehen, ist diese Bestimmung weder im Interesse der Versicherten noch im Interesse des Versicherers, der nur zusätzlichen Aufwand für die Umsetzung hätte. Die Versicherten erhalten zudem ohnehin jeden Herbst ihre Versicherungspolice mit den notwendigen Informationen.

Namens der Kommissionsminderheit bitte ich Sie, diesen Absatz zu streichen und der Kommissionsminderheit zu folgen. Ich kann Ihnen auch gleich die Meinung der CVP-Fraktion bekanntgeben: Bei diesem Absatz wird die CVP-Fraktion die Minderheit unterstützen. Bei Artikel 62 Absatz 2quater stimmt die CVP-Fraktion mit der Mehrheit.

Feri Yvonne (S, AG): Da Sie nun auf die Vorlage eingetreten sind, äussere ich mich im Namen der SP-Fraktion zur Vorlage und zu den vorliegenden Anträgen.

Indem Versicherte drei Jahre gebunden werden sollen, verlieren alternative Versicherungsmodelle wie Hausarzt- oder HMO-Modelle an Attraktivität. Es ist wahrscheinlich, dass sich die Versicherungsnehmer und -nehmerinnen für eine minimale Franchise und ein Standardversicherungsmodell entscheiden werden, um das Risiko zu vermeiden, mit einer zu hohen Franchise und mit einem alternativen Versicherungsmodell blockiert zu sein.

Mit Mehrjahresverträgen soll, wie wir gehört haben, das Franchisenhüpfen unterbunden werden. Sie wissen bereits, was das heisst. Es handelt sich aber wirklich um wenige Personen, ungefähr 0,4 Prozent der Versicherten. Wegen einer kleinen Minderheit allen Versicherten die Wahl der Franchisen zu erschweren ist wirklich



unverhältnismässig.

Aber es gibt auch Versicherte, die in schwierigen finanziellen Situationen stehen und gerade deshalb, in der Hoffnung, gesund zu bleiben, eine bestimmte Franchise wählen. Wenn sie dann in Schwierigkeiten geraten, krank werden, müssen sie die Möglichkeit haben, ihre Versicherung anzupassen. Bei Artikel 62 Absatz 2quater KVG betrifft es mit der Minderheit Ruiz Rebecca nicht nur Kinder, sondern auch die Chronischkranken. Chronischkranke sind bereits mit sehr hohen

AB 2018 N 1802 / BO 2018 N 1802

Gesundheitskosten konfrontiert, weshalb es nicht nur, wie vorgesehen, eine Übergangsbestimmung braucht, sondern eine definitive Regelung.

Wir reden von Personen, welche während der dreijährigen Dauer ihrer Wahlfranchise erkranken. Ja, es ist nicht einfach zu definieren, wann es sich um eine chronische Erkrankung mit Langzeitbehandlung handelt. Genau das soll uns nicht davon abhalten, eine Regelung zu treffen, welche diesen Leuten entgegenkommt und einen Ausstieg aus einer Versicherung mit einer dreijährigen Dauer ermöglicht. Auch aus Sicht des Versicherers muss es eine solche Möglichkeit geben, denn der Aufwand, die Franchise einzutreiben, wenn das nötig ist, ist immens hoch.

Die Minderheit Humbel möchte, dass ein einmal gewähltes Versicherungsmodell automatisch mit den gleichen Rahmenbedingungen verlängert wird. Wer von uns hat sich nicht schon einmal darüber geärgert, eine Kündigungsfrist verpasst zu haben, oder darüber, dass ein Vertrag stillschweigend verlängert worden ist, mit einer Laufzeit, welche uns viel zu lange erschien? Mir ist das schon passiert. Gerade aus dieser Erfahrung heraus finde ich es persönlich – und mit mir die SP-Fraktion – besonders wichtig, dass der Versicherer die versicherte Person aktiv über den Ablauf der dreijährigen Frist informiert. Mit den heutigen automatischen Möglichkeiten – Stichwort Digitalisierung – sehen wir keinen Hinderungsgrund, dies zu tun. Aber es kann einiges an Ärger ersparen: Ärger der Versicherer, weil sie nicht ständig erklären müssen, dass die Frist abgelaufen ist und es keine Möglichkeit mehr gibt, etwas zu ändern; Ärger aber auch der Versicherten, weil sie nicht im Nachhinein feststellen müssen, dass sie sich doch hätten melden müssen.

Ich gehe gedanklich kurz zurück zu meinen ersten Sätzen dieses Votums: Wenn jemand krank wird während der Laufzeit der Franchise, ist es umso wichtiger, diese Person auf die Ausstiegs- bzw. Wechselmöglichkeit aufmerksam zu machen. Dadurch wird auch die Ausnahmebestimmung weniger oft Anwendung finden, was allen Beteiligten entgegenkommt.

Die SP-Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit Ruiz Rebecca und lehnt den Antrag der Minderheit Humbel ab.

Denken Sie daran: Wenn Wahlfranchisen nur noch mit Dreijahresverträgen zu haben sind, werden viele Versicherte darauf verzichten. Weniger Wahlfranchisen bedeutet, dass die Versicherten weniger medizinische Leistungen direkt aus dem eigenen Portemonnaie berappen und mehr durch die Krankenkassen bezahlen lassen. Wenn die Krankenkassen mehr medizinische Leistungen bezahlen müssen, steigen die Prämien für alle.

Wir werden die Vorlage ablehnen.

Le président (de Buman Dominique, C, FR): Monsieur le président de la Confédération et les rapporteurs renoncent à prendre la parole.

Abs. 2quater – Al. 2quater

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 15.468/17766)

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 118 Stimmen

Für den neuen Antrag der Minderheit ... 56 Stimmen

(1 Enthaltung)

Abs. 2quinquies – Al. 2quinquies

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 15.468/17767)

Für den neuen Antrag der Minderheit ... 112 Stimmen

Für den neuen Antrag der Mehrheit ... 62 Stimmen

(3 Enthaltungen)



*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Art. 64 Abs. 2 Bst. a; Ziff. II, III
Antrag der Kommission: BBI

Art. 64 al. 2 let. a; ch. II, III
Proposition de la commission: FF

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble
(namentlich – nominatif; 15.468/17768)
Für Annahme des Entwurfes ... 113 Stimmen
Dagegen ... 60 Stimmen
(5 Enthaltungen)

Le président (de Buman Dominique, président): J'adresse des vœux de joyeux anniversaire à deux de nos collègues, Monsieur Andreas Aebi et Madame Ursula Schneider Schüttel. (*Applaudissements*) Je prends congé de Monsieur le président de la Confédération et de vous, en vous souhaitant une bonne suite de session et en souhaitant bonne chance à mes successeurs. Je vous remercie pour tout!

*Schluss der Sitzung um 19.00 Uhr
La séance est levée à 19 h 00*

AB 2018 N 1803 / BO 2018 N 1803