

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed Care

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5599)
 Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5257)
 Ständerat/Conseil des Etats 05.12.06 (Erstrat – Premier Conseil)
 Ständerat/Conseil des Etats 13.06.07 (Fortsetzung – Suite)
 Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)
 Ständerat/Conseil des Etats 04.03.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 17.09.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 18.09.08 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 24.09.08
 Ständerat/Conseil des Etats 01.10.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 01.10.08 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
 Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
 Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
 Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)

Art. 12 Abs. 5

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit

(Maury Pasquier, Berberat)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12 al. 5

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité

(Maury Pasquier, Berberat)

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wir sind in der Differenzbereinigung und haben im Wesentlichen noch drei Differenzen zu bereinigen: Es geht um die Frage der Unabhängigkeit der integrierten Versorgungsnetze, um die Pflicht der Versicherer, solche Einrichtungen anzubieten, und um die Frage, ob und, wenn ja, wie der Bundesrat eingreifen soll, wenn sich die Netze nach einer gewissen Übergangszeit nicht flächendeckend entwickeln.

Damit komme ich zur ersten Differenz, zu Artikel 12 Absatz 5. Dort haben wir, Sie sehen es auf der Fahne, einen Mehrheits- und einen Minderheitsantrag. Dieser Absatz wurde vom Nationalrat am 3. März in die Vorlage eingefügt. Mit ihm soll sowohl auf der Führungsebene als auch in finanzieller Hinsicht die Unabhängigkeit aller Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten sichergestellt werden.

Wie Sie aus der Fahne ersehen können, empfiehlt Ihnen die Mehrheit der Kommission – die Kommission entschied mit 9 zu 2 Stimmen bei 1 Enthaltung –, diesen Absatz zu streichen. Sie tut dies zum einen aus rein formellen Gründen. Absatz 5 wurde vom Nationalrat eingefügt, obwohl in dieser Frage eigentlich gar keine Differenz mehr zwischen den Rä-

ten bestand. Es gibt aber auch materielle Gründe, die gegen Absatz 5 sprechen: Die Krankenkassen sind nach Artikel 12 Absatz 2 KVG berechtigt, neben der sozialen Krankenversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten, und sie können innerhalb einer festgelegten Höchstgrenze auch weitere Versicherungsarten betreiben. Somit würde das Verbot, das den Krankenversicherern im KVG auferlegt wird, nur für die soziale Krankenversicherung gelten. Einige Krankenkassen gehören zudem einer Holding an. Die vom Nationalrat beschlossene Bestimmung würde jedoch eine Holding nicht daran hindern, neben einer Krankenkasse, die die Krankenversicherung anbietet, auch Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten zu besitzen oder sich finanziell an derartigen Einrichtungen zu beteiligen. Die Mehrheit der Kommission empfiehlt Ihnen deshalb, von einer solchen Bestimmung abzusehen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Je pense qu'il est utile de rappeler ici le but du projet dont nous discutons maintenant pour la troisième fois. Les arguments sont relativement connus et je serai brève, mais j'aimerais tout de même rappeler ici le but qui nous est commun à toutes et à tous: ce but est d'inciter les patients et les patientes, notamment les malades chroniques, mais pas seulement eux, à s'affilier aux réseaux de soins intégrés. Pourquoi? Parce que ces réseaux de soins intégrés peuvent offrir un plus en matière de qualité de traitement et en matière d'économie.

Comment faut-il faire dès lors pour inciter les personnes à adhérer à de tels réseaux? Il faut en tout cas garantir deux éléments pour que notre projet soit équilibré. Le premier, c'est l'indispensable confiance qui doit régner entre les différentes personnes et milieux concernés pour mettre en vigueur des réseaux de soins intégrés aussi bien de qualité qu'économiques. Il faut également des incitations, des encouragements plutôt que des punitions pour adhérer à de tels réseaux. Le deuxième point que je viens d'évoquer concerne des articles ultérieurs, mais la question de la confiance se pose à mon avis à cet article 12 alinéa 5.

Pourquoi? Parce que comme les sages-femmes ne se mêlent pas de pratiquer l'assurance, les assureurs ne doivent pas se mêler de pratiquer des réseaux de soins. Ces réseaux doivent avoir une indépendance garantie pour qu'on ne leur prête pas l'intention, même si elle n'est pas avérée, de vouloir uniquement réaliser des économies et pas de pratiquer une médecine de qualité. La médecine est réservée aux médecins et aux prestataires de soins et l'assurance aux assureurs. Dans ce sens-là, je pense qu'il est important de garantir – c'est un noeud de la discussion que nous avons aujourd'hui – l'indépendance des réseaux de soins intégrés par rapport aux assureurs ou par rapport à toute volonté de faire primer l'économie sur la qualité des soins.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à suivre le Conseil national qui a largement accepté cet alinéa 5 de l'article 12 pour inscrire l'indépendance des réseaux de soins intégrés dans la loi.

Stähelin Philipp (CEg, TG): Frau Kollegin Maury Pasquier ist jetzt in ihrem Votum darüber hinweggegangen, dass die Kommission primär aus formellen Gründen hier die Streichung beantragt; die Berichterstatterin hat es erwähnt. Ich muss einfach ganz klar festhalten, dass dieser Passus vom Nationalrat erst im Differenzbereinigungsverfahren aufgenommen wurde. Wir hatten hier gar keine Differenz. Ich sage das ausdrücklich noch einmal – nicht um hier den Entscheid massgebend zu beeinflussen, sondern für den Fall, dass diese Bestimmung im Differenzbereinigungsverfahren wieder in den Nationalrat zurückgeht. Mir persönlich würde das Verständnis etwas fehlen, wenn der Nationalrat über diesen formellen Einwand einfach hinweggehen würde, auch wenn er beim ersten Mal mit grosser Mehrheit zugestimmt hat.

Brändli Christoffel (V, GR): In der Kommission kam die Begründung, dass die Änderung mit einem anderen Artikel zusammenhänge. Ich teile aber durchaus die Meinung, dass



dieser formelle Einwand stichhaltig ist: Wir sollten nicht gegen unsere Reglemente entscheiden.

Ich möchte aber auch materiell etwas sagen. Grundsätzlich müssen wir anstreben, dass wir Managed-Care-Angebote durch die Leistungserbringer haben. Ärzte, Physiotherapeuten, Spitäler müssen diese Angebote machen – sie sind es ja, die ihre Leistungen den Patienten anbieten. Die Versicherer haben keine Ärzte, keine Physiotherapeuten, sie haben keine Spitäler. Eigentlich ist es ein Fehlkonstrukt, wenn man sagt, die Versicherer müssten diese Angebote machen.

Noch falscher ist es, wenn wir sagen, die Versicherer müssten solche Angebote machen, aber sie dürften nicht Träger sein; dies im Wissen, dass die Managed-Care-Modelle, die heute funktionieren, praktisch ausschliesslich oder sehr oft Modelle sind, die durch die Versicherer, beispielsweise die Swica, aufgebaut wurden. Ich finde es völlig falsch, wenn wir jetzt in einer Übergangsphase – später müssen dann die Leistungserbringer die Träger der Managed-Care-Modelle sein – derartige Beschlüsse fassen. Wir stellen das, was funktioniert, infrage und sagen denen, die gar nicht die Mittel dazu haben, sie sollten solche Modelle erstellen. Hinzu kommt der formelle Einwand.

Ich beantrage Ihnen, hier der Mehrheit zu folgen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: En effet, on peut imaginer des «formelle Einwände», mais je crois que la discussion de fond est plus intéressante. Tout à coup, un lien s'est établi entre l'article 12 alinéa 5, l'article 13 alinéa 2 lettre g et le chiffre Iter Dispositions transitoires alinéas 1 à 3. Ce lien porte donc surtout sur la recherche d'une solution à la problématique du rôle des assureurs-maladie par rapport aux réseaux de soins intégrés.

La position générale du Conseil fédéral sur cette question est la suivante: nous estimons encore et toujours qu'il faut une position assez volontariste dans ce dossier, donc nous souhaitons qu'aussi vite que possible les assureurs puissent proposer des contrats qui prévoient le recours aux réseaux de soins intégrés. A l'article 13 alinéa 2, même s'il n'y a pas de proposition de minorité, on s'approche d'une version de compromis, et il serait temps, dans ce dossier qui fait des allers et retours entre les deux chambres!

Reste la question de la confiance, comme l'a évoquée Madame Maury Pasquier. La confiance est un facteur très important, non seulement dans ce dossier des réseaux de soins intégrés, mais aussi de manière générale dans tous les dossiers, tout spécialement dans ceux de la santé. Nous avons l'impression que, dans cette optique, la solution trouvée par le Conseil national à l'article 12 alinéa 5 n'est pas bonne et nous comprenons la position de la majorité, qui veut biffer cet alinéa 5.

L'article 12 alinéa 5 a une portée beaucoup plus large. Madame Maury Pasquier, vous avez dit qu'il s'agissait à cet article de régler la question de l'indépendance des réseaux de soins intégrés. Oui, mais cela va quand même plus loin. Cet alinéa règle les relations entre les assureurs et les institutions qui dispensent des soins.

La minorité Maury Pasquier propose de suivre le Conseil national, qui veut interdire aux caisses-maladie de gérer des institutions dispensant des traitements médicaux aux assurés et d'avoir des participations financières dans de telles institutions. Voilà la décision qui a été prise à l'article 12 alinéa 5, qui n'est pas directement liée aux réseaux de soins intégrés mais, de manière générale, aux relations avec l'ensemble des institutions de soins.

A notre avis, même si l'on peut souhaiter cela, on n'arrive pas avec cette proposition à quelque chose d'efficace qui soit vraiment nécessaire. Et pourquoi cela n'est-il pas vraiment efficace? L'article 12 alinéa 2 prévoit déjà le fait que les caisses-maladies qui pratiquent l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi ont également le droit de pratiquer des assurances complémentaires, ce qui leur permettrait de toute façon, à ce titre-là, d'avoir des contacts, des liens, des éléments de gestion, avec des institutions. Il y a également le fait que les caisses-maladies s'organisent de plus en plus – en tout cas pour certaines d'entre elles, et non des

moindres – en holdings, ce qui leur permet en quelque sorte de contourner cette disposition si elles le souhaitent.

Cette disposition, qui est trop large, ne serait donc ni efficace, ni vraiment nécessaire. Je rappellerai ici que le Conseil fédéral a décidé en fin d'année, avec entrée en vigueur au 1er janvier de cette année, de dispositions dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie, qui prévoient qu'il est possible pour les caisses-maladie d'avoir des placements dans des institutions qui servent à la pratique de l'assurance-maladie sociale, mais que ceux-ci sont limités à 2 pour cent de la fortune. Il y a donc déjà une règle et un bon cadre qui existent. L'article 12 alinéa 5 s'avérerait dans les faits purement déclamatoire.

Nous vous proposons donc, là aussi, de biffer cette disposition – comme le souhaite la majorité de votre commission –, de régler la question de l'engagement des assureurs dans les réseaux de soins intégrés à l'article 13 alinéa 2 et/ou dans les dispositions transitoires. On pourrait éventuellement, dans une future potentielle discussion en conférence de conciliation, revenir sur la discussion d'un ajout à l'article 41c alinéa 3. C'est l'article qui parle des formes juridiques pour les réseaux de soins intégrés. Comme on l'a évoqué en commission, on pourrait compléter l'article 41c alinéa 3 par une phrase qui préciserait que les réseaux de soins intégrés s'organisent indépendamment des assureurs. A ce moment-là, on aurait une formulation ciblée qui permettrait de régler la problématique si jamais on devait aller jusqu'à la conférence de conciliation.

C'est pourquoi nous vous demandons de suivre la majorité de votre commission.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 33 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 10 Stimmen

Art. 13 Abs. 2 Bst. g

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 13 al. 2 let. g

Proposition de la commission

Maintenir

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Artikel 13 Absatz 2 sind die gesetzlichen Pflichten der Krankenversicherer aufgelistet. Der Nationalrat hält an seiner Absicht fest, dass die Versicherer in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich flächendeckend eine oder mehrere unabhängige Versicherungsformen anzubieten haben, und zwar gemäss Ziffer Iter Absätze 1 bis 3 der Übergangsbestimmungen innerhalb von drei Jahren. Die Bestimmung, die die Versicherer verpflichtet, integrierte Versorgungsnetze anzubieten, umfasst entsprechend zwei Teile, zum einen Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g, der die Pflicht festlegt, und dann eben die Absätze 1 bis 3 der Übergangsbestimmungen, die den Versicherern eine Frist von drei Jahren einräumen, um die Bedingungen zu erfüllen. Sie sehen, dass auf der Fahne darauf hingewiesen wird, und auch der Herr Bundesrat hat vorhin bereits auf diese Übergangsbestimmung hingewiesen.

Ihre Kommission teilt die Meinung von Bundesrat und Nationalrat, dass Managed Care künftig zum dominanten Versorgungskonzept werden soll. Managed-Care-Modelle bieten eine Chance und können erfolgreich betrieben werden. Ausschlaggebend für die Wahl der Versicherten sind in erster Linie die Qualität der Behandlung in den Netzen und die Tatsache, dass Versicherte, die sich einem Netzwerk anschliessen, mit einem tieferen Selbstbehalt belohnt werden. Je mehr Versicherte die integrierte Versorgung verlangen, desto mehr werden sich die Leistungserbringer in Netzen zusammenfinden, und desto attraktiver wird es für die Versicherer, die Netzwerke unter Vertrag zu nehmen. Ihre Kommission ist aber klar der Meinung, dass der Zwang, Netzwerke anzubieten, nicht zielführend ist. Die Netzwerke werden durch die Ärzte, die Spitäler und andere Leistungser-



bringer gebildet, das hat auch Herr Brändli schon ausgeführt. Wenn die Leistungserbringer nicht willens sind mitzumachen, wird es für die Versicherer schwierig, Netzwerke zu bilden, die ökonomisch sinnvoll und effizient sind. Wer nur widerwillig handelt, wird für die Kunden keine vernünftigen Netze anbieten.

Der Nationalrat will zudem an der Bestimmung festhalten, dass sich die Netzwerke unabhängig von den Versicherern organisieren müssen. Tatsache ist aber, dass sich bereits viele Netzwerkmodelle entwickelt haben, die von den Versicherern zum Beispiel in der Rechtsform der AG geführt werden. Die Gesundheitszentren funktionieren bestens und entsprechen offenbar auch einem Bedürfnis der Versicherten. Nach Meinung Ihrer Kommission macht es keinen Sinn, bestehende erfolgreiche Netzwerke, die bereits heute zu tiefen Kosten beitragen, zu zerstören, nur weil sie nicht «unabhängig» gemäss Buchstabe g sind. Zudem ist Buchstabe g nicht geeignet, jegliche Einflussnahme der Krankenversicherer betreffend die Organisation der integrierten Versorgungsnetze zu verhindern. Buchstabe g würde lediglich dazu führen, dass Scheinlösungen angeboten würden. Aus all diesen Gründen empfiehlt Ihnen die Kommission, Buchstabe g zu streichen. Die Forderung des Nationalrates, die Netzwerke flächendeckend anzubieten, wird damit nicht fallengelassen; Herr Bundesrat Burkhalter hat auch schon darauf hingewiesen. Mit Ziffer Iter Absatz 3 der Übergangsbestimmungen wird dem Anliegen des Nationalrates Rechnung getragen, dies im Sinne eines Kompromisses. Es wird präzisiert, welche Massnahmen der Bundesrat ergreifen kann, falls nach einigen Jahren kein flächendeckendes Angebot von integrierten Versorgungsnetzen entsteht. Wir wollen dem Anliegen des Nationalrates also entgegenkommen, aber in der Übergangsbestimmung; ich komme darauf zurück.

Die Kommission empfiehlt Ihnen, festzuhalten, das heisst, hier Buchstabe g zu streichen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Comme la rapporteuse l'a dit, notre commission, presque à l'unanimité, a décidé de biffer l'article 13 alinéa 2 lettre g au profit de dispositions transitoires. Celles-ci garantissent – ce qui me paraît extrêmement important – le fait que les personnes qui n'ont pas la possibilité d'adhérer à un réseau de soins intégrés simplement parce que leur assureur n'offre pas cette possibilité, ne soient pas pénalisées. C'est ce qui me paraissait très important à l'article 13 alinéa 2 lettre g. Mais, dans la mesure où il y a une solution de remplacement proposée par le Conseil fédéral, je pense que ce n'est effectivement pas problématique, dans ce sens, de biffer la lettre g.

Je reviens tout de même sur le fait qu'à la lettre g était inscrite l'indépendance des réseaux de soins intégrés et que cette question-là n'est pas réglée par les dispositions transitoires. Quelle que soit la place où cette notion devrait se trouver dans cette loi, je pense que nous aurons encore l'occasion d'en reparler parce qu'il s'agit d'un élément essentiel pour l'acceptation de ce projet.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: On s'approche clairement d'un compromis, qui sera celui de votre conseil et non celui du Conseil fédéral. Vous avez donc là vraisemblablement une possibilité. J'espère que les conseillers nationaux l'écoutent aussi attentivement que ceux qui sont déjà là pour l'écouter lorsque l'on arrivera au débat en commission et à la Chambre du peuple. Mais en effet, on s'approche d'un compromis.

J'aimerais juste répéter pourquoi c'est important. Madame Forster a parlé à plusieurs reprises de «Zwang»: il s'agit ici des conditions. Les mots ne sont jamais innocents; vous me direz que l'on joue sur les mots, mais on n'est quand même pas encore dans une «Zwangsanstalt». Il s'agit ici de conditions pour appliquer l'assurance obligatoire des soins.

Le Conseil fédéral, et surtout au départ le Conseil national, souhaitaient clairement qu'il y ait cette condition. Pourquoi? Parce qu'il y a tout simplement – vous l'avez dit, Madame Forster, et je vous en remercie – la volonté réelle de tout

faire pour aller relativement vite. Depuis 2004, nous souhaitons ce changement. Cela fait des années que cela dure et maintenant on n'a plus autant de temps qu'il y a quelques années. C'est peut-être évident, mais il est bon de le rappeler: il est souhaitable que cela aille vite.

Pourquoi maintenant sent-on tout à coup le compromis? Parce que, finalement, l'essentiel reste avec la proposition de votre commission. Il n'y a plus l'article 13 alinéa 2 lettre g, mais il y a des dispositions transitoires qui prévoient que si l'objectif de développement rapide n'est pas atteint – nous souhaitons même que le modèle de réseaux de soins intégrés devienne le modèle standard à l'avenir –, alors le Conseil fédéral aura pendant deux ans la possibilité d'imposer cela aux assureurs.

Donc dans ces conditions-là, on peut reconnaître qu'il y a une véritable volonté de rechercher un compromis, de faire un pas vers la position assez nette du Conseil national sur ce point. Le Conseil fédéral reconnaît donc cet effort vers le compromis – vous faites un bout de chemin qui est important –, et il reste d'avis qu'une attitude volontariste est importante. C'est pourquoi il faut voter les dispositions transitoires telles quelles et ne pas les affaiblir. Il reconnaît aussi que la compétence donnée au Conseil fédéral constitue une bonne incitation. Peut-être serait-il même encore mieux de mettre la condition telle quelle – on le verra à l'usage – parce qu'en effet, si cela se passe sans que cela doive être considéré comme une condition formelle, ce sera encore mieux. Mais on ne le saura qu'après avoir appliqué cette loi pendant quelque temps – en tout cas pendant ces deux à trois premières années.

En ce sens, Monsieur le président, nous ne demandons pas de vote, parce que nous avions toujours défendu la position du Conseil national, mais nous prenons acte que votre commission a trouvé une solution de compromis, que le Conseil des Etats s'y rallie, et nous engageons les deux conseils à faire preuve maintenant d'un effort partagé dans cette recherche de compromis.

Angenommen – Adopté

Art. 41c Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41c al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Absatz 1 von Artikel 41c geht es um den Grundsatz, wie Netzwerke gebildet werden. Absatz 2 regelt das Verhältnis zwischen Netzwerk und Versicherer, und in Absatz 3 geht es um die interne Organisation. Absatz 3 hält gemäss Beschluss des Nationalrates fest, dass für die Organisation eine Rechtsform gewählt werden muss, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

Wir empfehlen Ihnen, dass wir uns dem Nationalrat anschliessen.

Angenommen – Adopté

Art. 41d

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zu Absatz 1: Hier werden die Dauer des Versicherungsverhältnisses bei besonderen Versicherungsformen und die Austrittsmodalitäten formuliert. Wir haben entschieden, dass für besondere Versicherungsformen, welche eine Prämienermäßigung beinhalten, eine Dauer von bis zu drei Jahren vorgesehen werden kann. Gemäss Nationalrat müssen die Versi-



cherer Versicherungsverträge für die Dauer von einem Jahr anbieten. Gleichzeitig soll es aber den Versicherern ermöglicht werden, Versicherungsverträge bis zu einer Dauer von drei Jahren abzuschliessen. Im Sinne eines Kompromisses schliessen wir uns dem Nationalrat an.

Angenommen – Adopté

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. b

Festhalten

Abs. 2 Bst. c

c. 7,5 Prozent ...

Abs. 3, 3bis

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Gutzwiller, Altherr, David, Forster, Stähelin)

Abs. 2 Bst. b, c

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 2 let. b

Maintenir

Al. 2 let. c

c. ... 7,5 pour cent des coûts ...

Al. 3, 3bis

Maintenir

Proposition de la minorité

(Gutzwiller, Altherr, David, Forster, Stähelin)

Al. 2 let. b, c

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c – wie dann auch in den Absätzen 3 und 3bis, zu denen wir noch kommen – wird die Kostenbeteiligung für die Versicherten festgehalten. Der Versicherte beteiligt sich erstens mit einem festen Jahresbetrag, der heute vom Bundesrat festgelegt wird. Das soll so bleiben. Zweitens beteiligt sich der Versicherte mit dem Selbstbehalt der die Franchise übersteigenden Kosten, heute beträgt er 10 Prozent. Drittens beteiligt er sich mit einem jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes.

Damit vor allem auch Chronischkranken den Weg in die integrierte Versorgung finden, haben die Räte entschieden, dass die Versicherten, die einem Netzwerk beitreten, von einer tieferen Kostenbeteiligung und einem kleineren Höchstbetrag des Selbstbehaltes profitieren sollen. Im Gegensatz dazu sollen sich künftig diejenigen Versicherten, die keinem Netzwerk beitreten wollen, stärker als bisher an den Kosten beteiligen müssen. Der Nationalrat hält an seinem Beschluss fest, dass sich Versicherte, die sich einem Netzwerk anschliessen, mit 10 Prozent, also wie bisher, an den Kosten beteiligen müssen. Sie sehen das in Buchstabe c. Versicherte, die keinem Netzwerk beitreten, haben hingegen einen Selbstbehalt von 20 Prozent zu bezahlen. Ausschlaggebend für diesen Beschluss war das Argument der Kostensteigerung. Wenn sich viele Leute den Netzwerken anschliessen, hätte eine tiefere Kostenbeteiligung der Versicherten zumindest in einer ersten Phase eine Prämien erhöhung zur Folge. Deshalb sollen die heutigen Ansätze in der ordentlichen Grundversicherung – Selbstbehalt und maximaler Selbstbehaltsbetrag – beibehalten werden.

Die Mehrheit Ihrer Kommission schlägt Ihnen nun eine Kostenbeteiligung von 7,5 Prozent für Versicherte in Netzwerken vor. Damit wird sich ein Prämienanstieg zwar nicht verhindern lassen, aber er wird sicher milder ausfallen als beim Beschluss, den wir das letzte Mal gefasst haben. Nur so wird das Ziel dieser Vorlage, möglichst viele Versicherte in die Versicherungsform der integrierten Versorgung zu bringen, innert nützlicher Zeit erreicht. Oder anders herum gesagt: Nur mit einer tieferen Kostenbeteiligung für Versicherte, die

in die Netze gehen, wird es gelingen, dass sich 60 Prozent der Versicherten – das ist das Ziel dieser Vorlage – den Netzwerken anschliessen. Die Kostenbeteiligung für Versicherte, die eine andere Versicherungsform wählen, sich also nicht in die Netze begeben, soll künftig 15 Prozent betragen. Eine Minderheit will sich dem Nationalrat anschliessen.

Ich darf gleich noch zu Absatz 3 Ausführungen machen, weil es wichtig ist, dass man nicht nur den Selbstbehalt anschaut, sondern eben gleichzeitig auch den Höchstbetrag des Selbstbehaltes diskutiert! Bei Absatz 3 hält die Kommission an ihrem ursprünglichen Antrag fest. Künftig soll der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Versicherte im Gesetz festgehalten werden. Versicherte, die sich einem Netz anschliessen, sollen maximal 500 Franken bezahlen. Versicherte, die sich keinem Netzwerk anschliessen wollen, müssen mit einem Höchstbetrag von 1000 Franken rechnen. Damit fahren Versicherte im Rahmen von Managed Care etwas besser, ohne dass sich das auf die Prämie auswirkt.

Im Namen der Mehrheit der Kommission bitte ich Sie, dem Antrag für 7,5 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten und dem Höchstbetrag von 1000 bzw. 500 Franken – dies im Namen der Kommission – zuzustimmen.

In Absatz 3bis wird festgehalten, dass der Bundesrat die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen kann.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Die Frau Kommissionssprecherin hat das meiste schon gesagt. Die Minderheit bittet Sie, in diesem Punkt, nämlich der Franchise, dem jetzigen Konzept des Nationalrates zu folgen, der 10 Prozent von Versicherten in Netzwerken und 20 Prozent von Versicherten im gesamten System verlangt. Warum? Ein wichtiger Punkt dabei ist – dieser ist auch schon angesprochen worden –, dass wir mit 7,5 Prozent gemäss Antrag der Mehrheit unter das jetzige Niveau gehen würden. Ich glaube aber, im jetzigen gesundheitspolitischen Umfeld ist es grundsätzlich falsch, wenn wir Bestehendes noch weiter abbauen, denn die Bevölkerung hat sich jetzt einmal zumindest an die 10 Prozent gewöhnt; darunter zu gehen scheint daher ganz grundsätzlich ein falscher Weg zu sein. Zudem werden die 7,5 Prozent je nach Erfolg der Netzwerke dazu führen, dass weniger Geld ins System gelangen wird, das heißt, dass mehr auf die Prämien überwälzt werden müsste. Das ist der inhaltliche Grund.

Ich darf dazu noch etwas zu Absatz 3 sagen – Frau Forster hat das ausgeführt –: Das Konzept, das wir Ihnen vorschlagen, ist, betreffend die Franchise dem Nationalrat zu folgen, aber in Betreff der Fixierung des Höchstbetrages dem ständerälichen Konzept zum Durchbruch zu verhelfen. Das bedeutet, den Höchstbetrag im Gesetz zu fixieren, ohne diesen für Netzwerke gleichzeitig auf 1500 Franken festzulegen. Diese beiden Dinge gehören also zusammen, der Antrag, dem Nationalrat zu folgen, und dann der Antrag, bei Absatz 3 an unserem Konzept festzuhalten. Dafür gibt es auch einen politischen Grund, wenn Sie so wollen: Wenn wir der Vorlage zum Durchbruch verhelfen wollen, sollten wir in diesem Punkt den 20 Prozent gemäss Nationalrat folgen, davon bin ich aufgrund der Beobachtung des Prozesses ziemlich überzeugt; ansonsten wird es schwierig für die Vorlage, und das wäre schade, weil wir der Managed-Care-Organisation doch alle mehrheitlich zum Durchbruch verhelfen wollen.

Ich bitte Sie also, hier der Minderheit zu folgen und nachher bei Absatz 3 wie vorgeschlagen die Mehrheit zu unterstützen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): J'aimerais profiter de la discussion que nous menons sur cet article pour rappeler ici la mention que j'ai faite au sein de la commission d'une étude qui a été récemment réalisée par les Hôpitaux universitaires de Genève. Cette étude a en effet mis en évidence que 15 pour cent de la population genevoise a renoncé à des soins pour des questions de coûts au cours de l'année 2009. Toutefois, ce ne sont pas forcément des personnes qui ne sont pas correctement assurées, qui auraient des retards de



primes ou des difficultés à être accompagnées. Ces personnes ont renoncé à des soins pour des questions de participation aux coûts. Cela peut toucher des malades chroniques, mais aussi des personnes qui auraient eu besoin d'un soin à un moment donné et qui, pour une raison de coûts, n'y ont pas recouru, ce qui a été néfaste pour leur santé. C'est exactement pour cela qu'il y a les deux aspects qui ressortent de cet article, à savoir celui de la participation aux coûts, que nous traitons maintenant puisque nous avons une proposition de majorité et une de minorité, et celui du montant maximal de la participation, qui est réglée à satisfaction à l'alinéa 3, puisque notre commission maintient sa position sur ce point, en espérant que le Conseil national s'y ralliera.

Pour la question de la participation aux coûts et justement pour inciter, comme je le disais au début de ce débat, les personnes à adhérer à des réseaux de soins intégrés, je pense qu'il faut aussi des éléments positifs, attractifs. Et le fait de pouvoir bénéficier d'une participation aux coûts réduite quand on adhère à un réseau de soins intégrés me paraît être un élément allant tout à fait dans le sens de cette incitation positive. Je vous rappelle que j'avais fait une proposition pour passer à 5 pour cent de participation. J'ai été convaincue par les arguments qui tendent à montrer qu'avec une participation de 5 pour cent, cela aurait un effet néfaste sur les primes parce que cela entraînerait leur augmentation, mais je pense que le moyen terme, donc 7,5 pour cent, qui est la moitié des 15 pour cent que paieront les personnes qui ne sont pas dans les réseaux de soins intégrés, représente une alternative satisfaisante.

Je vous invite vivement à soutenir la majorité de la commission.

Brändli Christoffel (V, GR): Auch ich möchte Sie bitten, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Was machen wir hier? Es sind vielleicht 20 oder 30 Prozent der Kunden in Managed-Care-Modellen – 70 bis 80 Prozent sind also nicht in solchen Modellen. Wenn man nun 10 bzw. 20 Prozent Selbstbehalt fordert – heute haben wir für alle 10 Prozent –, so macht man eigentlich nichts anderes, als dass man sagt, dass diejenigen, die nicht in Managed-Care-Modellen sind, doppelt so viel bezahlen müssen. Damit würde gewissermaßen eine Strafsteuer geschaffen, die fällig würde, wenn man nicht zu einem Managed-Care-Modell wechselt. Es gibt einige Regionen, in welchen es nur ein Managed-Care-Modell gibt. In diesen Regionen wäre man also gezwungen, in dieses Modell zu wechseln, wenn man nicht mehr bezahlen wollte als heute.

Der Beschluss mit 5 bzw. 15 Prozent Selbstbehalt ist in der Kommission mit Blick auf die Ausfälle nochmals diskutiert worden. Die Zahl von 7,5 Prozent scheint mir eine gute Zahl, und zwar deshalb, weil man ja auch immer wieder sagt, die Managed-Care-Modelle würden Effizienzsteigerungen mit sich bringen. Wenn man also 2,5 Prozent einspart, dann ist die Herabsetzung auf 7,5 Prozent wieder wettgemacht. Die 15 Prozent für die, welche nicht in den Managed-Care-Modellen sind, sind hier unschön, weil es zu einer Mehrbelastung dieser Versicherten führt; aber politisch ist das noch machbar.

Ich habe grösste Bedenken bezüglich einer Lösung mit 10 bzw. 20 Prozent, da all jene, die nicht Managed Care haben wollen, belastet werden. Das ist ein schwieriger Punkt in dieser Vorlage. Deshalb bitte ich Sie, der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: J'aimerais commencer par un rappel. Le Conseil fédéral avait proposé une quote-part de 20 pour cent. Nous examinerons par la suite une fois de plus ce que cela veut dire exactement parce qu'il faut faire attention avec ce doublement, ce «Strafsteuer». Attention de nouveau avec les mots, au moins ici à la Chambre des cantons! – j'y reviendrai. Le Conseil fédéral avait proposé 20 pour cent. Votre conseil l'avait suivi – il n'y avait pas de «managed care» à l'époque, c'était 20 pour cent pour tout le monde sauf pour les enfants –, mais le Conseil national

avait refusé. C'est pourquoi cela avait été abandonné dans le projet sur la participation aux coûts.

C'est un peu le monde à l'envers maintenant, dans ce projet: le Conseil national veut absolument une quote-part de 20 pour cent et votre conseil refuse ce taux. Mais nous allons reprendre cela tranquillement, parce que je crois qu'il faut voir tout l'article 64, c'est un point important, d'autant plus que c'est peut-être encore le dernier point en suspens. Je crois qu'on trouve des solutions partout; maintenant il faut trouver aussi une solution pour celui-ci.

L'article 64 forme un tout, il faut le voir en entier. On ne peut pas discuter uniquement la lettre b de l'alinéa 2, il faut voir le tout. L'article 64 est un compromis non pas tellement cette fois-ci entre les chambres, mais entre différents objectifs politiques, qui sont tous importants et qui peuvent paraître contradictoires. Il y en a en tout cas trois: d'abord la responsabilité individuelle – la participation aux coûts a pour but de responsabiliser l'individu; ensuite l'incitation – pour la première fois, on a avec cet outil de la participation aux coûts la volonté de piloter le système; enfin la clarté – c'est un objectif très important.

Concernant la version du Conseil des Etats à l'alinéa 3, j'ai cru entendre Madame Maury Pasquier qui disait: «Il n'y a plus de problème puisque vous vous ralliez.» Non, pas du tout! J'ai peut-être mal compris. A l'alinéa 3, vous avez votre version, et le Conseil national en a une autre. Sur ce point, je crois qu'il faut vraiment maintenir la version de votre conseil; en effet, c'est la version qui permet la clarté, puisqu'elle fixe dans la loi les montants maximaux.

On a donc ces trois objectifs, et il faut faire en sorte de les concilier.

D'abord, le principe de la participation aux coûts – la responsabilisation individuelle – est très clairement abordé dans l'article 64 alinéa 1: «Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.» C'est le principe même de la responsabilité. Je vous l'ai dit: à l'origine, votre conseil voulait augmenter cette responsabilisation, et c'est le Conseil national qui avait refusé.

Cela a changé aujourd'hui: il est question d'une augmentation – 20 ou 15 pour cent pour les modèles d'assurance traditionnels –, mais avec la volonté de différencier le pourcentage selon les cas de figure, puisque les assurés auraient des possibilités, notamment celle de bénéficier d'une quote-part plus basse pour les réseaux de soins intégrés.

Et sur ce point, Monsieur Gutzwiller, je me permets de dire qu'on ira de toute manière en dessous de 10 pour cent, parce que l'article 64 alinéa 2bis – qui est déjà accepté par les deux chambres – prévoit que, dans les réseaux de soins intégrés, il sera possible de descendre en dessous de la limite de 10 pour cent. Donc, dans les faits, que va-t-il se passer, que le taux retenu soit de 10 ou de 7,5 pour cent? Les réseaux de soins intégrés vont vraisemblablement démarrer avec une participation aux coûts maximale, conformément à la loi – 10 ou 7,5 pour cent, selon les différentes variantes qui restent en jeu –, et, après, au fur et à mesure des gains d'efficience, grâce à la coordination des soins dans ces réseaux, ils vont pouvoir soit baisser les primes, soit baisser la participation aux coûts, soit baisser les deux.

C'est cette dynamique qui existe et, donc, de toute manière, on aura à un moment ou à un autre une responsabilisation individuelle par une participation aux coûts plus faible qu'actuellement, parce que les réseaux de soins intégrés le permettent. Mais cela se fera dans le cadre d'un modèle qui prévoit des incitations au bon endroit, c'est-à-dire l'incitation à la coresponsabilité budgétaire, à diminuer les volumes qui ne sont pas nécessaires, et c'est justement là ce que nous souhaitons. On peut donc descendre plus bas que 10 pour cent ou 7,5 pour cent, parce que c'est justifié du point de vue du système lui-même, qui sera de bonne qualité et jouira également, du point de vue financier, d'éléments plus efficaces qu'aujourd'hui.

Pour le Conseil fédéral, il est important qu'on maintienne l'aspect de responsabilité individuelle assez forte, ce qui est très clairement présent dans les modèles standard. A notre sens, si on veut le modèle standard actuel et qu'on ne veut



pas les réseaux de soins intégrés, cela devrait automatiquement entraîner une responsabilité plus forte. Ensuite, nous voulons qu'il y ait une forte attractivité pour les réseaux de soins intégrés. La forte attractivité viendra de la qualité – mais pas tout de suite: dans les premiers temps elle viendra des incitations financières, d'où l'importance d'être particulièrement attractifs au départ du point de vue financier sur la question de la participation aux coûts. Et puis nous voulons la clarté, c'est pourquoi nous voulons que les montants soient clairement inscrits dans la loi. Il peut paraître paradoxal que le Conseil fédéral soit d'accord de mentionner les montants maximaux dans la loi. Evidemment, le Conseil fédéral apprécie en général qu'on lui donne la compétence de fixer les montants en question. Cependant, nous sommes convaincus qu'il faut que ce point soit clair et net dès le départ dans le débat populaire qui aura certainement lieu sur ce sujet.

C'est pourquoi, à l'article 64 alinéa 3, nous soutenons la version de la majorité de la commission.

Cela dit, je reviens sur la façon de concevoir le «Strafsteuer» – pour reprendre un terme qui a été utilisé tout à l'heure. J'aimerais rappeler que la participation aux coûts totale est d'abord composée de la franchise ordinaire, qui est de 300 francs, et ensuite de la quote-part, qui peut être, encore une fois, de 10, 20, 15 ou de 7,5 pour cent, selon les différentes variantes. Mais cette quote-part, qui s'applique une fois la franchise dépassée, est limitée au montant maximal. Ainsi les malades chroniques, qui payeront de toute façon le montant maximal, le payeront plus ou moins vite, selon que la quote-part sera plus ou moins élevée en pourcentage. Mais cela ne change pas fondamentalement le système. Ce qui est fondamental, c'est le montant maximum. Et ce qui est proposé maintenant, dans l'état actuel du projet – que nous soutenons –, c'est un montant maximal, sous la forme traditionnelle de 1000 francs, c'est-à-dire supérieur au montant maximal actuel qui est de 700 francs; mais pour les réseaux de soins intégrés, c'est un montant maximal de 500 francs, qui est inférieur au montant maximal actuel de 700 francs pour tout le monde. On se rend donc clairement compte que ce projet offre des solutions très intéressantes, y compris financièrement, pour autant que l'on regarde bien les choses et que l'on arrête de trop mettre l'accent sur la quote-part – qui est importante, mais qui n'est pas aussi importante que le montant maximal. Il faut déplacer le regard et le projecteur sur le montant maximal.

A l'alinéa 2 lettres b et c, le Conseil fédéral estime que les solutions de la majorité et de la minorité vont toutes deux dans la bonne direction. Elles ont chacune des points forts et des points faibles. Avec la proposition adoptée à une très courte majorité en commission – une voix de différence –, qui défend le modèle 15/7,5, on augmente en effet, comme l'a dit Monsieur Brändli, son acceptation en votation populaire, c'est évident. Pourtant, nous sommes convaincus qu'en l'expliquant, nous pouvons démontrer la qualité du projet sur les montants maximaux. En revanche, la solution 15/7,5, Madame Maury Pasquier, reste un peu délicate au niveau des primes au départ. C'est une réalité.

Je vous rappelle encore une fois l'alinéa 2bis qui fait que, même au début, des réseaux de soins intégrés pourraient commencer à 7,5 pour cent, même si le montant qui est créé dans la loi comme maximum de la quote-part serait de 10 pour cent. Il y a donc en soi un problème avec le 15/7,5 qui est moins net qu'avec le 15/5, qui était votre première proposition lors des derniers débats.

La proposition de la minorité Gutzwiller à 20/10 est un peu plus dure, sur le plan de l'acceptation lors de la votation populaire. C'est clair, mais, encore une fois, il faut expliquer les choses pour avoir après peut-être un vrai débat. En revanche, elle est assez juste sur le plan des impacts. Avec la proposition 20/10 et les montants maximaux clairement ancrés dans la loi, on a calculé qu'avec un taux de 50 pour cent de personnes assurées dans les réseaux de soins intégrés, on économisait plus d'un milliard de francs pour l'assurance obligatoire des soins. C'est une situation dans laquelle les primes des réseaux de soins intégrés devraient être en prin-

cipe d'emblée attractives pour les assurés, ce qui donne évidemment une plus grande chance d'atteindre assez rapidement les objectifs plutôt ambitieux de ce projet.

Dans ce sens, encore une fois, les deux propositions vont dans le bon sens. L'avantage de la proposition de la minorité Gutzwiller tient au fait qu'elle correspond à un rapprochement complet avec le Conseil national et qu'elle éviterait ainsi une divergence.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 21 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 19 Stimmen

Ziff. Iter

Antrag der Kommission

Abs. 1

Festhalten

Abs. 2

... in gewissen Kantonen vor diesem Zeitpunkt ... in diesen Kantonen die Kostenbeteiligung ...

Abs. 3

... Massnahmen vor. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen, längstens aber bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Revision, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten, die die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent.

Abs. 4

Festhalten

Ch. Iter

Proposition de la commission

Al. 1

Maintenir

Al. 2

... existe dans certains cantons une offre ... s'applique dans ces cantons.

Al. 3

... le Conseil fédéral propose d'autres mesures au Parlement. Jusqu'à l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions, mais au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur de la présente révision, le Conseil fédéral peut obliger les assureurs à offrir, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs autres assureurs, une ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations des réseaux de soins intégrés au sens de l'article 41c. Le Conseil fédéral peut décider de suspendre l'application de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c dans les cantons dans lesquels la mesure n'est pas encore appliquée. Une quote-part de 10 pour cent s'applique dans ces cantons.

Al. 4

Maintenir

Präsident (Inderkum Hansheiri, Präsident): Über Absatz 1 haben wir bereits im Zusammenhang mit Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g entschieden.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Absatz 2 wird festgehalten, dass die differenzierte Kostenbeteiligung und der maximale Höchstbetrag der Franchise drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung angeboten werden müssen. Wenn in gewissen Regionen bereits vor diesem Zeitpunkt genügend Angebote an Netzwerken bestehen, kann die differenzierte Kostenbeteiligung früher eingeführt werden, weil nur das Sinn macht.

Diese Bestimmung wurde bereits einmal in beiden Räten gutgeheissen. Im Rahmen der Differenzbereinigung wurde die Frage nach den Regionen im Zusammenhang mit dieser Bestimmung und mit Managed Care gestellt. Wir konnten in



der Kommission keine befriedigende Antwort finden und haben uns entschieden, dass wir vom Begriff «Regionen» Abstand nehmen sollten. Es muss von den Kantonen die Rede sein, weil das sonst zu Problemen führt, die wir noch nicht voraussehen können. Es besteht eigentlich keine Differenz mehr zum Nationalrat. Trotzdem möchten wir beliebt machen, dass man diese Frage auch im Nationalrat noch einmal diskutiert. Ich glaube, der Bundesrat war damit einverstanden.

Absatz 3 sieht etwas schlimmer aus, als er tatsächlich ist. Er kommt nach Ablauf der dreijährigen Einführungszeit zum Tragen. Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass sich innerhalb von drei Jahren überall in der Schweiz attraktive Netzwerke entwickeln werden. Sollte dem nicht so sein, hat der Bundesrat gemäss Absatz 2 dem Parlament entsprechende Korrekturmassnahmen vorzuschlagen. Gleichzeitig kann der Bundesrat aber bis zum Ablauf von fünf Jahren die Versicherer verpflichten, besondere Versicherungsformen anzubieten. Damit kommen wir dem Nationalrat entgegen. Ich habe meine Ausführungen zu Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g bereits gemacht.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: J'aimerais juste dire que c'est la partie du compromis dont on a parlé à l'article 13 alinéa 2. Donc, pour moi, le débat a eu lieu à ce moment-là. Il faut voter les dispositions telles quelles et donner la délégation de compétence au Conseil fédéral. A mon sens, c'est d'une part une solution qui peut être juste et, d'autre part, une solution qui peut permettre aux deux chambres de se rallier au moins sur ce point.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Es geht um die Höchstbeiträge gemäss Artikel 64 Absatz 3bis, die der Kostenentwicklung anzupassen sind. Wir empfehlen, an unserem früheren Beschluss festzuhalten.

Angenommen – Adopté

04.3719

Motion Humbel Naf Ruth. Gleiches Bedarfsabklärungsinstrument für KVG-Leistungen und die Hilflosenentschädigung zur AHV/IV

Motion Humbel Naf Ruth. Prestations LAMal et allocations AVS/AI pour impotents. Prévoir un outil d'évaluation unique des soins requis

Einreichungsdatum 16.12.04

Date de dépôt 16.12.04

Nationalrat/Conseil national 19.03.09

Bericht SGK-SR 31.03.11

Rapport CSSS-CE 31.03.11

Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11

Berberat Didier (S, NE), pour la commission: La motion qui vous est présentée aujourd'hui a été examinée par la commission lors de sa séance du 31 mars dernier. Je rappelle que cette motion du Conseil national, déposée à l'époque par Madame Humbel, demande au Conseil fédéral de créer les conditions pour que les prestations pour soins en vertu de la LAMal et les allocations AVS/AI pour impotents soient déterminées au moyen d'un instrument unique d'évaluation des soins requis.

Suivant largement l'avis du Conseil fédéral, la commission, par 5 voix contre 0 et 3 abstentions, vous propose de rejeter cette motion, contrairement d'ailleurs au Conseil national qui, par 109 voix contre 71, l'avait adoptée le 19 mars 2009. Même si l'idée de la motion peut, de prime abord, paraître séduisante, la commission vous en propose néanmoins le rejet puisqu'il existe des différences structurelles fondamentales entre les allocations pour impotents en vertu de la LAVS et de la LAI et les prestations pour soins en vertu de la LAMal. Vous trouverez d'ailleurs des explications circonstanciées sur ces différences dans le rapport écrit de la commission, que vous avez tous en votre possession.

En quelques mots, on peut indiquer que l'allocation AVS/AI pour impotents est une prestation en espèces, indépendante des coûts effectifs et du volume réel des prestations, les bénéficiaires pouvant l'utiliser comme ils l'entendent. Par contre, les prestations en vertu de la LAMal sont des prestations faisant l'objet d'un remboursement basé sur des coûts de soins réellement dispensés. Cela signifie notamment que le questionnaire pour l'AVS/AI, unique pour toute la Suisse, est beaucoup moins complet que ceux de la LAMal. Au surplus, une mesure d'allègement administratif et de coordination, qui est basée sur l'article 8 alinéa 6 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, existe déjà et permet d'éviter aux établissements médico-sociaux et aux assureurs-maladie, lorsque les deux types de prestations coïncident, de ne faire qu'une seule demande d'allocation AVS/AI pour impotents.

Comme les prestations pour soins LAMal et l'allocation AVS/AI pour impotents diffèrent par trop et n'ont pas le même but, la commission vous propose donc de rejeter la motion.

De plus, la charge administrative est moins importante qu'il n'y paraît puisque, dans les EMS, les deux déclarations sont très souvent remplies par la même personne soignante. Le Conseil fédéral estime qu'il serait possible de garantir un certain degré de coordination dans ces cas-là.

Enfin, rappelons que notre conseil avait rejeté sans opposition une motion (08.3236) allant dans le même sens sur le fond, le 18 mars 2009. C'est donc en fin de compte la même motion qui a déjà été rejetée par notre conseil.

Pour toutes ces raisons, la commission vous demande de rejeter cette motion.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: En fait, le Conseil fédéral partage totalement ce qui vient d'être dit. Je propose de le traduire en neuchâtelois et de remercier le rapporteur de la commission qui a été très complet. Tout ce qui a été dit correspond à la position du Conseil fédéral.

Il est également opposé à cette motion.

Präsident (Inderkum Hansheiri, Président): Sie haben einen schriftlichen Bericht erhalten. Die Kommission beantragt mit 5 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen, die Motion abzulehnen.

Abgelehnt – Rejeté

