

Nachteile, die uns dann Hinweise geben, wie sinnvoll und wie umsetzbar das ist.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est d'accord de publier un rapport – en fait il s'agit d'un état des lieux – de l'ensemble des propositions dans le domaine du congé parental, comme on l'a dit. J'aimerais faire, au nom du Conseil fédéral, les remarques suivantes. Tout d'abord, le Conseil fédéral a clairement fixé comme priorité, dans le domaine social, la consolidation du système actuel, et donc pas son développement à proprement parler. Il estime très important, dans cette voie de la consolidation, de trouver toute une série d'éléments qui revalorisent le travail. On sait que les réformes de l'assurance-chômage et de l'assurance-invalidité sont en cours et qu'une volonté d'intégration générale est mise en oeuvre. Les incitations dans le domaine des retraites doivent être discutées aussi bien pour l'AVS que pour la LPP dans le cadre de projets qui sont en cours et qui vont également dans le sens d'une revalorisation du travail. Le congé parental n'est donc pas vraiment une priorité en ce moment, bien évidemment. En revanche, nous reconnaissons l'originalité du postulat, son orientation vers la responsabilité individuelle – ce qui nous plaît –, même si le postulat prévoit une intervention de l'Etat par la fiscalité, ce qui pose d'ailleurs un premier problème, parce qu'on peut se demander dans quelle mesure on atteint les personnes qui en ont réellement besoin. C'est un des éléments que nous mettrons dans la balance pour l'étude à mener.

Nous allons donc faire l'état des lieux de la question du congé parental et nous allons aussi, au sujet de cette idée de prévoyance parentale, nous poser une série de questions. Nous nous pencherons sur la question de la répartition à prévoir entre les deux parents et de l'utilisation des sommes épargnées en cas de séparation ou de divorce – question qui pose évidemment des problèmes considérables; de l'utilisation de ces sommes si l'enfant espéré ne vient pas; de la complexité du système de prévoyance – j'aimerais insister sur ce point surtout suite à notre intéressant débat d'hier – que cela produirait, alors même que le Parlement souhaite ardemment simplifier le système et le rendre plus transparent, ce qui ne serait pas le cas si une telle proposition était mise en oeuvre; de l'articulation du projet avec le droit du travail; et puis, je vous l'ai dit, de l'analyse du profil des personnes qui ont réellement besoin de cette aide.

De manière générale, il reste beaucoup de questions ouvertes. Il vaut la peine de faire le rapport et de l'étendre à l'ensemble des demandes qui ont été faites dans ce cadre. En revanche, nous nous sommes opposés par écrit pour le moment à une motion qui allait dans le même sens, car il faut faire d'abord cette étape demandée par le postulat. Nous reconnaissons encore une fois et l'originalité et la forme juste choisie par l'auteur du postulat, Madame Fetz. C'est pourquoi nous vous proposons d'adopter ce postulat.

Angenommen – Adopté

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 (BBl 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)
 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)
 Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11
 Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Art. 12 Abs. 5

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 12 al. 5

Proposition de la Conférence de conciliation

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 13 Abs. 2 Bst. g

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 13 al. 2 let. g

Proposition de la Conférence de conciliation

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 64

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Abs. 2 Bst. b

b. 15 Prozent ...

Abs. 2 Bst. c

c. 10 Prozent ...

Abs. 3bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 64

Proposition de la Conférence de conciliation

Majorité

Al. 2 let. b

b. 15 pour cent des coûts ...

Al. 2 let. c

c. 10 pour cent des coûts ...

Al. 3bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Ziff. Iter

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Abs. 1–4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5

Die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes vorhandenen Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen nach Artikel 12 Absatz 5 dürfen während höchstens fünf Jahren weiterbestehen.

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Ch. Iter

Proposition de la Conférence de conciliation

Majorité

Al. 1–4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5

Les institutions et participations de caisses-maladie prévues à l'article 12 alinéa 5 existant lors de l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent subsister durant une période de 5 ans au maximum.

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wir hatten heute Morgen die Einigungskonferenz, es gab insgesamt noch sieben Differenzen zu beraten. Wie Sie aus der Fahne ersehen, hat sich eine Mehrheit gefunden: 17 Mitglieder der Einigungskonferenz stimmen den Beschlüssen zu, 5 Mitglieder können sich diesen Einigungsbeschlüssen nicht anschliessen. Das einmal als Vorbemerkung.

Wenn Sie gestatten, steige ich gleich in die Fahne ein. Sie finden die erste Differenz auf Seite 3; sie betrifft Artikel 12 Absatz 5. Hier geht es darum, ob die Krankenkassen eine medizinische Einrichtung führen und sich auch finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen können. Sie mögen sich erinnern, wir haben diese Frage hier bereits diskutiert. Bis dato waren wir immer der Meinung, dass wir den Versicherten diese Möglichkeit geben sollten. Es gibt bereits heute sehr viele gute Managed-Care-Modelle, die eben in diesem Sinn von den Versicherern geführt werden, das heisst, sie beteiligen sich auch finanziell daran. Im Sinne der Einigungskonferenz haben wir uns dem Nationalrat angeschlossen; das heisst, künftig dürfen Krankenkassen keine Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten und Beteiligten mehr führen, sie dürfen sich auch nicht finanziell beteiligen. Ich möchte aber in diesem Zusammenhang auf Absatz 5 der Übergangsbestimmungen aufmerksam machen – Sie finden die Übergangsbestimmungen auf Seite 16 der Fahne –: In Absatz 5 wird festgehalten, dass bei Inkrafttreten dieses Gesetzes diese Einrichtungen von den Krankenkassen noch geführt werden können; sie müssen dann innerhalb von fünf Jahren so umgestaltet werden, dass die Versicherer keine finanzielle Beteiligung mehr halten.

Die SGK-SR ist dem Anliegen des Nationalrates einen Schritt entgegengekommen. Auf der anderen Seite hat sich der Nationalrat auf uns zubewegt, indem er diesen Einrichtungen die Möglichkeit zugesteht, dass sie innerhalb der nächsten fünf Jahre in der heutigen Form weitergeführt werden können.

Die nächste Differenz finden Sie auf Seite 5. Hier hat sich der Nationalrat nun definitiv uns angeschlossen. Es geht nämlich darum, ob die Versicherer verpflichtet werden sollen, eben in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich flächendeckend eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten. Wir haben bereits so entschieden, und ich verweise Sie auch dazu auf die Übergangsbestimmung auf Seite 15. Diese Verpflichtung besteht. Das heisst, der Bundesrat muss dann, wenn die Versicherer die Versicherungsformen nicht anbieten, die Versicherer dazu verpflichten, dass sie das auch tatsächlich anbieten. Wir gehen davon aus, dass die Versicherer diese Versicherungsformen anbieten, weil diese nämlich sehr attraktiv sind. Die Leistungserbringer werden diese Netze attraktiv gestalten, so dass es eigentlich gar nicht nötig sein sollte, dass der Bundesrat hier eingreift. Aber wenn irgendwo keine Netze angeboten werden, kann der Bundesrat sich hier noch einbringen. Hier hat sich, wie gesagt, der Nationalrat in der Einigungskonferenz unserem Beschluss angeschlossen.

Die nächste Differenz finden Sie auf Seite 8 bei Artikel 64. Hier geht es um die Kostenbeteiligung. Sie wissen ja, die Versicherten beteiligen sich einerseits mit einem festen Jahresbetrag und andererseits mit dem Selbstbehalt an den Kosten. Bisher war es so, dass der Bundesrat sowohl Franchise als auch Selbstbehalt selber bestimmen konnte. Wir haben bereits früher festgehalten – und der Nationalrat ist uns da gefolgt –, dass der Selbstbehalt im Gesetz festgelegt werden solle. Der maximale Selbstbehalt soll für Versicherte, die den Netzwerken nicht beitreten, 1000 Franken betragen. Für Versicherte, die einem Netzwerk beitreten, wird der Selbstbehalt von heute maximal 700 Franken auf maximal 500 Franken gesenkt. Das wird ein Anreiz sein, den Netzen beizutreten. Das ist wohl einer der wichtigsten Artikel in diesem Gesetz, damit Versicherte diesen Netzwerken bei-

treten, die ja aus unserer Sicht eine maximale Qualität bieten. Es macht vor allem für Chronischkranke Sinn, sich in diese Netzwerke zu begeben. Hier haben wir also keine Differenz mehr. In diesem Punkt hat sich uns der Nationalrat bereits in der letzten Beratung angeschlossen.

Es bestand aber noch eine Differenz. Diese finden Sie auf Seite 8. Da geht es um die die Franchise übersteigenden Kosten. Wie viel Prozent muss der Versicherte jeweils bei einem Arztbesuch bezahlen, wenn er in einem Netzwerk ist respektive wenn er keinem Netzwerk beigetreten ist? Wir haben das letzte Mal entschieden, dass Versicherte in einem Netzwerk noch 7,5 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten bezahlen sollen und Versicherte, die nicht in einem Netzwerk sind, 15 Prozent. Der Nationalrat war der Meinung, dass Versicherte, die in einem Netzwerk sind, 10 Prozent bezahlen sollten und Versicherte, die nicht in die Netzwerke gehen, 20 Prozent.

Es ging letztlich darum, einen Kompromiss zu finden, so dass keine Prämien erhöhungen ins Haus stehen. Denn je tiefer der Selbstbehalt für Versicherte ist, die in diesen Netzen sind, je mehr Leute in diese Netze gehen, umso eher besteht die Möglichkeit, dass Prämien erhöhungen ins Haus stehen. Das war letztlich der Grund dafür, dass man sich einig geworden ist, dass sich die Versicherten in den Netzen mit 10 Prozent beteiligen sollen. Man will aber den Selbstbehalt für Versicherte, die sich nicht in diese Netze begeben, erhöhen, nämlich auf 15 Prozent.

Dann hatten wir noch eine Differenz – auf Seite 10 –: Hier geht es darum, ob der Bundesrat die jährlichen Höchstbeträge, von denen ich eben gesprochen habe, anheben kann. Da hat sich die Einigungskonferenz der Meinung des Ständerates angeschlossen, dass dem so sei.

Dann kommen wir noch zu den Übergangsbestimmungen. Diese habe ich teilweise schon erläutert, weil sie ja immer mit den vorhergehenden Artikeln zusammenhängen. Hier hat sich die Einigungskonferenz den Beschlüssen des Ständerates vollumfänglich angeschlossen.

Wir haben noch eine letzte Differenz, die ich aber schon erläutert habe; dies betrifft Absatz 5 der Übergangsbestimmungen auf Seite 16. Da besteht ein Zusammenhang mit Artikel 12 Absatz 5, dem Sie bereits zugestimmt haben.

Maury Pasquier (Liliane (S, GE): Vous l'avez entendu, la rapporteuse vous l'a expliqué, vous avez vu les résultats de la Conférence de conciliation qui contiennent sans doute du bon et du moins bon – en tout cas de mon point de vue.

Mais j'aimerais aujourd'hui insister sur un point particulier. J'aimerais d'abord dire – ce que j'ai d'ailleurs déjà fait à plusieurs reprises dans cette salle – qu'en tant que patiente, je suis assurée depuis de nombreuses années dans un modèle d'assurance avec médecins de premier recours, une forme possible de réseaux de soins intégrés, et j'en suis tout à fait convaincue. En tant que sage-femme, j'ai expérimenté aussi depuis de nombreuses années les bénéfices d'une collaboration rapprochée entre prestataires de soins pour la prise en charge de femmes accouchées ou enceintes dont je m'occupe et, là aussi, j'ai acquis la conviction que c'était la bonne manière de faire pour le bénéfice de ces femmes. Donc, sur le fond, je suis personnellement convaincue de l'intérêt des réseaux de soins qui sont, soit dit en passant, déjà possibles actuellement, fort heureusement.

Mais – vous l'avez compris, il y a un mais, sans cela il n'y aurait pas de minorité dans cette proposition de la Conférence de conciliation –, ma conviction n'est pas forcément celle des femmes et des hommes que je représente. Il convient donc d'inscrire aussi dans la loi des éléments incitatifs pour promouvoir les réseaux de soins gérés, pour promouvoir des réseaux de soins de qualité, susceptibles d'attirer un grand nombre de personnes, malades chroniques, mais aussi assurés en bonne santé habituelle. On peut dire que, pour ce qui concerne les malades chroniques, nous avons plutôt réussi, même si l'on peut bien sûr toujours voir un certain nombre de difficultés dans les détails. En effet, la mention explicite de la participation maximale des patientes et des patients figure maintenant dans la loi et cette participa-

tion de 500 francs par année est plus basse que le montant actuel de 700 francs – en tout cas pour ce qui concerne les assurés qui auront adhéré à un modèle de réseaux de soins intégrés.

En revanche, pour les assurés en bonne santé, nous sommes face à un échec. Nous débattons en effet depuis des années du taux de participation aux coûts que doivent payer les patients. Or, dès le début, j'ai défendu une proposition qui offre la possibilité de payer moins qu'actuellement en cas d'adhésion à un réseau de soins intégrés, pour inciter le maximum de personnes à y adhérer, mais en pénalisant le moins possible celles et ceux qui veulent continuer à choisir librement leur prestataire de soins.

Dans un premier temps, le Conseil des Etats avait suivi cette proposition en adoptant des taux respectivement de 5 et 15 pour cent. La rapporteuse de la commission vous l'a dit, le Conseil national n'a jamais suivi cette proposition. En proposant 10 et 20 pour cent de participation, le Conseil national proposait en fait aux assurés de payer deux fois plus qu'aujourd'hui pour des prestations identiques, et la même chose qu'aujourd'hui pour une prise en charge plus restrictive. A mes yeux, cette proposition est indéfendable. Elle péjore la situation des personnes assurées, alors que les assurés suisses sont en comparaison internationale déjà celles et ceux qui paient le plus de leur poche.

La Conférence de conciliation a maintenant choisi le compromis de 10 pour cent/15 pour cent de participation mais, pour moi, le problème reste le même, d'autant plus si je me réfère à la récente étude réalisée dans le canton de Genève qui a mis en évidence le grand nombre de personnes qui, au cours de l'année précédente, avaient renoncé à des soins pour des questions financières.

En conclusion donc, un taux de 5, 7,5 ou 10 pour cent semble bien sûr peu important, surtout quand on regarde les conséquences potentiellement évitables sur le porte-monnaie des assurés. Mais ce qui est vrai dans les grandes lignes ne l'est pas forcément dans la perception de la population. C'est un geste, un symbole, et comme tout geste, comme tout symbole, il est extrêmement important.

Finalement, la loi telle qu'elle ressort de nos travaux, contrairement à ce que j'aurais souhaité et sans doute à ce que nous aurions tous souhaité, me semble plus compliquée, moins transparente et, d'un point de vue de défense des assurés, je pense que nous ne pouvons pas l'accepter.

Egerszegi-Obrist (Christine (RL, AG): Sie haben von meiner Vorrednerin gehört, dass diese Vorlage ein «échec» sei, es sei nichts dabei herausgekommen. Das stimmt nicht. Wenn wir die Fakten auf den Tisch legen, sehen wir, dass wir mit den Managed-Care-Modellen heute alles genau so machen können, wie es bisher funktioniert hat. Es gibt heute schon Managed-Care-Modelle mit Budgetverantwortung. Was wir aber nicht machen konnten, ist dies: besondere Anreize schaffen, damit Leute da hingehen; da haben wir einfach keinen Kompromiss gefunden. Aber wenn das Referendum, das ja von verschiedenen Seiten angekündigt ist, durchkäme, müsste man sagen, die Chronischkranken und auch die Grundversorger gehörten zu den Verlierern, denn mit der jetzigen Fassung dieser Modelle geben wir ihnen den nötigen Rückhalt, wir stärken ihnen den Rücken. Es ist bei diesen Beratungen, die sich ja über eine lange Zeit hingezogen haben, im Ganzen aber schon so, dass immer im Oktober, wenn die neuen Prämien bekanntwerden, sich jede Politikerin und jeder Politiker darüber ärgert, dass sie in die Höhe schnellen, und im Dezember ist es schon vergessen.

Wir können nicht überall volle Wahlfreiheit haben und dabei denken, dass die Kosten sinken, das geht einfach nicht. Wenn wir wirklich etwas tun wollen, müssen wir die Wahlfreiheit etwas steuern. Und hier ist die Steuerung ja minim. Ich bitte Sie deshalb, diesen Kompromiss gutzuheissen. Er verspricht keine Wunder. Auch wenn es am Schluss nicht gelingen sollte: Es passiert wenig. Was wir hier aber auch drin haben – das ist wenig zur Sprache gekommen –, ist eine Erweiterung des Risikoausgleichs. Die Jagd nach guten Risiken wird für die Kassen noch einmal schwieriger; das ist ein

Punkt, der hier wirklich gelungen ist. Es ist zudem der Versuch, die Gesundheitswege etwas zu ordnen, was an und für sich in unserem System gut wäre und auch die Versorgungssicherheit erhöhen würde. Ich bitte Sie, diesem Kompromiss zuzustimmen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: L'objectif de ce projet est d'améliorer le mouvement, en quelque sorte, du système de santé, vers plus d'efficacité. Bien sûr, il y a pour cela l'incitation à la coordination des soins, Madame Maury Pasquier, mais il y a aussi l'amélioration de la compensation des risques. Au nom du Conseil fédéral, je dois vous dire que je ne comprends pas que l'on voie uniquement le verre à moitié plein, mais pas le verre à trois quarts ou au quatre cinquièmes plein quand on a un projet aussi complexe, dans le cadre d'un domaine aussi bloqué que la politique de santé et que l'on a la possibilité de voir la dynamique d'une certaine réforme vers plus de qualité, donc plus d'efficacité, dans le cas présent, avec des réalisations comme la compensation des risques, qui sont demandées depuis des années. Comment peut-on imaginer s'opposer à l'ensemble du projet simplement parce qu'un ou deux points ne sont pas tout à fait réglés comme on le souhaiterait?

Il faut retrouver la volonté de faire un compromis à un moment donné. Le travail que la Conférence de conciliation a fait est jugé très positivement par le Conseil fédéral, parce que c'est un vrai travail de compromis. Il a fallu passer trois fois dans chaque chambre, mais maintenant on a réellement un projet en termes de compromis. Vous devez faire un seul vote sur trois points principaux. Premièrement, en ce qui concerne l'indépendance entre les assureurs et les institutions de soins, je vous rappelle ce que l'on vous a dit à plusieurs reprises: le Conseil fédéral a déjà agi en la matière dans le cadre de l'ordonnance sur l'assurance-maladie. Il a diminué à 2 pour cent seulement la part de la fortune qui peut être utilisée par les caisses pour intervenir dans des institutions servant à la pratique de l'assurance-maladie sociale. Cette disposition, qui est ajoutée à l'article 12 alinéa 5, avec les indispensables dispositions transitoires pour tenir compte de la réalité, va finalement à peu près dans le même sens. On le constate et on en prend acte.

Le deuxième point concerne l'article 13: il n'y aura plus de modification – j'espère que cela portera chance au projet –, mais il y en aura une dans les dispositions transitoires. Il s'agit ici en effet de la condition pour les assureurs d'offrir au moins une forme d'assurance qui comprenne les prestations de réseaux de soins intégrés, éventuellement avec d'autres. Cette disposition n'est plus à l'article 13, mais dans les dispositions transitoires. Ainsi, on délègue clairement au Conseil fédéral la compétence d'agir si, après trois ans, les objectifs ne sont pas atteints. Cette compétence est limitée à deux ans, ensuite il faut présenter d'autres mesures. Le Conseil fédéral constate – et nous vous l'avons déjà dit – que le Conseil des Etats, qui est à l'origine de ce compromis, avait fait un pas dans ce sens et qu'il avait souhaité confier cette compétence directement au Conseil fédéral. Ce rôle subsidiaire de l'exécutif sera de plus en plus important – on le voit dans le cas du Tarmed, pour lequel l'initiative parlementaire CSSS-CN 11.429, «Tarmed. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral», en cours de traitement, prévoit précisément cela. On doit faire confiance aux partenaires, mais si les choses n'avancent pas suffisamment vite, on doit pouvoir agir. Cette disposition, qui est maintenant intégrée aux alinéas 1 à 3 des dispositions transitoires, nous donne cette possibilité. Nous pensons que c'est tout à fait intéressant.

Le troisième point est celui de la question difficile et délicate de la participation aux coûts. J'aimerais rappeler que, pour le Conseil fédéral, l'article 64 forme un tout. A cet article, nous visons trois objectifs: la responsabilisation individuelle; l'incitation à mettre en place des réseaux de soins intégrés; la clarté à l'égard des assurés, des citoyens. Si un débat a lieu en cas de votation populaire, la clarté doit être aussi grande que possible. C'est ce qui est atteint dans la formulation proposée de l'article 64, dans la mesure où – c'est déjà réglé –

les montants maximaux ont été fixés à 500 francs pour les réseaux de soins intégrés et à 1000 francs en dehors des réseaux de soins intégrés. Je vous rappelle qu'actuellement le montant maximal s'élève à 700 francs. C'est à l'évidence une amélioration. Toutes les personnes qui utilisent le montant maximal de la quote-part ne sont pas forcément des malades chroniques, Madame Maury Pasquier: on peut aussi souffrir d'autre chose que d'une maladie chronique et atteindre le montant maximal de la participation aux coûts. Dans les faits, clairement, maintenant, ce qui est proposé à la population, c'est un modèle de réseaux de soins intégrés dans lequel la participation aux coûts est limitée à 500 francs, soit 200 francs de moins qu'actuellement. Alors il ne faut pas dire qu'il n'y a pas d'amélioration; c'est au contraire une claire amélioration.

Par ailleurs, quand on parle de la quote-part, c'est-à-dire des pourcentages – qui sont pour le Conseil fédéral moins importants que le montant maximal –, n'oubliez pas qu'il s'agit d'un maximum – on parle ici d'une quote-part de 10 pour cent. En effet, l'article 64 alinéa 2bis est déjà accepté et il prévoit que les montants relatifs aux réseaux de soins intégrés ne sont pas des montants fixes, mais des montants qui correspondent à un maximum. Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que la Conférence de conciliation a estimé qu'avec 10 pour cent, elle garantit qu'au départ de l'opération – et s'il vous plaît, pensez à la dynamique: il y a une photo maintenant, mais il y a un film à vivre après –, avec ces nouvelles incitations pour les réseaux de soins intégrés, les assureurs ont la possibilité d'éviter d'augmenter les primes ou d'établir des primes trop élevées qui ne seront pas attractives. Et dès le moment, après quelques années, où les modèles donneront les résultats que l'on souhaite, alors il y aura la possibilité de soit baisser les primes, soit baisser la participation aux coûts, par exemple si des réseaux de soins intégrés qui se sont spécialisés veulent attirer davantage de malades chroniques. C'est exactement ce que l'on veut; c'est exactement ce dont on a besoin. Et pour ce qui est de la compensation des risques, c'est exactement ce qui manque depuis des années pour que le système fonctionne mieux, soit des incitations réellement positives.

A l'alinéa 3bis – j'y passe très rapidement –, vous avez choisi ce que le Conseil fédéral vous propose depuis plusieurs tours. Donc nous en sommes heureux. Il s'agit de l'adaptation aux coûts, mais seulement après trois ans. Donc on ne touchera pas les montants maximaux pendant les trois premières années.

Nous estimons que vous pouvez approuver la proposition de la Conférence de conciliation. En le faisant, vous donnez un accord à une proposition qui est constructive, parce qu'elle va vraiment dans le sens des incitations que nous souhaitons donner à ce système de santé, et que vous souhaitez donner aussi par les diverses propositions que vous faites régulièrement à chaque session. Et puis, c'est une proposition équilibrée: chaque conseil a obtenu une part de ce qu'il souhaitait ardemment – vu que les positions étaient tenues depuis trois tours. Ainsi, vous ouvrez vraiment la voie à une amélioration du système de santé en termes d'efficacité, mais vous ouvrez aussi la voie à une attitude du Parlement plus ouverte aux réformes. Et cela, c'est quelque chose de très important, c'est une dynamique qui est nécessaire également au moment où nous nous apprêtons à lancer d'autres projets. Dans quelques jours ou quelques semaines, ce sera le projet de cybersanté. Il est nécessaire de retrouver au Parlement la volonté de porter également ces projets de réforme qui touchent aux lois.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 9 Stimmen