

**3. Abschnitt Titel***Antrag der Kommission*

Sportwissenschaftliche Forschung

**Section 3 titre***Proposition de la commission*

Recherche dans le domaine des sciences sportives

*Angenommen – Adopté***Art. 14a***Antrag der Kommission*

Der Bund kann die sportwissenschaftliche Forschung unterstützen.

**Art. 14a***Proposition de la commission*

La Confédération peut soutenir la recherche dans le domaine des sciences sportives.

*Angenommen – Adopté***Art. 19 Abs. 1bis, 2; 22 Abs. 1, 3; 33 Ziff. 2, 4***Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 19 al. 1bis, 2; 22 al. 1, 3; 33 ch. 2, 4***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté***Art. 34***Antrag der Kommission**Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 2*

Festhalten

**Art. 34***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 2*

Maintenir

*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)

Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)

**1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)****1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)****Art. 12 Abs. 5***Antrag der Kommission*

Krankenkassen führen keine Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten und beteiligen sich nicht finanziell an solchen Einrichtungen.

**Art. 12 al. 5***Proposition de la commission*

Les caisses-maladie ne peuvent gérer des institutions dispensant des traitements médicaux aux assurés ni avoir une participation financière dans de telles institutions.

*Angenommen – Adopté***Art. 13 Abs. 2 Bst. g***Antrag der Mehrheit*

g. alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich flächendeckend eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anbieten, welche die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c, welche sich unabhängig von den Versicherern organisieren, umfassen.

*Antrag der Minderheit*

(Ruey, Borer, Kleiner, Scherer, Stahl, Triponez)

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 13 al. 2 let. g***Proposition de la majorité*

g. offrir à leurs assurés, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs assureurs et sur la totalité de leur rayon d'activité territorial, une ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés au sens de l'article 41c, réseaux qui s'organisent indépendamment des assureurs.



*Proposition de la minorité*

(Ruey, Borer, Kleiner, Scherer, Stahl, Triponez)  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Ruey Claude (RL, VD):** Il s'agit donc à l'article 13 alinéa 2 lettre g d'obliger les assureurs-maladie à créer des réseaux de soins intégrés. Apparemment, c'est une bonne idée. Nous sommes, je l'espère, dans cette salle tous favorables à ce qu'on essaye de suivre le patient de manière coordonnée, d'améliorer sa prise en charge avec la meilleure qualité et le meilleur suivi possibles. Par conséquent, pourquoi ne pas accélérer la constitution de réseaux de soins en Suisse? C'est une bonne question. Pourquoi dès lors, si l'on veut accélérer la constitution de réseaux de soins intégrés (managed care), ne pas obliger à en créer et obliger les assureurs à offrir des formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés?

Bonne idée donc, mais bonne idée à première vue. En fait, c'est une fausse bonne idée; c'est probablement même une idée contre-productive, voire nuisible pour le développement des réseaux de soins, j'en suis absolument convaincu. De quoi s'agit-il en réalité? Pour constituer un réseau de soins, il faut être deux; il faut être plusieurs au sein du réseau et deux pour le financement: les prestataires dans le réseau d'un côté, les financeurs, c'est-à-dire les assureurs, de l'autre. Assureurs et prestataires doivent passer un contrat entre eux deux. Pour passer un contrat, il n'y a pas besoin d'être grand clerc pour le deviner, il faut être libre, indépendant, avoir un intérêt chacun de son côté à ce contrat.

En somme, un contrat, c'est une solution «win-win». Or, en vertu de la lettre g, on oblige l'un des partenaires à passer un contrat quelle que soit la situation. Dès lors, on détruit ce qui fait un contrat, on détruit la liberté, on détruit l'indépendance et on détruit l'égalité des parties, ce qui fait que quand quelqu'un est obligé de contracter, c'est un mauvais contrat, c'est un contrat unilatéral qui risque d'être catastrophique. C'est non seulement le président de Santésuisse qui vous dit ça, mais aussi le libéral que je suis et l'administration fédérale qui, dans un premier temps, dans son rapport à la sous-commission qui examinait ce dossier, avait expliqué que créer une obligation n'allait pas, car il fallait que les partenaires au contrat soient égaux, indépendants, que l'obligation déséquilibrait les choses et que cela risquait de conduire à la constitution de faux et à de mauvais réseaux de soins.

En somme, ce qu'on dit aujourd'hui aux assureurs, c'est: «Mariez-vous! Mariez-vous!» Vous n'avez pas de fiancé? Pas d'importance: mariez-vous! On ne vous aime pas – et pour les assureurs, il arrive qu'on ne nous aime pas? Mariez-vous! On ne vous souhaite pas? Mariez-vous! Alors, qu'est-ce que ça donne, lorsqu'on vous oblige à vous marier, alors que vous n'avez ni fiancé ni personne qui s'intéresse à vous? Cela donne des mariages blancs. La personne qui veut absolument se marier pour pouvoir rester en Suisse, avoir des papiers, etc., que fait-elle? Que sont les mariages blancs? On paie quelqu'un pour le faire! Une femme des Grisons expliquait encore tout récemment qu'on l'avait payée pour épouser un étranger.

Alors, est-ce qu'on veut des mariages forcés? Est-ce qu'on veut des mariages blancs? Je pense que c'est en fait une mauvaise solution, que c'est catastrophique, et qu'en réalité, à partir du moment où l'assureur est obligé de passer un contrat avec des gens qui n'en veulent pas, comment fera-t-il pour trouver un partenaire? Il devra le payer plus cher. Il devra peut-être «lâcher» sur les exigences de qualité. Alors, des réseaux de soins à la fois plus chers et moins bons qualitativement, c'est exactement le contraire de ce qu'on veut! Il faut le savoir, les réseaux de soins n'ont pas besoin de cette obligation pour se développer. De 2009 à 2010, 57,7 pour cent d'assurés en plus sont passés dans des réseaux. 50 pour cent des médecins de premier recours – généralistes, internistes, pédiatres – et plus de 400 spécialistes sont affiliés à des réseaux. Il y a eu une croissance extraordinaire des réseaux qui s'est faite sans obligation. Et, avec la nouvelle loi telle que nous la proposons, avec les autres incita-

tions, cela va continuer. Mais la logique «Mariez-vous! Mariez-vous!», c'est peut-être une belle idée, mais si cela conduit à la dégradation de la qualité et à l'explosion des coûts, c'est un autogoal.

Je vous invite à ne pas réaliser cet autogoal et à refuser l'obligation en suivant la minorité de la commission.

**Borer Roland F. (V, SO):** Betreffend Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g ist die Fraktion der SVP in sich gespalten. Eine Minderheit der Fraktion ist der Meinung, dass diese Formulierung der Mehrheit tatsächlich etwas bringen würde, um die Preise bei den Leistungsangeboten zu steuern. Man kann daran glauben; wahrscheinlich wird erst die Geschichte zeigen, ob das etwas bringt.

Aber es wurde in dieser Formulierung ein Fehler eingebaut, der eben dazu führt, dass die Mehrheit der Fraktion hier die Minderheit Ruey unterstützen wird. Der Fehler ist nämlich der, dass wir hier Vertragsbedingungen vorschreiben, die einseitig sind. Auf der einen Seite wollen wir die Versicherer zwingen, mit Netzwerken Verträge einzugehen, auf der anderen Seite bestehen adäquate Forderungen auf der Seite der Leistungserbringer jedoch nicht. Konkret gesagt: Die Versicherer können noch so sehr wollen; es passiert nichts, wenn die Leistungserbringer finden, dass sie nicht mitmachen wollen. Unter diesen Bedingungen wäre es sogar möglich, dass in Bereichen, wo derartige Angebote nicht zustande kommen, schlussendlich die Versicherten über ihre Eigenbeteiligung bestraft würden.

Verträge sind gut, Verträge sind in gewissen Bereichen auch notwendig. Aber bitte Verträge, bei denen beide Seiten – hier Versicherer, da Leistungserbringer – in die Pflicht genommen werden! Einseitige Verträge, die der einen Partei vollkommen freie Hand lassen, ob sie mitmachen will oder nicht, die andere Seite aber zwingen, derartige Angebote zu machen, solche Verträge haben in unserer freien Marktwirtschaft, die in der Regel auf dem Wettbewerbsprinzip basieren sollte, nichts zu suchen.

Dies ist der Grund, weshalb die Mehrheit unserer Fraktion hier den Antrag der Minderheit Ruey unterstützen wird.

**Gilli Yvonne (G, SG):** Herr Kollege Borer, Sie haben den Schwarzen Peter den Leistungserbringern zugeschoben. Darf ich Sie fragen, ob die Spaltung innerhalb der SVP-Fraktion damit zusammenhängt, dass es bei Ihnen mehrere Vertreter der Krankenkassen gibt, die wie beispielsweise Sie gerade beim vorherigen Votum ihre Interessenbindung nicht offengelegt haben?

**Borer Roland F. (V, SO):** Frau Kollegin Gilli, ich habe meine Interessen schon lange auf der Liste aufgeführt, die ist bekannt. Ich habe hier auch nicht als einzelner Parlamentarier gesprochen, sondern für die Fraktionsmehrheit. Gegenfrage: Sind auf Ihrer Seite so viele für diesen Vertrag, weil Sie zu einem wesentlichen Teil der Gruppe der Leistungserbringer angehören?

**Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR):** Le groupe PDC/PEV/PVL soutiendra la proposition de la majorité.

Je crois qu'il est utile de rappeler ici le but de cette révision de loi. Nous voulons, par ces réseaux de soins intégrés, renforcer la qualité tout au long de la chaîne de traitement, et ceci au coût juste – je ne parle pas d'économies ou de baisse de qualité. Nous voulons cette qualité par une collaboration plus intensive des différents prestataires de soins qui devront prendre en charge ensemble le traitement de leurs patients. Nous voulons aussi un effort des assurés qui devront accepter un renforcement du pilotage de leur traitement, mais pour plus d'efficacité et pour éviter une redondance éventuelle de prestations, qui n'apporte rien à la qualité du traitement et qui coûte cher. Nous voulons aussi une implication des assureurs dans une collaboration plus intensive avec les prestataires de soins – médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens et physiothérapeutes, notamment –, pour promouvoir la couverture financière de cette qualité renforcée au coût juste.

Tous les acteurs sont concernés par un changement de la prise en charge dans l'assurance obligatoire des soins et chacun de ces acteurs est appelé à faire un effort d'adaptation pour recueillir les fruits que ce nouveau modèle apportera, modèle que nous voudrions voir se généraliser, pour le bien en premier lieu des assurés.

L'obligation pour les assureurs d'offrir des réseaux de soins intégrés dans les régions où ils sont actifs doit permettre aux assurés qui, eux, sont aussi obligés d'être assurés, de bénéficier d'un modèle qui doit leur être plus favorable au plan de la qualité des soins et des participations financières.

Monsieur Ruey, vous parlez de mariages forcés qui sont négatifs. Eh bien les assurés, pour leur part, n'ont pas le choix: ils peuvent certes choisir un partenaire, mais dans le cadre de l'organisation que vous présidez; donc ils sont aussi obligés de s'assurer.

Dans l'assurance obligatoire des soins, les assureurs sont les mandataires d'une loi fédérale qui doit assurer la couverture des soins dans tout le pays, et nous voulons que ces nouveaux modèles soient accessibles dans tout le pays. Nous ne voulons pas un rationnement des soins ou une restriction de la liberté thérapeutique, mais un partenariat qui permette de soigner avec une grande qualité et une responsabilité conjointe. Les assureurs-maladie et les prestataires de soins devront pratiquer ce partenariat dans un projet évolutif, pour remplir leur devoir de couverture des soins avec une grande qualité.

Il me semble, Monsieur Ruey, que vous n'avez pas beaucoup de confiance dans les atouts de vos sociétaires. Pour ma part, je pense que, si les assureurs proposent des contrats qui couvrent les soins, qu'ils veulent cette qualité de traitement, beaucoup de médecins seront intéressés à conclure ces contrats avec les assureurs. On a des retours très positifs. Il y a aussi beaucoup de jeunes médecins qui sont déjà habitués à travailler en pratiquant une grande collaboration entre eux et qui veulent pouvoir offrir ces modèles à leurs patients.

Je pense donc que si cet effort est présent de part et d'autre, dans un système qui est évolutif, qui prend en compte aussi la maladie des gens, qui permette ce traitement, alors nous arriverons à un modèle qui apportera beaucoup pour le pays: la qualité au coût juste.

**Ruey Claude (RL, VD):** Je ne pensais pas intervenir, mais comme vous m'avez interpellé deux fois, je suis bien obligé de le faire. Comment pouvez-vous dire que la qualité et les prix vont s'améliorer lorsque vous avez l'obligation de créer un réseau là où personne ne veut adhérer à un réseau? Il y a des régions où tel est le cas. Je ne vais pas les nommer pour ne pas fustiger quelqu'un; il y a un canton où aucun médecin n'a accepté de participer à un réseau.

A partir du moment où l'assureur est obligé de fournir un réseau de soins, que va-t-il devoir faire? Augmenter les prix, être peut-être un peu moins strict sur la qualité? Comment pouvez-vous me dire que quelqu'un qui est obligé de passer un contrat avec quelqu'un qui ne le veut pas arrivera à faire baisser les prix?

**Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR):** Je pense qu'avec l'adoption de cette loi, une nouvelle prise de conscience doit avoir lieu au niveau de l'assurance obligatoire des soins. Ce qu'on demande, c'est un effort à chaque prestataire de soins, et vous en êtes un parmi ceux qui doivent aussi faire un effort pour proposer aux prestataires de soins des conditions non pas à un prix plus haut, mais à un prix juste.

**Triponnez Pierre (RL, BE):** Wir sind ja im Differenzbereinigungsverfahren und haben diesen Artikel schon ein paarmal diskutiert. Ich selber bin, wie Sie sehen, bei der Minderheit. Ich möchte aber im Namen der FDP-Fraktion zwei, drei Worte sagen. Nach dem fulminanten Referat von Herrn Ruey ist es klar, dass es letztlich um die Freiwilligkeit bzw. das Obligatorium geht, Verträge anzubieten. Ich möchte Sie einfach daran erinnern, dass der Bundesrat seinerzeit kein Obligatorium vorsah. Ich mache Sie darauf aufmerksam,

dass der Ständerat, der diese Vorlage auch beraten hat, der Überzeugung ist, dass dieses ganze System auf Freiwilligkeit beruhen soll. Er hat dem Obligatorium in diesem Artikel, dem Angebotszwang, deshalb auch nicht zugestimmt. In der FDP-Fraktion, ich will das nicht verhehlen, gibt es auch verschiedene Auffassungen. Es ist hier deshalb etwas schwierig, eine eindeutige Meinung zu vertreten. Es ist aber so, dass ein Angebotszwang letztlich eigentlich eine einseitige Ungleichbehandlung bedeutet, weshalb ich Ihnen empfehle, bei diesem Artikel dem Ständerat bzw. der Minderheit zu folgen.

**Prelicz-Huber Katharina (G, ZH):** Ziel dieser Managed-Care-Vorlage ist eine breite Förderung der integrierten Versorgung in der Hoffnung, durch eine gute vernetzte Versorgung eine bessere Situation für die Patientinnen und Patienten herbeizuführen, nämlich eine koordinierte Behandlung, die dann auch Doppelspurigkeiten verhindern soll und damit hoffentlich letztendlich sogar günstiger wird. Dies aber ist nur möglich, wenn der Zugang für alle Patienten und Patientinnen zu Managed-Care-Modellen da ist, egal bei welcher Versicherung sie versichert sind, und zwar auch dann, wenn sie in Randregionen leben.

Für uns Grüne ist also klar, und das ist einer der ganz zentralen Punkte dafür, ob wir diesem Modell am Schluss überhaupt zustimmen: Für die Krankenkassen muss eine Verpflichtung da sein, für alle Versicherten Netze anzubieten, ein flächendeckendes Netz anzubieten und Angebote für alle Interessierten zu haben, dies in den verschiedensten Varianten, inklusive Komplementärmedizin. Es braucht eine Verpflichtung der Krankenkassen, mit allen Netzen, die eine gute Qualität vorweisen müssen, Verträge abzuschliessen. Das muss das Kriterium sein. Die Vertragspflicht muss damit weiterhin gewährleistet sein. Wir wollen keine Situation, die dann z. B. so aussehen würde, dass es zwar Netze gibt, dass diese aber keine Versicherung finden, die mit ihnen einen Vertrag abschliessen will, obwohl sie eine gute Qualität anbieten, oder dass die Krankenkassen nur einen Vertrag abschliessen würden, wenn das zu günstigen Tarifen angeboten würde. Das wäre eine Einführung der Billigmedizin durch die Hintertür auf Kosten der Qualität. Wir wollen auch ganz klar keine totale Freiheit für die Krankenkassen, wie das vorhin wieder beschworen wurde und wie das auch der Ständerat fordert. Er will nicht einmal mehr, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, ein Netz anzubieten. Damit soll die Managed-Care-Förderung ganz auf dem Buckel der Patienten und Patientinnen erfolgen: mit einer Erhöhung des Selbstbehalts und der Franchise, wenn sie nicht bei einem Managed-Care-Modell dabei sind.

Zusammengefasst: Für uns ist es klar, dass wir Managed Care nur dann unterstützen können, wenn ein Zugang für alle vorhanden ist, wenn eine Verpflichtung für die Krankenkassen da ist. Deshalb heisst es für unsere Seite: Ja zur Mehrheit.

**Fehr Jacqueline (S, ZH):** Auch wenn es etwas gebetsmühlenartig tönt: Auch ich möchte noch einmal festhalten, dass integrierte Versorgung qualitativ gut und von den Kosten her vorteilhaft ist. Aus diesem Grunde sind wir überzeugt, dass wir die integrierte Versorgung fördern müssen. Damit uns das aber gelingt, braucht es einen Kulturwandel, und damit dieser Kulturwandel gelingt, müssen alle Beteiligten einen Beitrag leisten. Wir müssen diese Reform miteinander anpacken und durchführen. Mit «alle Beteiligten» meine ich sowohl die Ärztinnen und Ärzte als auch die Patientinnen und Patienten sowie die Versicherungen.

Die Ärztinnen und Ärzte müssen künftig bereit sein, Budgetmitverantwortung zu tragen. Wir stellen mit Freude und Genugtuung fest, dass die Ärzteverbände dazu bereit sind. Sowohl die FMH wie auch die Hausärzte sagen klar Ja zu diesem Schritt, sie sind dazu bereit. Die Patientinnen und Patienten müssen künftig mit einem differenzierten Selbstbehalt leben. Wir stellen fest, dass die Patientenorganisationen Ja zu diesem Schritt sagen, sie sind dazu bereit. Die Versicherungen müssen damit leben, dass sie künftig solche



Angebote anbieten müssen. Wir stellen fest, dass sie Nein sagen und nicht dazu bereit sind.

Die Versicherungen sind die Einzigen, die einmal mehr nicht bereit sind, ihren Beitrag zu einer Reform zu leisten. Wer hat sich bisher gegen diese Bestimmung ausgesprochen? Drei Mitglieder dieses Rates, die alle mit einer Versicherung verbandelt sind. Und wer hat im Ständerat dafür gesorgt, dass die Bestimmung gekippt wurde? Lauter Mitglieder, die mit einer Versicherung, einer Krankenkasse, verbandelt sind. So bringen wir die Reformen im Gesundheitswesen nicht voran! Es ist Zeit, dass auch die Versicherungen ihren Beitrag leisten, ihre Sonderinteressen auf die Seite stellen, für das Gesamte schauen und hier den entsprechenden Schritt tun.

Wir haben eine ausgewogene Lösung, wenn wir diesen Angebotszwang für die Versicherungen aufnehmen, so, wie es die Mehrheit der Kommission beantragt. Wir haben eine ausgewogene Lösung, weil das, was Herr Borer gesagt hat – er hat von Asymmetrie gesprochen –, nicht stimmt, denn kein Beteiligter hat längere Spiesse als der andere. Dieses Problem haben wir gelöst, indem wir bei den Übergangsbestimmungen Lösungen für den Fall getroffen haben, dass sich ein Partner unkooperativ verhält. Unkooperatives Verhalten führt nicht zu einem Vorteil, weil wir in den Übergangsbestimmungen Regelungen vorgesehen haben, die entsprechende Massnahmen möglich machen. Wir können Ihnen versichern, dass die Fassung der Mehrheit bei Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g ausgewogen ist.

Ich bitte Sie sehr, für einmal nicht den Schalmeienklängen der Versicherungen zu folgen, sondern ein klares Zeichen zu setzen und zum Ausdruck zu bringen, dass diese Art von Sonderinteressenvertretung in diesem Rat Grenzen haben muss.

**Ruey Claude (RL, VD):** Madame Fehr, comme votre camarade Maillard, vous adorez diffamer les assureurs. Vous dites qu'ils sont les seuls qui refusent de faire quelque chose dans ce domaine et que c'est le moment de les obliger à agir. Comment osez-vous dire une chose pareille quand on sait que 38 pour cent de la population suisse est assurée en 2010 dans un réseau de médecins au sens large, avec ou sans responsabilité budgétaire? Comment osez-vous dire cela, alors que 57,7 pour cent d'assurés de plus sont entrés dans des réseaux de soins de 2009 à 2010? Ce sont les assureurs qui ont passé ces contrats! Dans certains cas, ce sont même des assureurs qui ont créé les réseaux! Alors, s'il vous plaît, ne venez pas trahir la vérité et reconnaissez que les assureurs ne sont pas forcément ceux qui sont opposés à ces réseaux!

**Fehr Jacqueline (S, ZH):** Weil ich Ihre Verteidigungsrede als Frage interpretiere, gebe ich Ihnen eine Antwort: Ihre Haltung, es seien allein die Versicherungen gewesen, die dafür gesorgt hätten, dass es diese «réseaux» gebe, zeigt eben, dass Sie den Sinn und den Gehalt dieser Vorlage nicht wahrnehmen wollen. Es ist eine partnerschaftliche Aufgabe. Die Netzwerke, die bisher entstanden sind, sind entstanden, weil Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten wollen und mit den Versicherungen Lösungen gefunden haben. Genau solche partnerschaftlichen Lösungen sind weiterhin der Kern. Aber dazu braucht es auch die Bereitschaft der Versicherungen, diese Partnerschaft einzugehen.

**Burkhalter Didier, conseiller fédéral:** Sur ce point, le Conseil fédéral est favorable à la direction que le Conseil national a prise lors de son dernier débat – et, donc, maintenant, à la proposition de la majorité de votre commission, même si elle a fait évoluer un certain nombre de points. Pourquoi? Eh bien, en raison de l'objectif principal de cette révision de la loi: celui-ci a encore été accentué par le fait que la loi a pris du retard.

Je vous rappelle que le projet du Conseil fédéral date de 2004. Nous sommes en 2011 et nous sommes toujours en train de discuter cette loi. Il est absolument nécessaire d'aller de l'avant. Quel est l'objectif? C'est que les réseaux de soins intégrés – j'entends par là les vrais réseaux de soins

intégrés – deviennent le modèle standard, parce que celui-ci présente des avantages en termes de qualité, en termes de continuité des soins et, donc, en termes de maîtrise des coûts.

Pour y arriver vite, il faut plusieurs ingrédients. Il faut tout d'abord une bonne dose de volonté politique. Ici, nous sommes dans l'assurance obligatoire des soins, et non pas dans les assurances privées. Il est juste de fixer le cadre dans lequel le marché doit évoluer. La responsabilité des assureurs d'offrir de telles formes d'assurance est l'un des instruments qui permet d'arriver à cela, de fixer le cadre.

En plus d'une bonne dose de volonté politique, il faut un coup de fouet pour accélérer le changement. Il y a plus de vingt ans que le «managed care» est possible, mais il ne faut pas attendre encore vingt ans pour qu'il se développe à grande échelle. Il faut donc maintenant introduire cet article 13 alinéa 2 lettre g pour donner ce coup de fouet.

Il faut trouver l'équilibre dans l'ensemble du dossier, dans la responsabilité des différents acteurs: la responsabilité budgétaire pour les fournisseurs de prestations; la participation aux coûts, qui augmente pour les assurés hors réseaux de soins intégrés; la responsabilité d'offrir de telles formes d'assurance pour les assureurs. Donc, à notre sens, un équilibre est également induit dans ce dossier par l'introduction de cet article-là. Cela ne devrait pas être considéré comme une contrainte pour les assureurs, et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il y a un délai de trois ans dans les dispositions transitoires. De plus, les assureurs peuvent offrir ces formes d'assurance seuls ou en coopération. Enfin, il y aura encore peut-être une adjonction aux dispositions transitoires, ainsi que l'a voulu la commission de votre conseil, qui rend la situation encore plus favorable pour les assureurs si, véritablement, cela prend plus de temps que prévu. J'ajouterai que ce modèle est attractif et que l'offrir devrait devenir naturel. Dans ce sens-là, je préciserai à Monsieur Ruey qu'il peut aussi y avoir des mariages durables et des mariages heureux.

Voilà pourquoi nous suivons la majorité et vous invitons à en faire de même, en maintenant la divergence avec le Conseil des Etats qui, ajoutons-le, s'est exprimé dans ce sens avec une marge relativement faible, puisque – sauf erreur de ma part – le vote était de 21 voix contre 14.

**Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission:** Ich erinnere an die Symmetrie der Verantwortung von Krankenversicherern, Leistungserbringern sowie Versicherten und Patienten, welche wir mit dieser KVG-Revision anstreben. Die Krankenversicherer sollen das Versicherungsprodukt der integrierten Versorgungsnetze anbieten; für Ärzte und Leistungserbringer insgesamt gibt es eine finanzielle Mitverantwortung, nämlich die Budgetmitverantwortung; für die Versicherten gibt es die differenzierte Kostenbeteiligung. Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g gehört daher zu den Kernelementen der Vorlage. Er beinhaltet zwei Elemente: die Verpflichtung der Krankenversicherer, das Versicherungsprodukt der integrierten Netze anzubieten, und die Unabhängigkeit der Versorgungsnetze von den Krankenversicherern.

Der Ständerat will keine Angebotspflicht für die Krankenversicherer und auch keine Unabhängigkeit der Versorgungsnetze von den Krankenversicherern. Die SGK-NR beantragt Ihnen Festhalten am Konzept, wie wir es am 16. Juni 2010 beschlossen haben. Es sind zwei präzisierende Elemente eingefügt worden: Die Versicherer müssen das Angebot in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich anbieten, und die Unabhängigkeit von integrierten Netzen bezieht sich nur auf Versicherer. Offenbar sind Unsicherheiten aufgetreten, was der Ausdruck «unabhängige Organisationen» bedeutet. Die Meinung ist nicht, dass Netzwerke von Spitälern unabhängig sein müssen, wie dies zum Teil vermutet worden ist. Es geht ausschliesslich um die Unabhängigkeit von Versicherern: Versicherer können keine integrierten Versorgungsnetze anbieten.

Bei der Verpflichtung der Krankenversicherer, das Versicherungsprodukt solcher Netze anzubieten, geht es auch um

die Frage, was die obligatorische Grundversicherung anbieten muss. Wenn wir einen Paradigmenwechsel zur integrierten Versorgung wollen, gehört die Verpflichtung der Versicherer, dieses Versicherungsmodell anzubieten, eben dazu. Herrn Rueys Vergleich mit der Heirat hinkt daher etwas, denn wir haben in der Schweiz keine Heiratspflicht, die Heirat ist freiwillig. Bei der Krankenversicherung hingegen sind wir verpflichtet, uns zu versichern. Folglich kann der Gesetzgeber eben auch vorschreiben, was in das Grundangebot einer obligatorischen Versicherung gehört.

Die Kommission hat mit 19 zu 7 Stimmen Festhalten beschlossen, und ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Cassis** Ignazio (RL, TI), pour la commission: Je vous invite à soutenir la solution de la majorité à l'article 13 alinéa 2 lettre g, qui contient deux éléments. Le premier est l'obligation pour les assureurs de fournir – et ce qui est nouveau et qu'on a ajouté à cette lettre g –, sur tout le territoire où ils sont actifs, des contrats d'assurance de «managed care», pour les réseaux de soins intégrés. Cette même lettre contient une deuxième disposition: c'est celle qui garantit l'indépendance des réseaux de soins intégrés par rapport aux assureurs-maladie.

Il y a un principe dans la LAMal, qui y figure depuis le départ, et qui prévoit que les assureurs assurent, et que les fournisseurs de prestations fournissent des prestations: les uns ne doivent pas faire ce que les autres font, et vice versa. Ce principe est donc repris ici, il a été explicité par la commission par rapport à la version que nous avons adoptée le 16 juin 2010, de manière à préciser que les réseaux de soins doivent être indépendants des «assureurs». Evidemment, on ne peut pas demander aux assureurs de contrôler les factures pour des prestations médicales si ceux qui fournissent les prestations médicales sont les employés des assureurs! Vous comprenez bien que là, il y a un conflit de rôles qui n'a pas lieu d'exister dans cette loi.

Donc avec cette lettre g, la commission, par 19 voix contre 7, vous invite à inscrire dans la loi ces deux dispositions, la première qui consiste à dire qu'il y a une indépendance des réseaux de soins intégrés par rapport aux assureurs-maladie, et la deuxième qui consiste à dire que les assureurs doivent offrir, seuls ou en collaboration avec plusieurs assureurs, à leurs assurés, là où ils sont actifs, des contrats de «managed care».

La majorité de la commission estime que, bien qu'il s'agisse d'une obligation unilatérale, les dispositions transitoires de trois ans donnent suffisamment de temps pour que cette organisation puisse se mettre en place et donc aller de l'avant. N'oublions pas qu'aujourd'hui nous avons déjà un million d'assurés dans des réseaux de soins. Vous pourriez peut-être dire à ce propos: «Alors il n'y a pas besoin d'obliger les assureurs!» En même temps, ce groupe d'un million d'assurés, il a eu besoin de vingt ans pour se constituer.

Face aux défis de notre système de santé, on aimerait ici accélérer de manière douce et avec des incitations financières correctes la mise sur pied de réseaux de soins intégrés.

Au nom de la commission, je vous invite donc à soutenir la majorité à cet article.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5094)

Für den Antrag der Mehrheit ... 129 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 52 Stimmen

#### **Art. 41b Abs. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

#### **Art. 41b al. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Adopté*

#### **Art. 41c**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1, 5*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 3*

Festhalten

*Antrag der Minderheit*

(Goll, Baettig, Bortoluzzi, Fehr Jacqueline, Frehner, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Rossini, Schenker Silvia, Weber-Gobet)

*Abs. 5*

Festhalten

#### **Art. 41c**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1, 5*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 3*

Maintenir

*Proposition de la minorité*

(Goll, Baettig, Bortoluzzi, Fehr Jacqueline, Frehner, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Rossini, Schenker Silvia, Weber-Gobet)

*Al. 5*

Maintenir

**Humbel** Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Bei Artikel 41c Absatz 1 folgt die nationalrätliche Kommission dem Ständerat, weil dessen Fassung präziser ist: Integrierte Versorgungsnetze müssen den Zugang zu allen Leistungserbringern sicherstellen. Es sind inzwischen dennoch Unsicherheiten dahingehend aufgetreten, wie Netzwerke gestaltet werden müssen und ob die freie Spitalwahl oder auch die Wahl, in ein Krankenhaus zu gehen, eingeschränkt wird. Wir gehen davon aus, dass ein Netzwerk interdisziplinär, also aus Grundversorgern, Spezialisten, Spitex, Apothekern usw., zusammengesetzt ist und dass ein Versorgungsnetz nicht bloss aus einer Fachgruppe besteht. Wenn es trotzdem so ist, dass ein Netzwerk z. B. nur aus Grundversorgern besteht, muss dieses Netz den Zugang zu anderen Leistungserbringern wie Spezialisten, Apothekern, Spitex usw. sicherstellen. Die gesamte ambulante Behandlungskette untersteht der Budgetverantwortung, welche vom Versorgungsnetz zu tragen ist.

Zur Frage der freien Spitalwahl: Ambulante Spitalleistungen können durchaus Bestandteil eines integrierten Versorgungsnetzes sein, und auch stationäre Spitalleistungen können theoretisch durch die integrierte Versorgung abgedeckt werden, sofern das Versorgungsnetz stationäre Leistungen mit einschliesst und/oder einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem Spital hat. Praktisch wird die Integration von stationären Leistungen in ein Netz schwieriger als die von ambulanten Spitalbehandlungen, solange wir eine unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen haben. Das Gesetz schliesst allerdings nicht aus, dass ein Netz stationäre Leistungen einschliessen kann. Diese Leistungen werden ausschliesslich durch einen Zusammenarbeitsvertrag zwischen dem Netzwerk und dem Spital geregelt, können von einer Krankenversicherung also nicht beispielsweise mit Spitalisten übersteuert werden. Solche speziellen Produkte – eingeschränkte Spitalwahl der Krankenversicherer – werden dann über andere besondere Versicherungsformen und nicht durch Managed Care abgedeckt, wo die Leistungen durch die Leistungserbringer, also die Versorgungsnetze, definiert werden.

**Cassis** Ignazio (RL, TI), pour la commission: Avec l'article 41c, on est au coeur de la modification de la loi. L'article 41c définit ce qu'est un réseau de soins intégrés et ses propriétés. L'alinéa 1 a été modifié par le Conseil des Etats – c'est une modification rédactionnelle. La commission s'y est ralliée et il n'y a pas de proposition de minorité. Vous pouvez donc vous demander pourquoi nous parlons de cela: nous parlons

de cela parce qu'il est important qu'il ressorte clairement du Bulletin officiel que, quand on parle de la définition de l'article 41c, on entend un réseau de soins intégrés dans lequel les hôpitaux peuvent aussi être présents. Le monde hospitalier suisse nous a fait part de ses craintes, car il se posait des questions quant à la possible intégration des hôpitaux. Les hôpitaux ont en partie eu peur d'être exclus de cette définition. Or ce n'est pas du tout le cas et il est important de dire très clairement ici que la commission a défini les réseaux de soins intégrés de manière que tout fournisseur de prestations, ambulatoires ou hospitalières, puisse être intégré dans cette organisation.

Aujourd'hui nous partons de l'idée – pour que vous puissiez comprendre le concept – que dans une première phase il y aura ce qu'on appelle une intégration horizontale: cela veut dire qu'on va mettre les soins à domicile, les médecins de famille, les médecins spécialistes, les physiothérapeutes, etc. – tout ce qui est soins ambulatoires – en réseaux. On appelle cela l'intégration horizontale.

Mais le but est d'arriver avec le temps à une intégration verticale, c'est-à-dire que les soins ambulatoires vont être intégrés avec les soins stationnaires – les EMS, les hôpitaux, les cliniques de réhabilitation, etc. Donc, pour rassurer tout le monde, il faut dire clairement que cette définition à l'article 41c alinéa 1 n'exclut personne et prévoit une intégration verticale.

Evidemment, aujourd'hui, la difficulté d'une intégration du monde ambulatoire avec le monde hospitalier est liée au fait que le mode de financement est différent. Les hôpitaux sont financés par moitié par les primes des caisses-maladie et par moitié par l'argent des contribuables, alors que les soins ambulatoires sont couverts complètement par l'assurance-maladie. Cette différence de financement crée des difficultés pour une intégration. Dans les années à venir, ce problème pourra peut-être être résolu afin de favoriser l'intégration verticale.

Cette précision nous semblait importante pour éviter des craintes inutiles dans le futur.

**Le président** (Germanier Jean-René, président): Je vous signale que la proposition Steiert à l'article 41c concerne en réalité l'article 41d. Elle n'est donc pas traitée maintenant, mais elle le sera au moment où nous examinerons l'article 41d.

**Goll Christine** (S, ZH): Wir sind hier bei Absatz 5 von Artikel 41c. Grundsätzlich ist es so, dass diese Managed-Care-Vorlage noch allzu viele Fallgruben enthält, und genau hier ist auch eine vorhanden. Die integrierte Versorgung ist zwar förderungswürdig, weil sie Parallelbehandlungen, Doppelspurigkeiten ausschalten kann und damit natürlich auch kostendämpfende Wirkung entfalten kann. Die entscheidende Frage ist jedoch, wie und durch wen vor allem die medizinische Versorgung via Netzwerke gesteuert wird. Unser Rat hat hier in der letzten Beratungsrunde grossmehrheitlich einem Antrag aus dem Plenum zugestimmt, der heute als Minderheitsantrag auf der Fahne steht und dessen Notwendigkeit ich noch einmal kurz begründen möchte.

Die Unabhängigkeit von den Krankenkassen und die Verpflichtung zu flächendeckenden Angeboten an Managed-Care-Versorgungsmodellen sind zentrale Eckwerte, um die Vorlage auch in einer Volksabstimmung mehrheitsfähig zu machen und zu verhindern, dass die Patientinnen und Patienten einzig mit Mehrkosten belastet werden. Die nationalrätliche Fassung von Artikel 41c Absatz 5, die der Ständerat und nun leider auch die knappe Mehrheit der SGK-NR abgeschwächt haben, will, dass der Bundesrat die Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegt. Das ist vor allem deshalb sinnvoll, weil die Managed-Care-Angebote als Vertragsmodelle zwischen den Krankenkassen und den Netzwerken ausgehandelt werden. Dabei werden also einzig die Interessen der Leistungserbringer und die Interessen der Kassen berücksichtigt. Doch wer vertritt gerade in diesem Bereich die öffentlichen Inter-

essen und vor allem die Sicht der Hauptbetroffenen, nämlich die Sicht der Versicherten?

Die Minderheit macht hier einen konkreten Lösungsvorschlag. Sie schlägt vor, dass der Bundesrat die Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze festlegt, denn damit steht und fällt auch der Behandlungserfolg und nicht zuletzt auch der Kostendämpfungserfolg bezüglich medizinischer Interventionen. Dass der Bundesrat dies freiwillig tun wird – das wollen eben Ständerat und die knappe Mehrheit der SGK-NR –, ist mehr als fraglich, denn bereits heute ist der Bundesrat gemäss Artikel 58 KVG zuständig für die Einhaltung der Qualität. Dass er in den letzten Jahren in diesem Bereich aktiv geworden ist, wird hier jedoch wohl niemand im Ernst behaupten.

Ich erinnere Sie in diesem Zusammenhang auch an die KVG-Debatten in den Jahren 2002 und 2003, als konkrete Vorschläge für die Verankerung und Durchsetzung von Qualitätsmodellen auf dem Tisch des Hauses lagen und unbestritten waren. Leider scheiterte die damalige KVG-Revision bekanntlich in der Schlussabstimmung.

Konkret könnte die Bestimmung so umgesetzt werden, dass der Bundesrat für die Verankerung und Durchsetzung von Qualitätsmodellen eine Fachkommission einsetzt, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer, der Ärztenetze, der Versicherer, der Patientenorganisationen und der Wissenschaft zusammensetzt. Die Fachkommission stellt beim Departement Antrag auf Genehmigung solcher Qualitätsmodelle, diese sind dann auch in geeigneter Weise zu veröffentlichen, und die Zulassung zur Abgeltung grundversicherter Leistungen auch im Rahmen dieser Netzwerke wird von der Einhaltung solcher Qualitätsmodelle abhängig gemacht. So weit ein konkreter Vorschlag zur Umsetzung.

Ich bitte Sie deshalb: Stimmen Sie dem Minderheitsantrag zu – die nationalrätliche Position war in der letzten Debatte ja praktisch unbestritten –, und verhindern Sie damit, dass einzig Kassen und Leistungserbringer über Qualität entscheiden.

**Schenker Silvia** (S, BS): Wir wollen, dass sich in Zukunft mehr, möglichst viele Versicherte in einem integrierten Versorgungsnetz behandeln lassen. Immer wieder wird betont, die Versorgung in einem integrierten Netz zeichne sich durch eine hohe, vielleicht sogar höhere Qualität aus, weil die Behandlung gemanagt oder eben gesteuert wird. Obwohl diese Versicherungsmodelle gegenüber den gewöhnlichen Modellen günstiger sein werden und es auch heute schon sind, handelt es sich nicht um Billigmedizin; davon bin auch ich überzeugt. Nur ist für mich unverständlich, warum die Mehrheit der Kommission nicht damit einverstanden ist, dem Bundesrat zwingend vorzuschreiben, dass er die Anforderungen an die notwendige Qualität festlegen muss. Die Mehrheit möchte eine deutlich schwächere Kann-Formulierung.

Wir werden heute noch eine Motion behandeln, die sich ebenfalls mit dem Thema Qualität in der Gesundheitsversorgung befasst. Langsam, aber sicher setzt sich die Erkenntnis durch, dass es vermehrte Anstrengungen des Bundes braucht, damit wir in der Qualitätsfrage einen Schritt weiterkommen. Schon seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes hat der Bund diese Aufgabe. Leider ist auch im KVG nur eine Kann-Formulierung enthalten. Nehmen wir doch die Gelegenheit wahr, uns in der Managed-Care-Vorlage, die ja ein Vorzeigeprojekt werden soll, nicht mit einer schwachen Kann-Formulierung zu begnügen.

Ich bitte Sie namens der SP-Fraktion, der Minderheit Goll zu folgen.

**Weibel Thomas** (CEg, ZH): Sie haben es gehört, es geht einmal mehr um den Entscheid zwischen «kann» und «muss». Die Mehrheit hat sich dem Ständerat angeschlossen und ist mit einer Kann-Formulierung einverstanden. Die Minderheit will eine Muss-Formulierung, will den Bundesrat verpflichten, die Anforderungen an die Qualität und den Umfang der Budgetmitverantwortung festzuschreiben. Mit diesen Anfor-



derungen werden gewissermassen die Spielregeln für Managed Care ausformuliert. Wenn Sie festlegen, dass der Bundesrat diese Spielregeln festlegen «muss», dann nehmen Sie in Kauf, dass mit einer starren Vorschrift Weiterentwicklungen gerade auch im Qualitätsbereich verunmöglicht oder zumindest behindert werden. Wir sind klar der Meinung, dass der Bundesrat die Kompetenz haben soll, wenn es notwendig ist, wenn er es als notwendig erachtet, einzugreifen und die Anforderungen im Sinne der Spielregeln auszuformulieren und festzulegen.

Wir wollen das System nicht überregulieren. Deshalb wird die CVP/EVP/glp-Fraktion die Mehrheit unterstützen.

**Weber-Gobet Marie-Thérèse** (G, FR): Bei Artikel 41c Absatz 5 sind Qualität und Budgetmitverantwortung die Stichwörter. Dass an die Versorgungsnetze Anforderungen bezüglich Qualität und Umfang der Budgetmitverantwortung gekoppelt sind, ist unbestritten. Der Ständerat hat beschlossen, dass der Bundesrat solche Anforderungen stellen kann, nicht aber muss. Eine Minderheit der Kommission bittet Sie, auf die potestative Form zu verzichten und das Festlegen von Anforderungen bezüglich Qualität und Budgetmitverantwortung durch den Bundesrat mit einer zwingenden Formulierung im Gesetz zu verankern.

Warum? Wo im Kontext der Kostensteigerung im Gesundheitswesen diskutiert wird, ist Qualität momentan überall im Gespräch – als entscheidender Faktor im Zusammenhang mit Leistungen gemäss KVG, die den Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit unterliegen. Deshalb macht es gerade bei dieser Vorlage keinen Sinn, auf eine zwingende Formulierung zu verzichten. Es liegt im Interesse aller Versicherten, der Qualitätssicherung höchste Priorität einzuräumen und die Kompetenz für die Festsetzung des Umfangs der Budgetmitverantwortung dem Bundesrat aufzuerlegen.

Die Mehrheit der Fraktion der Grünen bittet Sie, dem Minderheitsantrag zuzustimmen.

**Stahl Jürg** (V, ZH): Die grosse Mehrheit der SVP-Fraktion unterstützt den Antrag der Kommissionsmehrheit; sie ist überzeugt, dass die Kann-Formulierung die bessere Lösung ist und den Leistungserbringern und den Versicherern in einer ersten Phase die Gestaltungsmöglichkeit lässt, um die Qualität der integrierten Versorgung festzulegen. Falls dies nicht gelingt, ist der Bundesrat in einer zweiten Phase gefordert und kann die Qualitätskriterien festlegen.

Die SVP-Fraktion spricht sich für die freiheitlichere Lösung aus, insbesondere auch, weil sie verhindern will, dass die Verwaltung, um diese Kriterien festzulegen, schon in der ersten Phase einen neuen Apparat und neue Stellen einrichten muss.

Ich bitte Sie im Namen der SVP-Fraktion, die Kommissionsmehrheit zu unterstützen.

**Le président** (Germanier Jean-René, président): Le groupe libéral-radical soutient la proposition de la majorité.

**Burkhalter Didier**, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral est ici clairement pour la proposition de la majorité, et cela pour une question de principe et d'attitude.

Je parlerai tout d'abord de la question de principe: la LAMal est une assurance qui vise précisément des prestations de qualité; il n'existe pas des prestations qui sont de qualité et d'autres qui ne le sont pas. Les prestations qui doivent être remboursées doivent être de qualité: c'est le principe même du fonctionnement de la LAMal.

Ensuite – c'est très important dans cette loi –, le législateur doit fixer un cadre aussi clair que possible, mais un cadre dans lequel les acteurs doivent pouvoir se mouvoir aussi librement que possible. Il faut donc faire confiance aux réseaux de soins. Les réseaux ont intérêt à s'orienter très clairement et intensivement vers la qualité. Ces réseaux ont aussi intérêt à trouver des solutions qui font preuve d'innovation en matière de coresponsabilité budgétaire.

Par ailleurs, il faut le reconnaître, la version de la majorité et du Conseil des Etats, ce n'est pas rien: c'est la possibilité pour le Conseil fédéral d'intervenir si cela était nécessaire, et c'est exactement ainsi qu'il faut envisager cette loi et les réseaux de soins intégrés du futur.

**Humbel Ruth** (CEg, AG), für die Kommission: Managed-Care-Modelle, integrierte Versorgungsnetze sind als Vertragsmodelle konzipiert. Es war auch das ursprüngliche Konzept der SGK, dass dem Bundesrat subsidiär eine Kompetenz eingeräumt werden muss, für den Fall, dass die Modelle nicht zum Tragen kommen. In der nationalrätlichen Debatte führte dann ein Einzelantrag zur Muss-Formulierung. Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen nun wieder, der ständerätlichen Fassung, also der ursprünglichen Fassung der SGK, zuzustimmen. Zu berücksichtigen ist, dass die Frage der Qualität in Artikel 58 KVG geregelt ist. Für sämtliche Leistungserbringer müssen Qualitätskonzepte gemacht und durchgesetzt werden.

Wenn wir jetzt von integrierten Versorgungsnetzen sprechen, geht es um zusätzliche Anforderungen, welche an den Umfang der Qualitätssicherung wie auch an den Umfang der Budgetmitverantwortung gestellt werden. Dies muss von den integrierten Versorgungsnetzwerken mit den Krankenversicherern vertraglich geregelt werden. Wir haben heute schon verschiedene Versorgungsnetze, bei denen das sehr gut funktioniert, obwohl die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind. HMO-Gesundheitszentren in Agglomerationen, in Städten haben andere Bedürfnisse als dezentrale Netzwerke in Landregionen; auf diese unterschiedlichen Bedürfnisse muss Rücksicht genommen werden können. Das kann nur geschehen, wenn dies den Bedürfnissen entsprechend zwischen den Versorgungsnetzen und den Krankenversicherern vertraglich geregelt werden kann.

Es geht also um einen zusätzlichen Aspekt von Qualität und Budgetmitverantwortung. Sollte das aber im Einzelfall nicht funktionieren, dann hätte der Bundesrat die Möglichkeit einzugreifen. Der Bundesrat soll also subsidiär diese Kompetenz erhalten.

Die Kommission hat mit 13 zu 11 Stimmen bei 1 Enthaltung der ständerätlichen Fassung zugestimmt. Ich bitte Sie, das auch zu tun.

**Cassis Ignazio** (RL, TI), pour la commission: Je peux m'exprimer de manière brève à cet article, car il s'agit de soupeser deux positions. D'un côté, la commission, par 13 voix contre 11 et 1 abstention, vous invite à donner davantage de responsabilités aux acteurs – aux partenaires tarifaires, comme on les appelle. De l'autre, la minorité veut donner davantage de responsabilités à l'Etat.

Comme l'a dit la rapporteure de langue allemande, l'idée de base de ces réseaux de soins intégrés se fonde justement sur le principe du contrat. Dans ce cas, le rôle de l'Etat doit être discret, car autrement on n'a pas besoin d'un contrat, mais de lois.

Si le principe est le contrat, la majorité de la commission estime que le rôle de l'Etat doit être subsidiaire. L'Etat est bien là, on n'empêche pas le Conseil fédéral d'intervenir si la maison brûle, mais il n'a pas à le faire d'emblée. Il est de la responsabilité des acteurs de fixer dans leurs contrats les règles relatives à la qualité.

N'oublions pas pour finir que l'article 58 LAMal prévoit déjà une obligation pour les acteurs de fournir des prestations de qualité.

La commission vous invite donc, par 13 voix contre 11 et 1 abstention, à soutenir ce rôle subsidiaire de l'Etat.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5096)

Für den Antrag der Mehrheit ... 117 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 64 Stimmen

**Art. 41d***Antrag der Mehrheit**Abs. 1*

... nach Artikel 41b Absatz 1 und Absatz 2 sofern ... nach Artikel 62 Absatz 1 gewährt, für das Versicherungsverhältnis neben der Dauer von einem Jahr auch eine Dauer von bis zu drei Kalenderjahren vorsehen. Artikel 7 ...

*Abs. 2, 3*

Festhalten

*Antrag der Minderheit*

(Schenker Silvia, Fehr Jacqueline, Goll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Rossini, Weber-Gobet)

Streichen

*Antrag Steiert**Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 41d***Proposition de la majorité**Al. 1*

... l'article 41b alinéa 1 et alinéa 2, une réduction ... est octroyée, l'assureur peut, outre la durée d'un an, prévoir également une durée du rapport d'assurance allant jusqu'à trois années civiles. L'article 7 ...

*Al. 2, 3*

Maintenir

*Proposition de la minorité*

(Schenker Silvia, Fehr Jacqueline, Goll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Rossini, Weber-Gobet)

Biffer

*Proposition Steiert**Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Steiert Jean-François (S, FR):** Ich möchte Ihnen bei Artikel 41d Absatz 3 empfehlen, der Fassung des Ständerates zuzustimmen. Es geht hier um die Austrittsmodalitäten für Verträge mit einer Dauer von über einem Jahr. Aus Sicht der Versicherten ist es einfacher, transparenter und insofern auch als Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den Versicherern besser, wenn möglichst grosse Transparenz und Klarheit über die Bedingungen herrscht, zu denen man aus einem zwei- oder dreijährigen Vertrag frühzeitig austreten kann.

Konkret sieht die Fassung der SGK-NR vor, dass jeder Versicherer die Modalitäten festlegen kann, allenfalls sogar individuell für jeden Versicherten. Das hat zur Folge, dass ein Versicherter, wenn er im Herbst seinen Versicherer wechseln will, mit Tausenden verschiedener Bedingungen konfrontiert wird und damit grosse Mühe haben wird, den objektiv bestmöglichen Entscheid für den Verbleib beim einen oder für den Wechsel zu einem anderen Modell zu fällen. Insofern ist das wenig transparent und wird wahrscheinlich zur Folge haben, dass sich weniger Versicherte für ein Modell im Sinne des Gesetzes entscheiden.

Die Fassung des Ständerates hat demgegenüber den Vorteil, dass die Austrittsmodalitäten vom Bundesrat auf dem Verordnungsweg festgelegt werden. Das hat den Vorteil der Klarheit, vereinfacht einen freien Entscheid des Versicherten, auch die Auswahl für den Versicherten. Wenn wir wollen, dass sich möglichst viele Versicherte in Richtung integrierter Netze bewegen, müssen wir für möglichst klare, transparente Verhältnisse beim Wechsel, beim Entscheid für das beste Versicherungsmodell sorgen.

Aus Sicht der Patientenverbände und der Versichertenverbände ist für diese Klarheit das Modell des Ständerates deutlich besser geeignet als das Modell der Mehrheit der Kommission des Nationalrates. Ich danke Ihnen deshalb, wenn Sie dem Modell des Ständerates zustimmen.

**Schenker Silvia (S, BS):** Je höher wir die Schwelle setzen, damit man aus dem neuen Versicherungsmodell der integrierten Versorgung austreten kann, umso höher ist die Schwelle für den Eintritt. In der Version des Ständerates sind Verträge vorgesehen, die bis zu drei Jahre dauern sollen. Nur unter erschwerten Bedingungen und nur in bestimmten Ausnahmefällen wäre es dem Versicherten möglich, aus einem solchen Vertrag auszutreten. In der ursprünglichen Version des Nationalrates ist vorgesehen, dass der Versicherte aus dem Vertrag austreten kann, wenn sich die Versicherungsbedingungen wesentlich ändern, bei überdurchschnittlichen Prämien erhöhungen oder dann, wenn der Versicherte eine Austrittsprämie bezahlt. Seit wir diese Vorlage beraten, bekämpfe ich diese Knebelungsverträge, weil ich fest davon überzeugt bin, dass sie ein unnötiges Hindernis bilden und die Versicherten davon abhalten, sich für ein integriertes Versorgungsmodell zu entscheiden. Ich bin überzeugt, dass besonders Menschen mit chronischen Krankheiten, die wir ja eigentlich unbedingt in die Modelle hineinbekommen wollen, es sich gut überlegen, ob sie sich für Managed Care entscheiden oder nicht.

Wir wissen es alle von uns selber: Solange wir gesund sind, können wir uns Einschränkungen und Verzicht auf medizinische Leistungen gut vorstellen; sobald wir aber krank sind, möchten wir alles tun und tun lassen, um wieder gesund zu werden. Für Menschen mit chronischen Krankheiten müssen wir also die Schwellen besonders niedrig halten. Offensichtlich ist sich die nationalrätliche Kommission bis zu einem gewissen Grad dieser Problematik bewusst. Die Mehrheit hat denn auch in der letzten Sitzung einen Antrag unterstützt, der milder formuliert ist, als es bis jetzt der Fall war. Es sollen nun mehrjährige Verträge möglich sein, aber auch einjährige Verträge angeboten werden. Diese Formulierung wurde als Kompromiss bezeichnet. Das ist sie aber für mich und für die Minderheit nicht: Es ist nämlich damit zu rechnen und zu befürchten, dass einjährige Verträge unattraktiv, in diesem Fall mit höheren Prämien ausgestaltet sein könnten. Zudem ist auch in der sogenannten Kompromissvariante immer noch die Austrittsprämie vorgesehen, die von den Versicherten unter Umständen bezahlt werden muss, wenn sie aus dem Vertrag aussteigen wollen.

In der Kommission habe ich dafür plädiert, die Frage der mehrjährigen Versicherungsverträge nicht in diese Vorlage zu packen. Lassen Sie uns doch zuerst Managed Care installieren, das Vertrauen der Patientinnen und Patienten gewinnen und dann, zu einem späteren Zeitpunkt, die Möglichkeit von mehrjährigen Verträgen eröffnen. Ich bitte Sie, meiner Minderheit zuzustimmen und die Schwelle für einen Eintritt in Managed Care nicht unnötig hoch zu setzen. Artikel 41d soll gemäss meinem Minderheitsantrag gesamthaft gestrichen werden.

**Weibel Thomas (CEg, ZH):** Über die mehrjährigen Verträge haben wir uns bereits in der ersten Debatte ausgetauscht. Ich muss aber einiges von dem richtigstellen, was Frau Schenker hier gesagt hat. Die Mehrjährigkeit ist keine Verpflichtung, sondern mehrjährige Verträge werden ermöglicht. Somit sind es keine Knebelverträge. Wenn es auch einjährige Verträge gibt, sind die Versicherten bei der Wahl eines Modells frei zu entscheiden, ob sie dies für ein, für zwei oder für drei Jahre tun wollen.

Es wurde auch gesagt, es bestehe die Gefahr, dass die einjährigen Verträge teurer seien als die mehrjährigen. Man kann es auch anders sehen und sagen, die einjährigen Verträge hätten einen Preis und eine mehrjährige Verpflichtung werde mit einem Rabatt belohnt. Das ist die richtige Sichtweise.

Es ist wichtig, dass die Vertragsparteien, nämlich die Versicherer und die Versicherten, beim Abschluss entscheiden, worauf sie sich einlassen und wozu sie sich verpflichten. Deshalb begrüsst die CVP/EVP/glp-Fraktion die Möglichkeit, auch mehrjährige Verträge abzuschliessen, und wird den Antrag der Mehrheit unterstützen.

Dem gegenüber steht die Frage nach dem Modus bei einem vorzeitigen Austritt aus einem mehrjährigen Vertrag. Kollege



Steiert stellt den Antrag auf Zustimmung zum Beschluss des Ständerates und will damit dem Bundesrat die Kompetenz geben, die entsprechenden Modalitäten zu regeln. Wir sind überzeugt, dass es Sache der Vertragspartner, also der Versicherer und der Versicherten, ist, bereits beim Abschluss klar festzulegen, zu welchen Konditionen ein Vertrag vorzeitig aufgelöst werden kann. Das ist ein Grundsatz, wie er in unserem Vertragswesen gang und gäbe ist. Wir brauchen den Bundesrat nicht, um die Modalitäten festzulegen. Deshalb wird die CVP/EVP/glp-Fraktion den Antrag Steiert ablehnen.

**Weber-Gobet Marie-Thérèse (G, FR):** In der Differenz bei Artikel 41d geht es um die vertragliche Bindung der Versicherten an ihren Krankenversicherer, also um sogenannte Knebelverträge, und um Austrittshürden.

Die Mehrheit der Fraktion der Grünen bittet Sie, hier den Minderheitsantrag zu unterstützen, um den Versicherern nicht Tür und Tor für eine Angebotspalette an Knebelverträgen zu öffnen. Die Option mit den verschiedenen Laufzeiten der Verträge wäre ein reines Marketinginstrument, das als weiterer Lockvogel zum Beitritt zu einem integrierten Versorgungsnetz dienen würde, im Endeffekt aber den Versicherungsnehmer bevormundet und benachteiligt. Denn die Kasse und die Versicherungsform können vor Ablauf der Vertragsdauer nur gegen Bezahlung einer vertraglich vereinbarten Austrittsprämie gewechselt werden. Die Kassen haben freie Hand, diese Austrittsprämie in beliebiger Höhe anzusetzen.

Diese Knebelverträge und die Austrittshürden müssen gestrichen werden, dann würden die integrierten Versorgungsnetze an Attraktivität gewinnen, an wirklicher Attraktivität.

Was den Antrag Steiert zu Artikel 41d Absatz 3 anbelangt, empfiehlt Ihnen die Mehrheit der Fraktion der Grünen, diesen zu unterstützen. Der Bundesrat und nicht die Versicherer soll die Kompetenz haben, die Austrittsbedingungen für jene Versicherten zu regeln, welche den Versicherer und die Versicherungsform vor Ablauf der vereinbarten Dauer verlassen.

**Ruey Claude (RL, VD):** Dans un premier temps, dans notre conseil, nous avons prévu des contrats d'une durée de trois ans. Ensuite, lors du deuxième passage devant notre commission, nous avons indiqué qu'outre des contrats d'un an, on pouvait prévoir des contrats d'une durée allant jusqu'à trois années civiles. Nous avons voulu ainsi montrer que l'assuré avait la liberté de choisir la formule qui lui convenait, mais pour bien autoriser aussi la possibilité de proposer des contrats de trois ans. L'assuré garde donc une liberté totale, il n'y a pas de difficulté pour lui. Je ne comprends dès lors pas très bien pourquoi la minorité veut de manière malthusienne ne prévoir qu'un seul produit possible, alors que la liberté est de pouvoir choisir. En principe, dans notre pays, on n'est pas pour le prix unique pour le produit unique.

Alors, s'agissant du contrat de trois ans, j'aimerais juste dire pourquoi il peut être intéressant pour ceux, encore une fois, qui le veulent. C'est tout simplement parce que cela permet de fidéliser le patient et d'éviter un certain «tourisme des bons risques». C'est de cela qu'il s'agit. Si quelqu'un, jeune et en bonne santé, entre dans un réseau de soins intégrés, tant qu'il est jeune et en bonne santé et qu'il peut changer chaque année d'assureur, cela ne produira aucune économie et aucune amélioration de son traitement, puisqu'il n'aura pas de traitement. Il risque, justement dès qu'il tombe malade, de changer de système en se disant: «Je veux un contrat d'assurance-maladie différent.» Il n'a donc pas pu profiter des avantages d'un suivi coordonné du patient puisqu'il aura quitté le réseau de soins. Dès lors, la possibilité offerte par les contrats de trois ans – choisis volontairement, je le répète – permet d'obvier quelque peu à cet obstacle. Je veux bien que ce ne soit ni une sécurité absolue, ni une solution extraordinaire, mais cela permet en tout cas d'arriver à éviter, encore une fois, ce «tourisme des bons risques» qui est inutile et qui est même contre-productif par

rapport à ce que l'on veut dans le cadre du suivi coordonné du patient.

Je vous invite donc à suivre la majorité.

**Goll Christine (S, ZH):** Im Gegensatz zu meinem Vorredner empfehle ich Ihnen, hier der Minderheit Schenker Silvia zu folgen. Einzig der Antrag der Minderheit Schenker Silvia wird nämlich die sogenannten Knebelverträge verhindern.

Wenn Sie die von der Mehrheit geänderte Fassung von Artikel 41d Absatz 1 anschauen, dann sehen Sie, dass sie über setzt nichts anderes bedeutet, als dass der Versicherer für das Versicherungsverhältnis eine Dauer von einem Jahr, von zwei Jahren, aber auch von drei Jahren vorsehen kann. Er muss also keine einjährigen Verträge anbieten. Aufgrund des Votums meines Vorredners sollte auch klageworden sein, woran die Krankenkassen überhaupt ein Interesse haben, nämlich daran, die guten Risiken in gewissem Sinne möglichst zu ihren Gefangenen zu machen. Einzig der Antrag der Minderheit Schenker Silvia verhindert, dass solche unsozialen, langjährigen Verträge mit den Versicherten auf Diktat der Kassen abgeschlossen werden können. Deshalb bitte ich Sie, diesen Minderheitsantrag zu unterstützen. Das gilt vor allem auch dann, wenn Sie in Artikel 41d weiterlesen und auf die Frage der sogenannten Austrittsprämie stossen. Sie sehen dort, dass diese Austrittsprämie vom Umfang, von der Höhe her überhaupt nicht definiert ist – das heisst, dass hier Wildwuchs herrschen kann.

In diesem Zusammenhang komme ich gerne noch auf den Antrag Steiert zu reden. Wenn Sie nicht bereit sind, diese Knebelverträge aus der Managed-Care-Vorlage zu streichen, dann sollten Sie zumindest den Antrag Steiert unterstützen. Herr Steiert schlägt Ihnen nämlich vor, dass gerade dann, wenn es darum geht, eine Austrittshürde einzubauen – die Vorlage sieht vor, dass eine Austrittsprämie bezahlt werden soll –, die Regelung für diese Austrittsprämie durch den Bundesrat festgelegt werden muss. Das betrifft beispielsweise den Umfang oder die Höhe der Austrittsprämie. Es kann nicht angehen, dass jede einzelne Krankenkasse diese Vereinbarungen mit den Versicherten individuell trifft. Das ist zu bürokratisch, das ist zu aufwendig in der Umsetzung, und das ist vor allem auch gefährlich für die Versicherten. Es ist wichtig, dass der Bundesrat gerade in diesem Bereich einmal mehr seine Steuerfunktion wahrnimmt. Deshalb lade ich Sie ein, Herr Bundesrat Burkhalter: Kommen Sie an Bord, um Ihre Steuerfunktion in diesem Bereich wahrzunehmen.

**Burkhalter Didier, conseiller fédéral:** A l'alinéa 1, la solution qui a été trouvée par la majorité de la commission est tout simplement intelligente; elle n'a pratiquement aucun défaut. Je suis d'ailleurs très étonné d'entendre qu'on arrive à lui en trouver, parce que, dans les faits, elle n'en a vraisemblablement pas. Elle permet de choisir tout à fait librement entre un contrat d'un an, qui sera proposé de toute manière, et un contrat pouvant aller jusqu'à trois ans. Pourquoi une durée jusqu'à trois ans est-elle judicieuse? Je répète que ce sera une possibilité et non pas une obligation. Les réseaux de soins intégrés, c'est fondamentalement la coordination des soins dans la continuité.

En particulier pour ce qui est des maladies chroniques, l'intérêt des réseaux de soins intégrés réside dans le fait que l'on peut suivre la personne malade dès le début et tout au long du processus de soins. Ce suivi est évidemment beaucoup plus sensé et cohérent s'il peut se faire dans la confiance, sur la durée. C'est ce que vous savez tous: la confiance, vous la recherchez toujours chez votre médecin de premier recours, chez les personnes qui vont agir ensuite en fonction de la maladie, de manière coordonnée. En tout cas dans les réseaux de soins intégrés, vous cherchez cette confiance sur la durée; vous ne cherchez pas à changer absolument chaque année de réseau, ce n'est pas le but en soi. Bien au contraire, le but est d'être soigné le mieux possible sans examen inutile et de la manière la plus efficace possible. Donc la durée est une bonne chose.

Cela dit, se faire soigner dans un réseau de soins peut paraître être une obligation si l'on ne prévoit que des contrats d'une durée de trois ans; d'où la solution trouvée par la majorité de la commission. Je répète qu'il s'agit d'un libre choix intelligent. J'ai beau chercher, j'ai beau écouter, je ne vois pas d'inconvénient dans cette solution et je ne vois pas de raison de suivre ceux qui expriment des craintes, qui n'ont pas lieu d'être en l'occurrence.

Concernant l'alinéa 3, le grand avantage de la proposition Steiert est qu'elle élimine une divergence. Dans ce dossier, il faut de la patience et il en faudra encore un peu. Par ailleurs, il s'agit uniquement de savoir si l'on veut que le Conseil fédéral règle les modalités ou s'il laisse les assureurs régler les modalités pour la question de la prime de sortie. Il ne s'agit donc pas ici d'un pilotage de l'ensemble du système de santé par les autorités fédérales et cantonales, mais uniquement de savoir si vous souhaitez que le Conseil fédéral règle les modalités. Le cas échéant, nous sommes tout à fait disposés à le faire. Cela aurait l'avantage, je le répète, de supprimer une divergence. Par conséquent, nous avons un penchant favorable pour la proposition Steiert, mais nous pouvons nous accommoder des deux solutions.

**Le président** (Germanier Jean-René, président): Je tiens à préciser qu'il y a une erreur dans le dépliant: la minorité Schenker Silvia souhaite biffer tout l'article 41d et pas seulement l'alinéa 1.

**Humbel Ruth** (CEg, AG), für die Kommission: Wir haben zwei Konzepte vor uns: das Konzept der Kommissionsmehrheit, welche eine längere Vertragsdauer vorsehen will, und das Konzept der Minderheit Schenker Silvia, welche diesen Artikel 41d streichen möchte.

Die Kommission beantragt Ihnen mit 16 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung, der Fassung der jetzigen Mehrheit zuzustimmen. Artikel 41d beinhaltet zwei Neuerungen gegenüber der nationalrätlichen Fassung der Sommersession. Die erste ist auf das Scheitern des Kostendämpfungspaketes zurückzuführen. Das Kostendämpfungspaket hatte eine zweijährige Vertragsdauer für erhöhte Wahlfranchisen vorgesehen. Nachdem die Vorlage im letzten Herbst vom Nationalrat abgelehnt worden ist, hat der Ständerat diese Bestimmung mit Absatz 2 Buchstabe a aufgenommen. Die SGK-NR geht nun noch etwas weiter und will für alle besonderen Versicherungsformen gemäss Artikel 41b Absätze 1 und 2 – also für integrierte Versorgungsnetze, höhere Wahlfranchisen, Bonus-Malus-Modelle und eingeschränkte Wahlfreiheit, also beispielsweise für Hausarztmodelle – längere Vertragsdauern ermöglichen.

Die zweite Neuerung gegenüber der Fassung vom letzten Sommer betrifft die Vertragsdauer. Neu sollen die Krankenversicherer eine einjährige Vertragsdauer in jedem Fall anbieten müssen und können daneben zwei- und dreijährige Verträge anbieten. Mit dieser Lösung ist das Argument des Knebelvertrages entkräftet, und wer nun trotzdem von Knebelvertrag spricht, tut das wider besseres Wissen oder geht einfach von unmündigen Versicherten, von unmündigen Bürgern aus. Jeder Versicherer hat beim Abschluss einer Versicherung dem Versicherten die Modalitäten zu unterbreiten. Der Versicherte entscheidet also, ob er ein ein-, ein zwei- oder ein dreijähriges Vertragsverhältnis will, und er kennt auch die Austrittsmodalitäten. Die Versicherer haben die Möglichkeit, Prämienvergünstigungen in Abhängigkeit der Vertragsdauer zu geben.

Ich muss Sie auch bitten, den Antrag Steiert abzulehnen. Ich kann da auf die Argumentation zu Artikel 41c Absatz 5 verweisen. Es geht hier auch um die Vertragsautonomie. Es ist an den Versicherten und dem Versicherer, die Modalitäten für den Austritt zu regeln. Die Idee dieser Austrittsprämie ist ja die, dass jemand nicht von günstigeren Bedingungen profitieren soll, wenn er, um bei Prämien und Kostenbeteiligung zu sparen, in ein solches Modell geht und dann vorzeitig wieder austreten will. Diese Modalitäten sind auch auf vertraglicher Ebene zu regeln.

Ich bitte Sie daher, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Cassis Ignazio** (RL, TI), pour la commission: A l'article 41d, nous sommes, après l'article 41c, toujours dans le coeur des réseaux de soins intégrés. L'article 41d prévoit la possibilité de proposer des durées contractuelles d'un an, de deux ans ou de trois ans. Aujourd'hui, avec nos caisses-maladie, nous avons tous un contrat d'une année, que nous pouvons résilier si les primes augmentent, etc. Ceci est maintenu, et je regrette de devoir contredire Madame Goll, qui a dit que c'était uniquement une possibilité: non, la commission a décidé que les contrats d'une année seraient obligatoires et non pas une possibilité. Les assureurs ont la possibilité de proposer – et c'est l'assuré qui décide – des durées de deux ou de trois ans. Je crois qu'on ne peut vraiment plus parler de contrats léonins (Knebelverträge): c'est un mot qui n'a plus à être utilisé puisqu'il ne correspond plus à la réalité. Je vous invite donc en tout cas à en rester à ce que la commission a décidé.

Le concept de la minorité Schenker Silvia prévoit de biffer l'article 41d. Cela revient à dire que pour les réseaux de soins intégrés (managed care), on n'autorise pas les contrats d'une durée de plus d'un an. Le concept de la majorité par contre prévoit, en plus des contrats d'un an, la possibilité pour les assureurs de proposer des contrats de deux ou de trois ans. Pourquoi? Parce qu'avec une durée de contrat de deux ou de trois ans, on stabilise la clientèle, on permet une meilleure planification du travail et évidemment, surtout dans les réseaux de soins intégrés, on améliore la continuité des soins. Donc il y a un avantage sur le plan de l'efficacité pour les entreprises si effectivement la durée du contrat peut être plus longue. Mais, je le répète, chaque citoyen, chaque assuré est libre de décider d'avoir un contrat d'une durée d'une année seulement et les assureurs doivent proposer des contrats d'une année seulement.

La deuxième possibilité est donc de maintenir le concept avec ou sans la proposition Steiert, qui prévoit à l'article 41c alinéa 3 de donner au Conseil fédéral la compétence de régler les détails si quelqu'un veut annuler un contrat de trois ans avant son échéance.

La majorité de votre commission estime que ces détails doivent être réglés dans le contrat, comme cela se passe dans la majorité des cas.

Nous avons à décider aujourd'hui si le concept d'une plus longue durée doit être maintenu ou non. La minorité Schenker Silvia veut le biffer. La commission, par 16 voix contre 8, vous invite à le maintenir.

La proposition Steiert n'a pas été discutée en commission. Conformément à ce que nous avons dit tout à l'heure par rapport à la liberté que les partenaires tarifaires doivent avoir, je crois que la majorité de votre commission ne pourrait que vous inviter à ne pas la soutenir, de manière à garder cette liberté des partenaires tarifaires.

**Weber-Gobet Marie-Thérèse** (G, FR): Monsieur Cassis, est-ce que vous êtes vraiment persuadé que l'assuré est encore libre? Si son assureur lui dit: «Si vous souscrivez un contrat d'une durée de trois ans, vous aurez tel et tel pourcentage en moins de primes à payer», je ne sais pas si c'est vraiment la liberté. Car vous le savez, les assurés sont sous pression, les coûts de l'assurance-maladie augmentent chaque année, chacun veille à ne pas devoir trop payer. Alors, où est la liberté à la conclusion du contrat?

**Cassis Ignazio** (RL, TI), pour la commission: Madame Weber-Gobet, lorsque vous achetez une maison et que vous voulez conclure une hypothèque, vous avez le choix entre des hypothèques à taux fixe pour un, deux ou trois ans. Si vous choisissez une hypothèque à taux fixe pour trois ans, vous paierez un peu plus que pour un taux fixe pour une année parce que vous aurez une meilleure sécurité.

Je peux vous poser la question suivante: est-ce que le citoyen a la liberté? Bien sûr qu'il a la liberté. Il fait ses calculs, il regarde quels sont ses intérêts et il décide en conséquence.

Il faut garantir au citoyen la possibilité de conclure une durée d'une année. Si par contre il préfère se lier pour deux ou

trois ans pour obtenir deux pour cent de rabais sur les primes, pour quelle raison faudrait-il l'en empêcher?

**Goll** Christine (S, ZH): Herr Cassis, müsste die Mehrheitsformulierung hier nicht so geändert werden, dass klar dasteht, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, Einjahresverträge anzubieten – Sie haben vorhin behauptet, das müssten sie –, dass sie aber ausserdem zwei- oder dreijährige Verträge anbieten können? Wenn es tatsächlich nicht nur eine freie Wahl für die Kassen sein soll und diese vielmehr verpflichtet sind, einjährige Verträge anzubieten, müsste diese Formulierung meiner Meinung nach präzisiert werden. Es wäre eine Möglichkeit, das im Ständerat zu tun.

**Cassis** Ignazio (RL, TI), pour la commission: Madame Goll, je vous remercie pour cette question. Je peux vous confirmer que c'était ma proposition en commission et que la décision était clairement d'obliger les assureurs à proposer un contrat d'une année. A mes yeux, cette formulation semble suffisamment claire mais, évidemment, le Conseil des Etats est libre de l'améliorer – comme il le fait assez souvent –, pour la rendre encore plus claire et explicite. Mais je vous assure que l'intention est très claire pour la majorité de la commission: garantir la possibilité de conclure des contrats d'une année à côté desquels on peut avoir des contrats de deux ou de trois ans.

**van Singer** Christian (G, VD): Monsieur Cassis, vous établissez une comparaison avec l'achat d'une maison, mais peut-être ignorez-vous que personne n'est obligé d'acheter une maison. En revanche, nous sommes tous obligés de nous assurer conformément à ce que prévoit la LAMal.

**Cassis** Ignazio (RL, TI), pour la commission: Vous avez bien sûr raison: personne n'est obligé d'acheter une maison, mais c'était pour démontrer quel mécanisme était derrière ce choix de durées de contrats différenciés. On me suggère que pour les voitures il y a aussi la responsabilité civile obligatoire qui suit le même modèle. Je ne suis pas un expert en assurances, mais peut-être qu'il existe d'autres exemples.

#### *Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5095)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag Steiert ... 63 Stimmen

#### *Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5097)

Für den Antrag der Mehrheit ... 115 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 61 Stimmen

#### **Art. 64**

##### *Antrag der Mehrheit*

*Abs. 2 Bst. c*

c. 7,5 Prozent ...

*Abs. 3*

Festhalten

*Abs. 3bis*

Streichen

##### *Antrag der Minderheit I*

(Rossini, Fehr Jacqueline, Goll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia, Weber-Gobet)

*Abs. 2 Bst. c*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

##### *Antrag der Minderheit II*

(Bortoluzzi, Baettig, Fehner, Humbel, Miesch, Scherer, Stahl, Triponez, Wehrli)

*Abs. 2 Bst. b, c*

Festhalten

##### *Antrag der Minderheit*

(Schenker Silvia, Fehr Jacqueline, Gilli, Goll, Meyer Thérèse, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Robbiani, Rossini, Weber-Gobet)

(siehe auch Abs. 3bis und Übergangsbestimmungen Abs. 4)

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 3bis*

... Absatz 3 der Lohn- und Preisentwicklung anpassen.

#### **Art. 64**

##### *Proposition de la majorité*

*Al. 2 let. c*

c. 7,5 pour cent des ...

*Al. 3*

Maintenir

*Al. 3bis*

Biffer

##### *Proposition de la minorité I*

(Rossini, Fehr Jacqueline, Goll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia, Weber-Gobet)

*Al. 2 let. c*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

##### *Proposition de la minorité II*

(Bortoluzzi, Baettig, Fehner, Humbel, Miesch, Scherer, Stahl, Triponez, Wehrli)

*Al. 2 let. b, c*

Maintenir

##### *Proposition de la minorité*

(Schenker Silvia, Fehr Jacqueline, Gilli, Goll, Meyer Thérèse, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Robbiani, Rossini, Weber-Gobet)

(voir aussi al. 3bis et Dispositions transitoires al. 4)

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 3bis*

... au sens de l'alinéa 3 en fonction de l'évolution des salaires et des prix.

**Rossini** Stéphane (S, VS): Après avoir débattu du système, nous allons maintenant déplacer le débat pour aborder le sujet des personnes concernées. Surtout, nous allons maintenant discuter la question de savoir s'il faut ou non inciter les assurés à choisir une forme de réseau de soins intégrés. Lors du débat sur le système, nous avons discuté toute une série de mécanismes qui permettent aux personnes d'entrer dans un réseau ou d'en sortir. Maintenant, à propos des incitations, nous allons nous tourner très concrètement vers la question de la charge financière: qu'est-ce que cela va coûter aux personnes?

Dans la version de notre conseil, nous avons initialement choisi la voie de la punition: les personnes qui ne choisissaient pas le réseau de soins avaient une participation aux coûts de 20 pour cent, tandis que les personnes qui le faisaient restaient à la situation actuelle, c'est-à-dire celle d'une participation à hauteur de 10 pour cent. Le Conseil des Etats a renversé cette situation. Sa solution est beaucoup plus logique et intelligente. Le raisonnement peut se résumer ainsi: «Ne punissons pas les personnes qui sont dans la voie actuelle, mais faisons profiter les personnes qui choisissent cette innovation, ces soins intégrés, d'une participation aux coûts plus faible.» C'est la variante du Conseil des Etats: on incite les personnes à rejoindre le réseau de soins en baissant leur participation aux coûts de 10 à 5 pour cent; par contre, les personnes qui ne rejoignent pas le réseau voient leur participation augmentée de 10 à 15 pour cent.

D'une part, on a renversé la logique: la nouvelle logique est positive, constructive, innovatrice; elle incite les gens à choisir les réseaux, en plus de tous les éléments qualitatifs qui ont déjà été évoqués dans le cadre de ce débat. D'autre part, cette mesure réduit l'écart, puisqu'on augmente la par-



ticipation aux coûts non pas à 20, mais seulement à 15 pour cent.

C'est la proposition que je vous invite à soutenir; c'est celle qui est déterminante, parce qu'elle nous permet véritablement d'avoir un mouvement très clairement positif.

La majorité de la commission propose de diminuer la participation aux coûts non pas à 5 pour cent mais à 7,5 pour cent, et cela pour des raisons économiques. Mais le problème économique, dans le cadre du fonctionnement général du système, peut être contrecarré même si la participation de l'assuré est de seulement 5 pour cent; en effet, l'écart entre 5 et 7,5 pour cent est compensé par l'effet positif des réseaux! C'est-à-dire que si l'on soigne mieux les gens, si les personnes sont au bon endroit au bon moment, si l'on évite toute une série d'analyses, d'exams renouvelés et inutiles, on économisera facilement cette différence entre 5 et 7,5 pour cent. Je crois que la qualité de la prise en charge nous permettra de compenser cet écart.

De plus, la version du Conseil des Etats, avec son aspect positif et incitatif, est plus claire. Le signal qui y est donné est beaucoup plus visible et il pourrait permettre ainsi de faciliter l'accès aux réseaux de soins pour le plus grand nombre de personnes.

Je vous invite à soutenir la version du Conseil des Etats. On se trouve ici, avec la deuxième partie qui concernera les montants, dans un chapitre clé, déterminant pour cette proposition de modification de la LAMal. Il faut véritablement permettre ici de ne pas punir les gens, mais de les faire, dirai-je, bénéficier du système, aussi sous l'angle financier. Ensuite, on bénéficiera des intérêts sous l'angle de la qualité des prestations allouées par ces réseaux, donc des coûts.

Je vous invite donc à soutenir la décision du Conseil des Etats.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Es ist tatsächlich so, wie Kollege Rossini gesagt hat; hier geht es um das Kernstück dieser Vorlage.

Meine Minderheit II beantragt Ihnen, am Konzept des Nationalrates festzuhalten, das heisst, den Selbstbehalt für den eingeschränkten Zugang zu Netzwerken auf 10 Prozent festzulegen und den Zugang zu allen zugelassenen Leistungserbringern mit 20 Prozent Selbstbehalt zu belasten. Dazu gehört dann, in Absatz 3 in der Vorlage einsehbar, die Franchise, der jährliche Höchstbetrag dieses Selbstbezalts. Da wäre es dann zweckmässig, das Bestimmen dieses Höchstbetrages dem Bundesrat zu überlassen. Man muss es als Konzept sehen: Das eine ist, dass der differenzierte Selbstbehalt 10 bzw. 20 Prozent beträgt, und das andere ist die Festlegung der Franchise durch den Bundesrat im Verhältnis 1 zu 2; das ist dann auch im Gesetz festgelegt.

Man stellt sich natürlich die Frage, warum wir an dieser Differenzierung 10 und 20 Prozent, wie es der Nationalrat in der ersten Lesung beschlossen hat, festhalten sollen und nicht auf den Beschluss des Ständerates, also 5 und 15 Prozent, oder auf den Antrag der Mehrheit der Kommission, also 7,5 und 15 Prozent, eingehen sollen. Was erwartet man von unserer gesetzgeberischen Veranstaltung hier? Seit Jahren wird darüber geklagt, dass die Prämien in einem Ausmass steigen, das für viele Leute in unserem Land unverhältnismässig ist. Wenn wir Massnahmen treffen, davon bin ich überzeugt, müssen wir einen Vorschlag machen, der diesem Prämienwachstum einen Riegel vorschiebt. Das können wir nur tun, wenn wir die Eigenverantwortung stärken. Die Stärkung der Eigenverantwortung soll, wie die Minderheit II es vorschlägt, durch einen Selbstbehalt erfolgen, der sich bei einem vorbehaltlosen Zugang erhöht und der sich, wenn Sie sich in ein Netzwerk begeben, an den 10 Prozent orientiert, die wir heute haben. Ich glaube, es ist politisch entscheidend, dass wir an diesem Modell mit 10 und 20 Prozent festhalten.

Wenn Herr Rossini sagt, die Senkung des Selbstbezalts habe im Zusammenhang mit der Einführung der Netzwerkpflicht eine positive Stossrichtung, so stimmt das natürlich. Das ist nicht einfach abzustreiten, aber man muss sich bewusst sein, dass eine Senkung des Selbstbezalts, je nach-

dem, wie viele Leute von einem solchen Netzwerk Gebrauch machen, dazu führen könnte, dass die Prämienlast steigt. Das wäre ja, so meine ich, kaum im Sinn des Erfinders von Korrekturen im Gesundheitswesen. Darum sage ich: Die Minderheit II weicht dieser Gefahr aus.

Das zweite Problem, das sich ergibt, ist die Tatsache, dass Sie dort, wo keine Netzwerke entstehen, den Leuten vor allem zu Beginn dieser ganzen Übung einen höheren Selbstbehalt aufbrummen müssen, obwohl die Leute eigentlich nichts dafür können, dass es bei ihnen keine Netzwerke gibt. Schaffen Sie sich also keine unnötigen neuen Probleme, und bleiben Sie beim Beschluss, wie wir ihn bei der ersten Lesung gefasst haben: ein differenzierter Selbstbehalt von 10 bzw. 20 Prozent. Und folgen Sie bei Absatz 3 der Mehrheit, damit der Bundesrat die Höhe der Franchise festlegt.

**Schenker Silvia (S, BS):** Wir sind hier bei einem weiteren zentralen Punkt dieser Vorlage. Welche Variante hier heute obsiegt, wird eine grosse Rolle spielen, sollte die Vorlage in einer Volksabstimmung bestehen müssen. Einerseits wird in diesem Artikel die prozentuale Höhe der Kostenbeteiligung festgelegt – die entsprechenden Anträge wurden vorhin begründet –, und andererseits entscheiden wir über die Höchstgrenze der Kostenbeteiligung. Ich möchte hiermit meine Interessenbindung offenlegen: Ich spreche nicht nur für die Minderheit, sondern auch für Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten wie Diabetes, Rheuma, Krebs oder anderen langdauernden bzw. unheilbaren Krankheiten. Ich bin Präsidentin einer Dachorganisation der Gesundheitsligen.

Für all diese Menschen ist es sicher wichtig, wie hoch die prozentuale Kostenbeteiligung ist. Entscheidend für die Betroffenen ist aber die Frage, bis zu welchem Höchstbetrag die Kostenbeteiligung geschuldet wird. Heute ist es so, dass neben der variablen Franchise ein fester Betrag der Kostenbeteiligung von höchstens 700 Franken pro Jahr gilt. Wer also die Schwelle von 700 Franken erreicht hat, muss für den Rest des Jahres keine Kostenbeteiligung mehr bezahlen. Neu soll es einen Unterschied beim Höchstbetrag geben, je nachdem, ob man in einem Managed-Care-Modell oder in einem gewöhnlichen Versicherungsmodell ist.

Der Ständerat hat sich dafür entschieden, die Beträge einerseits im Gesetz festzuhalten, was Rechtssicherheit für die Patientinnen und Patienten bedeutet, und sie andererseits in einer aus meiner Sicht vernünftigen Höhe zu halten. Gemäss dem Ständerat sollen diejenigen, die sich für ein Managed-Care-Modell entscheiden, nur noch 500 Franken pro Jahr bezahlen; diejenigen, die sich ausserhalb eines Versorgungsnetzes betreuen und behandeln lassen, bezahlen 1000 Franken pro Jahr. Mit diesen Beträgen wäre ein Anreiz vorhanden, sich für Managed Care zu entscheiden. Wer dies nicht tun will, bezahlt einen Betrag, der noch knapp vertretbar ist.

Ich bitte Sie eindringlich: Folgen Sie in diesem Punkt meiner Minderheit und dem Ständerat. Das Referendum gegen diese Vorlage wird ergriffen werden, das ist unbestritten. Die Bevölkerung wird also über diese Vorlage zu entscheiden haben. Welches Modell für den Selbstbehalt in der Vorlage stehen wird, kann über Erfolg oder Misserfolg dieser Vorlage entscheiden. Überlegen Sie sich gut, was Sie der Bevölkerung vorlegen wollen.

**Gilli Yvonne (G, SG):** Es wurde schon von meinen Vorrednerinnen und Vorrednern gesagt: Dieser Artikel wird von zentraler Bedeutung sein, sowohl für die erfolgreiche Gesetzgebung hier im Parlament als auch für die Zustimmung in der Bevölkerung zu Managed Care. Ich bitte Sie deshalb um Kompromissbereitschaft.

Die Kostenbeteiligung ist das, was die Patienten und Patientinnen unmittelbar spüren, weil sie diesen Betrag neben der geleisteten Prämie selbst finanzieren müssen. Die private Finanzierung aus dem eigenen Portemonnaie ist in der Schweiz hoch, auch im internationalen Vergleich. Obwohl immer wieder argumentiert wird, dass eine höhere Kosten-

beteiligung auch die Selbstverantwortung stärke und unnötiges Konsumverhalten bestraft, kann diese Aussage nur sehr bedingt belegt werden. Viele andere Faktoren wie die soziale Schichtung oder das Bedürfnis nach sehr teuren Behandlungen – z. B. bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen – spielen eine viel entscheidendere Rolle.

Wesentlich aber ist, dass Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten jedes Jahr die maximale Kostenbeteiligung leisten müssen, völlig unabhängig davon, wie eigenverantwortlich sie handeln. Für die Grünen ist deshalb ein Managed-Care-Gesetz, das die Patienten und Patientinnen im Vergleich zu heute finanziell noch stärker belastet, inakzeptabel. Die Grünen sind überzeugt, dass die Bevölkerung zu einem solchen Gesetz nicht Ja sagen wird. Wir tun gut daran, diese Überlegungen in unsere politische Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Die Grünen werden heute grossmehrheitlich der Version des Ständerates mit einem differenzierten Selbstbehalt von 5 respektive 15 Prozent zustimmen. Ebenfalls einig sind wir mit dem Ständerat, dass die maximale jährliche Kostenbeteiligung im Gesetz festzuhalten ist, und zwar, wie vom Ständerat vorgeschlagen, mit 500 respektive 1000 Franken. Mit dieser Version sind die Patienten und Patientinnen, auch die Chronischkranken, sicher, dass sie im Vergleich zu heute durchschnittlich nicht stärker belastet werden. Diejenigen Patienten und Patientinnen, die sich mit dem Managed-Care-Modell versichern werden, werden belohnt werden – das, der positive Anreiz, war das ursprüngliche Ziel. Ursprünglich hatten wir einen Konsens, dass wir Anreize schaffen möchten, damit Patienten und Patientinnen sich in Managed-Care-Modellen versichern lassen. Sie werden in Zukunft eine im Vergleich zu heute niedrigere Kostenbeteiligung und eine Prämienvergünstigung erhalten.

**Weibel** Thomas (CEg, ZH): Es ist bereits mehrfach gesagt worden. Wir sind an einem weiteren Kernstück dieser Vorlage. Auch die Bedeutung für die Volksabstimmung wurde bereits hervorgehoben. Es geht zunächst um den Selbstbehalt, um eine Differenzierung des Selbstbehaltes. Hier haben wir das Instrument, das auf der Seite der Versicherten ansetzt. Dass dieses Instrument wirkt, hat die Geschichte bereits gezeigt. Es ist nämlich bei Generika-Medikamenten eingeführt und hat sich dort bewährt und schnell Wirkung gezeigt.

Wir müssen uns aber auch bewusst sein, dass eine geringere Kostenbeteiligung dem System Geld entzieht, und zwar je mehr Geld, je mehr das Modell Zuspruch findet. Dies gilt für das Modell des Ständerates, das eine Senkung auf 5 und 15 Prozent vorsieht, aber auch für die Lösung der Kommissionsmehrheit mit den vorgeschlagenen 7,5 und 15 Prozent. Die Folge sind Prämienhöhungen bei der Einführung dieses neuen Systems. Das Ausmass kann heute noch nicht beziffert werden. Wir müssen Prämienhöhungen aber unbedingt vermeiden. Wir können dem Volk nicht erklären, weshalb wir Massnahmen treffen, welche einen Prämien Schub auslösen. Die Bevölkerung erwartet von uns zu Recht kostendämpfende, nicht kostentreibende Massnahmen. Die CVP/EVP/glp-Fraktion wird deshalb mehrheitlich an den 10/20 Prozent festhalten und die Minderheit II (Bortoluzzi) unterstützen.

Zum zweiten Thema, dem Franchisenhöchstbetrag: Hier will die SGK-Mehrheit keine Beträge im Gesetz festhalten, was auch der heutigen Regelung entspricht. Auch heute hat der Bundesrat die Kompetenz, die Beträge in eigener Kompetenz festzulegen. Die Minderheit will die Beträge von 500 respektive 1000 Franken als Maximum festschreiben und damit Sicherheit für die Bevölkerung schaffen. Aus meiner Sicht handelt es sich auch um eine vertrauensbildende Massnahme. Wichtig ist aber, dass die Differenz zwischen minimaler und maximaler Beteiligung genügend gross ist, denn das ist der Hebel, der bei der Wahl des Versicherungsmodells auch Wirkung zeigen wird.

Bei beiden Modellen unterscheiden sich die beiden Beträge um den Faktor 2; sie sind diesbezüglich gleichwertig. Die

CVP/EVP/glp-Fraktion kann zu beiden Versionen stehen und hat keine explizite Präferenz.

In Artikel 64 Absatz 3bis wird die Teuerungsentwicklung angesprochen. Die Mehrheit der Kommission will, dass die Höchstbeträge des Selbstbehalts an die Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung, also an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, gekoppelt werden; die Minderheit Schenker will sie an die Lohn- und Preisentwicklung koppeln. Es ist klar, dass sich die Schere mit dem Minderheitsantrag Schenker Silvia öffnen wird. Das ist eine Fehlentwicklung, welche wir nicht zulassen dürfen. Die CVP/EVP/glp-Fraktion wird hier die Mehrheit unterstützen, weil das aus sachlichen Überlegungen das Richtige ist.

**Kleiner** Marianne (RL, AR): Wir sind mit diesem Artikel in der Tat beim Knackpunkt der Vorlage. Ich habe viel Verständnis für die Argumentation der Mehrheit – ich war dort eigentlich auch dabei. Es wäre angenehm gewesen, wenn man dem Versicherten ein Zückerchen hätte bieten können, damit er zum Managed-Care-Modell wechselt. Für die FDP-Liberale Fraktion überwiegt aber das übergeordnete Ziel. Das übergeordnete Ziel ist, dass wir nicht riskieren dürfen, dass mit der Einführung von Managed Care ein weiterer Prämien Schub erfolgt. Das wäre ganz und gar unerwünscht. Berechnungen zeigen, dass dies mittelfristig der Fall wäre, und zwar vor allem bei der Lösung der Mehrheit, die 7,5 Prozent vorsieht.

Fakt ist, dass wir seit fünf Jahren die gleichen Kostenbeteiligungen haben. Die Prämien aber sind in dieser Zeit um 30 Prozent gestiegen – bis zur Einführung des Managed-Care-Modells wären es dann 50 Prozent. Auch aus dieser Sicht ist es absolut nicht einzusehen, warum wir hier auf 7,5 Prozent gehen sollten. Ich darf Sie daran erinnern, dass Managed Care zwei Ziele hat: erstens eine bessere, weil koordinierte Versorgung der Patientinnen und Patienten, und hier besonders der chronisch Erkrankten, und zweitens eine erst mittelfristige Senkung der Kosten durch koordinierte und stringente Behandlungspfade. Wer sich keinem Managed-Care-Konzept anschliessen will, dem ist es zuzumuten, etwas tiefer in die Tasche zu greifen. Wer das nicht möchte, hat die Freiheit, in ein Managed-Care-Modell zu wechseln.

Ich möchte noch daran erinnern, dass es auch eine Obergrenze der Kostenbeteiligung geben wird. Im Moment sprechen wir von 1000 Franken, 1400 wären wahrscheinlich angemessener. Die FDP-Liberale Fraktion plädiert dafür, dass wir das dem Bundesrat übertragen, dass der Bundesrat wie bisher die Ober- und Untergrenze der Kostenbeteiligung, des Franchisebetrages, festlegen wird. Stellen Sie sich das einmal vor: Für 1000 oder 1400 Franken das ganze medizinische Angebot ein ganzes Jahr lang nutzen zu können – das ist wahrhaftig nicht zu viel. Hier dürfen Patientinnen und Patienten, was offenbar nach Aussage von Versicherungen absolut vorkommt, im Monat über zwanzig verschiedene Ärzte konsultieren, und das wird von den Versicherungen bezahlt und auch von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Wem diese 20 Prozent oder die Obergrenze von 1000 oder eventuell 1400 Franken zu hoch ist, der kann wechseln und ein einmaliges, hervorragendes medizinisches Angebot zu sehr moderaten Preisen nutzen.

Noch ein Wort zum angedrohten Referendum und zu den Kolleginnen Gilli und Schenker: Sie sehen das sehr stark aus der Sicht der Patientinnen und Patienten und der Patientenorganisationen, auch aus der Sicht der Chronischkranken. Wenn wir aber über ein Referendum abstimmen, stimmen nicht nur Patientinnen und Patienten ab, sondern die ganze Bevölkerung. Die meisten Menschen sind bis zwei Jahre vor ihrem Tod mehr oder weniger gesund. All diese wollen keinen Prämien Schub. Wenn wir die Abstimmung über Managed Care gewinnen wollen, müssen wir glaubhaft versichern können, dass diese Abstimmung nicht zu einem weiteren Prämien Schub führt.

Wir bitten Sie daher aus Sicht der FDP-Liberalen Fraktion, die Version 10 und 20 Prozent zu unterstützen und bei Artikel 64 Absatz 3 dem Bundesrat die Kompetenz zu überlassen, die Ober- und Untergrenze der Franchise festzulegen.

**Steiert Jean-François (S, FR):** Sie haben vom Abstimmungssieg gesprochen. Wenn Sie den Abstimmungssieg haben wollen, dann müssen Sie auch vermeiden, dass den Patienten eine Mehrbelastung von 300 Millionen Franken zugemutet wird. Wie erklären Sie den Patienten in der Schweiz, dass es ein Fortschritt sein soll, wenn sie mit Ihrem Modell 300 Millionen Franken mehr aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen müssen? Ich kann Ihnen sagen: Sie werden es schwer haben, eine solche Abstimmung zu gewinnen.

**Kleiner Marianne (RL, AR):** Alle Patientinnen und Patienten, auch diejenigen, die sehr viel Medizin konsumieren, bezahlen Krankenkassenprämien. Sogar die Patientinnen und Patienten, die viel konsumieren, werden ein Interesse daran haben, dass wir mit diesem Modell nicht einen neuen Kostenschub haben werden. Ich möchte hier vor allem auch an die Solidarität der Patientinnen und Patienten mit den Prämienzahlenden appellieren, die nicht viele medizinische Leistungen konsumieren. Das sind jene Leute, die für ihre Gesundheitskosten aufkommen. Es ist nicht mehr als recht, dass sie, wenn sie in diesem Managed-Care-Modell sind, zu gleichen Kosten eine hervorragende, ja sogar eine bessere Versorgung haben. Wenn sie weiterhin einfach jedes mögliche Angebot nutzen wollen, müssen sie ein bisschen mehr selber bezahlen. Es gibt, wie ich gesagt habe, auch die Solidarität zwischen denjenigen, die sehr viel Medizin konsumieren, und denjenigen, die das alles bezahlen.

**Fehr Jacqueline (S, ZH):** Vielleicht müssen wir uns nochmals vor Augen führen, weshalb jetzt gewisse Ratsmitglieder plötzlich von einem Prämien Schub sprechen, den es gäbe, wenn wir dem Ständerat folgen würden. Das tun sie deshalb, weil die Versicherung Helsana mit einem Papier lobbyiert, das diesen Prämien Schub prognostiziert, währenddem das Bundesamt für Gesundheit mit einem Papier darlegt, dass es eben mit der Version der Mehrheit der Kommission, sogar mit der Version des Ständerates nicht zu einem solchen Prämien Schub kommt. Auch hier scheint das Lobbying der Krankenversicherungen wieder zu greifen. Und ich muss Ihnen sagen: Wenn Sie diesem Lobbying folgen, dann sind Sie die Totengräber dieser Vorlage. Wenn wir eine Abstimmung haben, bei der auf der einen Seite die Patientenverbände den Patienten sagen müssen: «Achtung, diese Vorlage führt zu höheren Kosten!», und Sie auf der anderen Seite mit Prämien Schub argumentieren, sind wir hier im Saal schon heute hundertprozentig sicher, dass eine solche Vorlage beim Volk keine Mehrheit finden wird.

Wir müssen einen Weg finden, bei dem wir uns einigen können, wo wir die Anreize so setzen können, dass die Menschen in die Netzwerke gehen, ohne dass wir auf der anderen Seite eine Belastung erzeugen, die dann zu Prämien erhöhungen führt. Wir sind überzeugt und haben das vom Bundesamt für Gesundheit auch nachgerechnet erhalten, dass die Version der Mehrheit der Kommission, sogar auch die Version des Ständerates dieses Ziel erreicht. Ich bitte Sie deshalb mit Blick auf den Erfolg der Vorlage, diesen Anträgen zuzustimmen, also entweder der Mehrheit oder dann der Minderheit I (Rossini), sicher aber nicht der Minderheit II (Bortoluzzi). Der Minderheitsantrag II mit einem Selbstbehalt wie heute für Leute, die sich einem Netzwerk anschliessen, und 20 Prozent für jene, die das nicht tun, wird sicher den Absturz dieser Vorlage bedeuten. Wir werden die Leute nicht dafür gewinnen; wir werden mit keiner Vorlage eine Mehrheit finden, wo das einzige Angebot, das wir politisch machen können, lautet: «Es kostet Sie künftig mehr.» Das wird einfach keine Mehrheit finden; das ist vollkommen klar.

Noch wichtiger als dieser prozentuale Anteil, den die Menschen für ihre Gesundheitsleistungen zahlen müssen, ist der Höchstbetrag. Ich bitte Sie, hier der Minderheit Schenker Silvia zu folgen, wonach dieser Höchstbetrag im Gesetz festgehalten wird. Bundesrat Burkhalter sagt zwar auch, dass er ihn auf 500 bzw. 1000 Franken festlegen würde, wenn er es in der Verordnung machen würde. Nur frage ich Sie dann: Weshalb schreiben wir es nicht ins Gesetz und schaffen hiermit auch das Vertrauen gerade bei den chronisch kran-

ken Menschen, dass diese Vorlage für sie ein Gewinn, eine Verbesserung sein wird und nicht eine Bestrafung?

Ich bitte Sie, hier der Minderheit Schenker Silvia zu folgen. Diese Festsetzung des Höchstbetrages ist absolut entscheidend für eine Abstimmungskampagne, denn Sie wissen alle sehr, sehr wohl, wie einfach die Leute Befürchtungen hegen, dass das Gesundheitswesen teurer werden wird, und wie einfach ihnen Angst gemacht werden kann, dass sie künftig mehr bezahlen müssen. Dass die Chronischkranken hier besonders sensibel sind und dass wir, die wir fast alle auch Chronischkranke in unserem persönlichen Umfeld haben, auf sie besonders achtgeben müssen, ist wohl allen klar. Mit Blick auf diese Gruppe, mit Blick auf die ganze Vorlage bitte ich Sie, in beiden Fragen, sowohl beim prozentualen Selbstbehalt wie auch beim Höchstbetrag, dem Ständerat zu folgen – der kann ja wahrscheinlich nicht so unvernünftig sein, dass entsprechend das, was die Versicherungen jetzt sagen, stimmen könnte – und damit der Vorlage auch in einer Volksabstimmung eine echte Chance zu geben.

**Burkhalter Didier, conseiller fédéral:** Vous avez tous dit, je crois, en commençant vos interventions, que cette discussion était importante. C'est vrai, mais il ne faut quand même pas exagérer dans la dramatisation. Tout d'abord, cette discussion n'est pas terminée, c'est une étape; ensuite, ce n'est pas le seul article important de la loi; et enfin, il faut véritablement regarder l'article comme un tout et ne pas exagérer l'un ou l'autre de ses éléments. Par exemple, la quote-part est importante, mais elle est moins importante que le montant maximal: ce dernier est beaucoup plus important, en particulier pour les malades chroniques. Il faut donc pouvoir faire une appréciation globale.

Cela dit, cet article est important pour l'équilibre du dossier, pour l'équilibre objectif, je dirai, et puis pour l'équilibre politique aussi – ce qui ne veut pas dire que politique ne soit pas objectif parfois –, mais il faut en tout cas faire les deux analyses. Objectivement, le «managed care», les réseaux de soins intégrés permettent un potentiel d'économies important, considérable, environ 1 milliard de francs par an si 60 pour cent des assurés sont en «managed care», et cela avec l'une ou l'autre des variantes de participation aux coûts. Il y a évidemment des différences, mais on tourne autour du milliard de francs d'économies. Et surtout, le «managed care» permet des économies sur la durée. Il permet de maîtriser les coûts, beaucoup mieux que ce n'est le cas actuellement, sur la durée. On ne peut donc pas faire simplement une photographie, mais il faut voir le film et là, en l'occurrence, le film est un film de longue durée sur lequel on peut véritablement influencer avec les réseaux de soins intégrés.

Les incitations financières sont nécessaires pour qu'il y ait le passage de nombreux assurés vers le «managed care». Cet article est aussi important politiquement, parce que la charge individuelle de la participation aux coûts doit rester juste et compréhensible, évidemment de manière générale, mais tout spécialement en vue du débat avec la population en cas de votation populaire. Donc, et même si ce n'est pas à la mode, même si ce n'est pas encore forcément pour aujourd'hui non plus, il faudra trouver un compromis juste et bon, pas tellement entre les différentes forces politiques en présence, mais en fonction des différents objectifs que l'on vise à cet article.

Il faut assez d'incitations pour que le «managed care» soit attractif dès le début. Il faut une participation aux coûts qui ne soit pas trop basse, parce que cela impliquerait en effet une baisse des réductions des primes, en particulier pour le «managed care». Et si c'est le cas au début, l'incitation pour choisir le «managed care» sera peut-être fortement amoindrie. Puis, il faut aussi que la différence entre les différents modèles ne soit pas trop grande. Il faut aussi maintenir l'objectif de responsabilisation individuelle recherché par la participation aux coûts. Il faut quand même le rappeler: cet élément ne doit pas disparaître tout à coup.

Nous avons donc trois modèles pour la quote-part à l'alinéa 2, à savoir 20 pour cent/10 pour cent, 15 pour cent/



5 pour cent et 15 pour cent/7,5 pour cent. Les trois modèles – et c'est pour cela qu'il faut rester calme – vont dans la bonne direction pour ce qui est de l'incitation à l'égard des modèles de réseaux de soins intégrés.

Le modèle 20 pour cent/10 pour cent n'a pas de véritable défaut à part un quand même, celui de son accueil auprès de la population lors d'une votation populaire. Il y a donc une appréciation politique à faire avec le modèle 20 pour cent/10 pour cent en particulier.

Le modèle 15 pour cent/5 pour cent a un défaut: la quote-part de 5 pour cent maximum – je rappelle qu'il s'agit toujours d'un maximum pour les «managed care» – risque de réduire les rabais de primes pour les modèles de «managed care» au début. Cela peut, comme je vous l'ai dit, poser un problème pour inciter rapidement un maximum de personnes à choisir ces modèles de manière à ce que l'on atteigne les objectifs élevés souhaités.

Le modèle 15 pour cent/7,5 pour cent, donc celui de la majorité de la commission, constitue déjà une bonne esquisse de compromis. Il minimise les défauts des autres modèles, qui ne sont pas mauvais, mais qui ont quelques défauts.

Pour le Conseil fédéral, la situation est la suivante: nous sommes d'avis qu'il ne faut pas surévaluer l'importance de la question de la quote-part. Il serait en particulier faux d'en faire un casus belli, parce que la quote-part ne peut être estimée que lorsqu'on a également la décision sur le montant maximal annuel. C'est en effet le montant maximal annuel qui est le plus important; le Conseil fédéral est favorable à une grande clarté sur ce sujet. Nous voulons que le débat avec la population se fasse dans la plus grande clarté et nous sommes favorables à l'inscription dans la loi du montant maximal annuel à l'alinéa 3, de manière à ce que les règles du jeu soient clairement formulées d'emblée. Cela dit, si vous décidiez de ne pas inscrire de montant maximal annuel dans la loi, nous ferions en sorte que les règles du jeu soient parfaitement connues de la population dans le débat populaire en cas de votation.

Nous sommes donc favorables à ce stade à la proposition de la majorité à l'alinéa 2, de manière à se diriger vers un compromis et à maintenir encore une divergence avec le Conseil des Etats sur ce point. Nous sommes favorables à la proposition de la minorité Schenker Silvia à l'alinéa 3, c'est-à-dire à la version du Conseil des Etats.

**Humbel Ruth** (CEg, AG), für die Kommission: Der Artikel betreffend Kostenbeteiligung ist ein zentraler Artikel dieser Vorlage. Er nimmt die Versicherten in die Pflicht, und er schafft auch Anreize für die Wahl der integrierten Versorgung.

Wir haben drei Varianten zur Wahl: Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen 7,5 Prozent in Versorgungsnetzen und 15 Prozent ausserhalb, die Minderheit I (Rossini) beantragt Ihnen, wie der Ständerat, 5 und 15 Prozent, die Minderheit II (Bortoluzzi) beantragt Ihnen Festhalten, also 10 und 20 Prozent. Beim Entscheid über die Höhe der Kostenbeteiligung stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien zu entscheiden ist. Wollen wir die Kostenbeteiligung gegenüber heute senken, was Prämien erhöhungen zur Folge hat, oder wollen wir Versicherten ausserhalb von Netzen eine etwas erhöhte Kostenbeteiligung zumuten, um damit durch den Systemwechsel nicht die Prämien ansteigen zu lassen? Es wurde gesagt, wir spürten die Kostenbeteiligungen. Aber wir spüren eben auch die Prämien, die Prämien spüren Versicherte wie Patienten immer zuerst.

Es wurde ein Helsana-Papier zitiert. Dazu möchte ich sagen, dass wir auch vom Bundesamt für Gesundheit ein Papier bekommen haben, welches das Kosteneinsparpotenzial und mögliche Folgen auf die Kostenbeteiligung und die Prämien aufgezeigt hat. Ich bin sicher, dass dieses Modell, die integrierte Versorgung, mittelfristig Kosteneinsparungen bringen wird, aber beim Start, beim Punkt null, an dem wir das neue System einführen, ist die Situation eben anders. Da ist es nicht eine Frage von Papieren oder von Lobbying, sondern eine Frage des gesunden Menschenverstandes, ob es Auswirkungen auf die Prämien hat, wenn die Kostenbeteiligung reduziert wird. Zu bedenken ist auch, dass wir seit

rund fünf Jahren die gleiche Kostenbeteiligung haben, während die Prämien doch um etwa 30 Prozent gestiegen sind. Bis zum Inkrafttreten wird es noch eine Weile dauern, da wird die Kostenbeteiligung weiter gleich bleiben und werden die Prämien ansteigen.

Wir alle, Versicherte und Patienten, bezahlen Prämien. Die Frage ist einfach: Wollen wir mit dem Systemwechsel zum Einführungszeitpunkt höhere Prämien verantworten?

Der Ständerat möchte einen Anreiz setzen, insbesondere aus referendumpolitischen Überlegungen, um die Leute zu motivieren, in integrierte Versorgungsnetze zu gehen. Damit glaubt der Ständerat auch die Gegner der Managed-Care-Vorlage ins Boot holen zu können. Die Kommissionsmehrheit schlägt Ihnen einen Kompromiss vor, mit 7,5 und 15 Prozent, auch dies primär aus referendumpolitischen Überlegungen. Wir glauben nämlich, dass damit die referendumpolitisch heikle Grenze erreicht ist.

Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, dieser zu folgen; die Kommission hat mit 12 zu 10 Stimmen bei 3 Enthaltungen entschieden.

Mit 13 zu 12 Stimmen bei 1 Enthaltung hat die Kommission beschlossen, bei Artikel 64 Absatz 3 an der nationalrätlichen Fassung festzuhalten. Wie bisher soll die maximale Kostenbeteiligung vom Bundesrat per Verordnung erlassen werden. Wir fordern einfach, dass die maximale Kostenbeteiligung in integrierten Versorgungsnetzen nur halb so hoch sein darf wie ausserhalb der Netze. Sollte bei Absatz 3 nicht die nationalrätliche, sondern die ständerätliche Fassung gemäss Antrag der Minderheit eine Mehrheit finden, beantragt Ihnen die klare Kommissionsmehrheit eine Anpassung der Kostenbeteiligung an die Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung, wie sie vom Ständerat beschlossen worden ist. Im Namen der Kommissionsmehrheit beantrage ich Ihnen, hier nicht der Minderheit zu folgen.

**Cassis Ignazio** (RL, TI), per la commissione: A nome della maggioranza della commissione desidero invitarvi a trovare un compromesso su questo punto. Come è stato detto, si tratta di un articolo importante. Credo che non abbiamo il diritto di considerare questo articolo il perno della legge. Il perno della legge mira a migliorare la qualità dell'assistenza medica ai nostri pazienti e non dobbiamo ritenere, come troppo spesso facciamo, che la questione monetaria, la questione del finanziamento sia l'alfa e l'omega di tutta la discussione e l'altare, sul quale si scontrano la destra e la sinistra, e che su questo altare tutto debba essere sacrificato. Siamo in un Parlamento che lavora sulla base della ricerca del consenso e mi appello alla vostra maturità politica per cercare un consenso su questo punto, che evidentemente è delicato, ma che è uno dei tanti punti chiave di questa modifica di legge molto importante.

La participation aux coûts se compose de la franchise et de la quote-part. A l'article 64, nous avons affaire à la question de la quote-part. Celle-ci est divisée en pourcentage et montant maximal annuel. Nous avons ici trois modèles: celui de la majorité prévoit une quote-part de 15 pour cent si l'on n'est pas dans un réseau de soins ou de 7,5 pour cent si l'on est dans un réseau. La minorité I (Rossini) veut des quotes-parts de 15 pour cent ou de 5 pour cent: 5 pour cent si l'on est dans un réseau, 15 pour cent hors d'un réseau. La minorité II (Bortoluzzi) souhaite des quotes-parts de 10 pour cent si l'on est dans un réseau ou de 20 pour cent hors d'un réseau.

Pour ce qui est du montant maximal annuel, vous savez toutes et tous qu'il est de 700 francs aujourd'hui. Selon le projet, on irait dans la direction de 500 francs et 1000 francs au cas où ce serait au Conseil fédéral de décider, Monsieur le conseiller fédéral Burkhalter nous l'a répété plusieurs fois, mais aussi au cas où nous devrions l'inscrire dans la loi.

Plus la participation aux coûts est petite, plus les primes doivent être élevées; l'argent doit bien arriver de quelque part. Nous sommes en train de rechercher le meilleur équilibre possible entre une participation aux coûts qui soit en même temps une incitation financière pour faire entrer les patients dans les réseaux de soins intégrés – c'est ce que nous

voulons, c'est bien pour cette raison-là que nous en débattons –, et en même temps faire attention à ne pas trop charger financièrement les personnes en bonne santé et les personnes malades.

La commission, par 12 voix contre 10, vous propose d'aller dans la direction du compromis: quote-part de 7,5 pour cent si l'on est dans un réseau de soins ou 15 pour cent hors d'un réseau, avec un montant maximal annuel à fixer par le Conseil fédéral. Celui-ci aurait aussi la compétence de l'adapter à l'augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. La majorité de la commission pense que le Conseil fédéral est compétent pour régler ce point sans que ce soit au Parlement de le faire.

Evidemment, il y a des réflexions politiques à mener vu qu'un référendum pourrait être lancé. Mais ne l'oublions pas: nous n'en sommes pas au stade du vote final; il y a encore la possibilité que le Conseil des Etats, comme il le fait souvent, améliore la situation.

Je vous invite donc à soutenir clairement la proposition de la majorité à l'article 64.

*Abs. 2 Bst. b, c – Al. 2 let. b, c*

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5098)

Für den Antrag der Mehrheit ... 63 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 60 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5099)

Für den Antrag der Minderheit II ... 95 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 80 Stimmen

*Abs. 3 – Al. 3*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5103)

Für den Antrag der Mehrheit ... 111 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 68 Stimmen

*Abs. 3bis – Al. 3bis*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5100)

Für den Antrag der Mehrheit ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 66 Stimmen

**Le président** (Germanier Jean-René, président): Ce vote est également valable pour les dispositions transitoires au chiffre Iter alinéa 4.

**Ziff. Iter**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

Festhalten

*Abs. 3*

... weitere Massnahmen vor. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen zur Sicherstellung eines flächendeckenden Angebotes wird die Verpflichtung der Versicherer nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g sistiert.

*Abs. 4*

Streichen

*Antrag der Minderheit*

(Schenker Silvia, Fehr Jacqueline, Gilli, Goll, Meyer Thérèse, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Robbiani, Rossini, Weber-Gobet)

*Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag Prelicz-Huber*

*Abs. 3*

Festhalten

*Antrag Fehr Jacqueline*

*Abs. 3*

... Massnahmen vor. Für Versicherer, welche der Angebotspflicht gemäss Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g nach Ablauf der dreijährigen Einführungsphase nicht nachkommen, wird die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung gemäss Artikel 13 Absatz 1 befristet und mit Auflagen erteilt. Für Versicherte, deren Versicherung keine Versicherungsformen nach Artikel 41c anbieten, beträgt die Kostenbeteiligung 10 Prozent der die Franchisen übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

**Ch. Iter**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1*

Maintenir

*Al. 3*

... d'autres mesures au Parlement. Jusqu'à l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions visant à garantir une offre généralisée, l'obligation des assureurs selon l'article 13 alinéa 2 lettre g est suspendue.

*Al. 4*

Biffer

*Proposition de la minorité*

(Schenker Silvia, Fehr Jacqueline, Gilli, Goll, Meyer Thérèse, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Robbiani, Rossini, Weber-Gobet)

*Al. 4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition Prelicz-Huber*

*Al. 3*

Maintenir

*Proposition Fehr Jacqueline*

*Al. 3*

... le Conseil fédéral propose d'autres mesures au Parlement. Les assureurs qui n'observent pas l'obligation prévue à l'article 13 alinéa 2 lettre g, à l'issue de la phase d'introduction de trois ans, verront leur autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale visée à l'article 13 alinéa 1 limitée et soumise à des conditions. Pour les assurés dont l'assurance ne propose aucune forme d'assurance au sens de l'article 41c, la participation aux coûts s'élève à 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

**Prelicz-Huber** Katharina (G, ZH): Noch einmal: Ziel dieser Vorlage war und ist – so hoffe ich – die breite Förderung von Managed Care. Dies ist aber nur möglich, wenn alle Patientinnen und Patienten Zugang zu Managed-Care-Modellen haben, egal bei welcher Versicherung sie versichert sind oder ob sie in Randregionen leben. Die Krankenkassen müssen die Verpflichtung haben, ihren Versicherten als flächendeckendes Angebot Netzwerke anzubieten. Die Krankenkassen müssen mit allen Netzen Verträge abschliessen, wenn die Qualität stimmt. Und die Vertragspflicht muss gewährleistet bleiben. Deshalb haben wir ja auch bei Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g mehrheitlich so entschieden.

Mit der vorliegenden Ergänzung der SGK-NR wird nun die Bestimmung in Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g obsolet. Sind nämlich Managed-Care-Modelle nach drei Jahren nicht flächendeckend eingeführt, wird, bis es dann neue Bestimmungen gibt, wie die Ergänzung aussagt, die Verpflichtung für die Versicherer sistiert, mit jedem qualitativ guten Netzwerk einen Vertrag abzuschliessen. Damit wird Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g aufgehoben und quasi durch die Hintertür die flächendeckende Einführung von Managed Care wieder verhindert.

Ich bitte Sie deshalb, meinem Einzelantrag zuzustimmen; dies ganz im Sinne des heutigen Mehrheitsbeschlusses zu Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g.

**Fehr** Jacqueline (S, ZH): Ich schlage Ihnen in meinem Einzelantrag zwei Dinge vor: einerseits eine Änderung gegen-

über der Lösung des Nationalrates und andererseits eine Klärung, was mit jenen Versicherten passiert, die kein Netzwerk haben, und wie viel Selbstbehalt sie bezahlen müssen. Zum ersten Punkt: Wenn wir die Version des Nationalrates übernehmen, dann wäre die Regelung so, dass eine Versicherung in einer Region nach Ablauf der drei Jahre Übergangsfrist die Zulassung verlieren würde, wenn sie kein Netzwerk anbieten würde. Das ist tatsächlich eine sehr asymmetrische Kräfteverteilung, weil es für die Ärztenetzwerke dann natürlich möglich wäre, keine Verträge abzuschliessen, weil sie wüssten, dass die Versicherung damit die Zulassung verlieren würde. Das ist nicht im Sinne des Gesetzgebers. Ich schlage Ihnen deshalb vor, dass eine Versicherung, die in einer Region nach drei Jahren kein Netzwerk anbietet, die Zulassung grundsätzlich vorübergehend behalten kann, man sie aber mit Auflagen versehen kann. Es kommt nämlich darauf an, ob vor allem die Versicherung oder das Ärztenetzwerk für den Nichtvertragsabschluss verantwortlich ist. Die Version, wie sie die Mehrheit der Kommission vorschlägt, trägt diesem Anliegen nicht Rechnung, weil sie Artikel 13 Absatz 2 Litera b einfach ausser Kraft setzt. Das ist nicht die Absicht, die die Kommission eigentlich hatte.

Zum zweiten Punkt: Ich schlage vor, dass wir klären, was bezüglich Selbstbehalt mit den Versicherten ist, die in einer Region wohnen, wo es kein Netzwerk gibt. Ich schlage Ihnen vor, dass für diese Versicherten der Selbstbehalt von 10 Prozent, wie er heute gilt, weiterhin gilt. Diese Klärung müssen wir vornehmen, weil es bis jetzt grosse Missverständnisse gegeben hat. Ich könnte mir, sollte sich der Ständerat durchsetzen, für die weitere Differenzbereinigung auch vorstellen, dass man sich dann der tieferen Kostenbeteiligung anschliesst. Aber im Moment schlage ich Ihnen eine Kostenbeteiligung von 10 Prozent vor.

Ich bin überzeugt, dass die Version, wie sie die Mehrheit der Kommission beschlossen hat, zwar ein wichtiges Problem aufnimmt und zu lösen versucht, dass sie es aber falsch löst, dass sie mit der Aufhebung von Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g die falsche Lösung vorschlägt. Es geht nicht darum, die Versicherungen aus der Pflicht zu entlassen, Netzwerke anzubieten; es geht darum zu verhindern, dass sie die Zulassungsbewilligung verlieren, wenn sie kein Netzwerk anbieten.

Ich bitte Sie, hier diese Korrektur vorzunehmen und damit dem Ständerat die Möglichkeit zu geben, die Sache noch einmal genau anzuschauen.

**Schenker Silvia (S, BS):** Der Antrag Fehr Jacqueline enthält zwei wichtige Elemente. Wir müssen erstens wissen, was zu tun ist, wenn die Kassen ihren Versicherten nicht wie gewünscht und angestrebt ein ausreichendes Angebot an Versorgungsnetzen zur Verfügung stellen, damit sich die Versicherten dort behandeln lassen können. Zweitens müssen wir sicherstellen, dass die Versicherten nicht mit einem höheren Selbstbehalt bestraft werden, wenn sie die Wahlmöglichkeit mangels Angebot gar nicht haben. Für diese beiden Fälle bietet der Antrag Fehr Jacqueline eine Lösung. Einerseits wird es möglich, die Kassen unter Druck zu setzen, indem sie die notwendige Bewilligung nur befristet und nur mit Auflagen erhalten. Das ist ganz sicher ein wirkungsvolles Instrument.

Andererseits stellt der Antrag Fehr Jacqueline sicher, dass nicht die Versicherten für etwas bestraft werden, was sie selber gar nicht beeinflussen können. Wenn nämlich meine Versicherung das Angebot nicht zur Verfügung stellt, will ich nicht mit einem erhöhten Selbstbehalt dafür bestraft werden, dass ich das Angebot nicht nutzen kann. Ebenfalls ist es keine Lösung, wenn argumentiert wird, ich könne in einem solchen Fall dann ja die Versicherung respektive die Krankenkasse wechseln. Gerade für ältere Versicherte ist das keine Option. Wer nämlich noch eine kleine Zusatzversicherung hat, z. B. für Leistungen der Komplementärmedizin, will die Kasse aus diesem Grunde vielleicht gar nicht wechseln. Denn es ist eben sehr umständlich und kompliziert, wenn man bei einer Versicherung die Grundversicherung und bei

einer anderen eine kleine Zusatzversicherung hat. Ausserdem – das ist jetzt meine persönliche Meinung – sollte der Kassenwechsel seitens des Gesetzgebers nicht noch gefördert oder fast erzwungen werden.

Ich bitte Sie, dem Einzelantrag Fehr Jacqueline zuzustimmen. Er löst zwei Probleme auf einen Streich und ist sehr zielgerichtet.

**Le président (Germanier Jean-René, président):** Le groupe libéral-radical et le groupe PDC/PEV/PVL soutiennent la proposition de la majorité.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Die Kommission hat hier ein Element zusätzlich aufgenommen, weil man entdeckt hat, dass den Kassen die Zulassung abgesprochen werden müsste, wenn sie die Bedingungen zur Zulassung, das heisst ein Netzwerk, nicht erfüllten. Darum hat man in Absatz 3 der Übergangsbestimmungen diesen Zusatz aufgenommen. Das ist an sich auch richtig so. Frau Fehr schlägt mit ihrem Antrag nun vor, dass die Zulassungen für die Versicherungen mit Auflagen versehen werden müssen, wenn sie diese Netzwerke nicht anbieten. Wie diese Auflagen dann allerdings aussehen, das weiss niemand so genau. Auf der anderen Seite ist zuzugeben, dass auch die Version der Kommission es offenlässt, was zu geschehen hat, wenn Versicherungen dieses Angebot nicht machen, obwohl sie eigentlich dazu verpflichtet wären. Das ist in etwa das Problem.

Ich persönlich werde den Antrag Fehr Jacqueline unterstützen. Das schafft dann auch die Möglichkeit zur Aussage, dass die Kassen hier etwas stärker in die Pflicht genommen werden, wenn sie ihrem Auftrag in den nächsten drei Jahren nicht nachkommen. Ich glaube, das ist nicht grundsätzlich falsch. Sie haben sich mehrheitlich für die Variante «differenzierter Selbstbehalt 10 und 20 Prozent» entschieden. Im Antrag Fehr Jacqueline ist jetzt festgehalten – das lässt sich auch vertreten –, dass dort, wo diese Netzwerke nicht bestehen, die Kostenbeteiligung bei 10 Prozent bleibt. Das ist sicher auch politisch richtig und gerecht. So gesehen kann man diesen Antrag unterstützen, denn damit wird auch eine klare Differenz zum Ständerat geschaffen. Dieser hat dann die Gelegenheit, sich diese Frage nochmals anzusehen.

**Burkhalter Didier, conseiller fédéral:** Cela va un peu plus vite que d'habitude! (*Hilarité*)

L'alinéa 3 des dispositions transitoires aborde le cas où, après trois ans, il n'y a pas d'offre généralisée de réseaux de soins intégrés. Dans ce cas, le Conseil fédéral doit proposer d'autres mesures au Parlement. L'ajout proposé par la commission du Conseil national est justifié, car les assureurs ne doivent pas être sanctionnés alors que les fournisseurs de prestations n'ont pas créé de réseau de soins. Dans ce cas, on peut donc en effet suspendre la condition qui a été ajoutée tout à l'heure via l'article 13 alinéa 2 lettre g.

C'est pourquoi nous ne soutenons pas la proposition Prelicz-Huber et estimons que vous devez soutenir la proposition de la majorité de la commission. De toute manière, nous créons avec cela une divergence, et nous pourrions revoir ce point assez technique dans le cadre de la discussion au Conseil des Etats.

Cernant la proposition Fehr Jacqueline, en particulier sa dernière partie, j'aimerais rappeler que, selon l'alinéa 2, si l'offre en réseaux de soins est suffisante dans une région, alors le Conseil fédéral applique la quote-part différenciée sans attendre. Si la proposition Fehr Jacqueline était soutenue, on pourrait se retrouver dans une situation mauvaise à notre sens: vous avez, dans une région, tous les assureurs qui proposent des modèles de réseaux de soins intégrés sauf un, et cet assureur pourrait à ce moment-là continuer à appliquer la même quote-part qu'auparavant.

Et nous ne souhaiterions pas que tout à coup, avec cette disposition, il y ait une incitation à une nouvelle sélection des risques alors même que, dans cette région, l'offre en réseaux de soins intégrés est garantie par les autres assureurs. C'est pourquoi nous voyons des défauts dans la proposition Fehr Jacqueline telle qu'elle est actuellement formu-



lée. De toute manière, si vous soutenez soit la proposition de la majorité, soit la proposition Fehr Jacqueline, il y aura une divergence qui est peut-être souhaitable, dans la mesure où une formulation plus précise pourra encore être trouvée par le Conseil des Etats.

**Humbel Ruth** (CEg, AG), für die Kommission: Wir verpflichten mit dieser Vorlage die Versicherungen, Versicherungsprodukte für die integrierte Versorgung anzubieten. Auf der anderen Seite besteht aber keine Verpflichtung der Leistungserbringer, sich in Netzen zusammenzuschliessen. Das führt zu einem gewissen Spannungsfeld. Um den Zugang zur integrierten Versorgung sicherzustellen, braucht es neben dem Versicherungsangebot der Krankenversicherer überhaupt erst das Angebot an integrierten Netzen. Was passiert, wenn keine Netze zur Verfügung stehen?

Wir haben in den Übergangsbestimmungen vorgesehen, dass der Bundesrat Massnahmen vorsieht, sofern innerhalb von drei Jahren nach Einführung dieser Vorlage keine genügende Abdeckung vorhanden ist. Wir haben, was die Angebotspflicht der Krankenversicherer betrifft, zwei Varianten. Entweder bieten die Krankenversicherer das Versicherungsprodukt nicht an, obwohl auf der Seite der Leistungserbringer die Möglichkeiten der integrierten Versorgung vorhanden wären. In diesem Fall gibt es Sanktionen des BAG im Zusammenhang mit der Betriebsbewilligung. Es gibt aber auch die zweite Variante, dass die Krankenversicherer ihrer Verpflichtung flächendeckend nachkommen, dass sie aber keine Vertragspartner finden, weil in gewissen Regionen schlicht noch keine integrierten Versorgungsnetze vorhanden sind und sich die Ärzte nicht in Netzen zusammenschliessen, um die Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Was passiert in diesem Fall? In diesem Fall können nicht die Krankenversicherer sanktioniert werden. Diese Problematik wurde in der Kommission erkannt, und entsprechend hat die Kommissionsmehrheit die vorliegende Lösung beschlossen.

Es mag nun sein, dass da gewisse Überlegungen bei der Gesetzesformulierung nicht ganz präzise durchgekommen sind. Der Antrag Fehr Jacqueline nimmt diesen Gedanken auf und fasst ihn in eine präzisere Form. Dieser Antrag lag in der Kommission nicht vor. Ich denke aber, er geht in die Richtung, wie wir sie diskutiert haben.

Wichtig ist in dieser Frage sicher, dass wir eine Differenz zum Ständerat beschliessen. Insofern bitte ich Sie, entweder der Kommission zu folgen oder dem Antrag Fehr Jacqueline zuzustimmen und den Antrag Prelicz-Huber abzulehnen.

**Cassisi Ignazio** (RL, TI), pour la commission: Je crois que je peux être bref. Nous sommes dans les dispositions transitoires et nous avons à l'alinéa 3 deux propositions qui n'ont pas été discutées en commission. La proposition Fehr Jacqueline est assez proche de celle de la majorité de la commission; elle l'améliore. Que l'on vote la proposition de la majorité de la commission ou la proposition Fehr Jacqueline, on créera une divergence avec le Conseil des Etats, ce qui lui donnerait la possibilité de régler de manière très fine la question. Je ne crois pas qu'il vaille la peine de prolonger le débat sur cette question.

Formellement, je vous invite quand même à soutenir la proposition de la majorité de la commission puisque cette dernière n'a discuté ni la proposition Fehr Jacqueline, ni la proposition Prelicz-Huber.

*Abs. 1, 4 – Al. 1, 4*

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

*Abs. 3 – Al. 3*

*Erste Abstimmung – Premier vote*

*(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/5101)*

Für den Antrag Fehr Jacqueline ... 102 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 61 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

Für den Antrag Fehr Jacqueline ... 151 Stimmen

Für den Antrag Prelicz-Huber ... 13 Stimmen

06.476

## Parlamentarische Initiative

**Fasel Hugo.**

**Ein Kind, eine Zulage**

**Initiative parlementaire**

**Fasel Hugo.**

**Un enfant, une allocation**

*Différences – Divergences*

*Einreichungsdatum 06.12.06*

*Date de dépôt 06.12.06*

Bericht SGK-NR 04.05.09 (BBI 2009 5991)

Rapport CSSS-CN 04.05.09 (FF 2009 5389)

Stellungnahme des Bundesrates 26.08.09 (BBI 2009 6009)

Avis du Conseil fédéral 26.08.09 (FF 2009 5407)

Nationalrat/Conseil national 10.12.09 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 03.03.10 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 15.03.10 (Différences – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 16.03.10 (Différences – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 01.03.11 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Différences – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 18.03.11 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 18.03.11 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2011 2699)

Texte de l'acte législatif (FF 2011 2521)

## Bundesgesetz über die Familienzulagen

**Loi fédérale sur les allocations familiales**

**Art. 16 Abs. 2bis, 3**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 16 al. 2bis, 3**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Rossini Stéphane** (S, VS), pour la commission: Nous arrivons au bout du périple de cette modification de la loi sur les allocations familiales en lien avec le traitement de l'initiative parlementaire de notre ancien collègue Hugo Fasel, «Un enfant, une allocation». Après un certain nombre de péripéties, le principe «un enfant, une allocation» est désormais intégré: le projet issu de l'initiative parlementaire a été débattu par notre conseil; il a été débattu aussi par le Conseil des Etats qui y a apporté deux modifications. C'est simplement sur ces deux modifications que je souhaite brièvement m'exprimer.

A l'article 16, le Conseil des Etats a introduit un alinéa 2bis prévoyant la possibilité, au sein d'une même caisse, de moduler le taux de cotisation entre les catégories de membres de la caisse que sont d'un côté les salariés et de l'autre les indépendants. Cette possibilité est ouverte pour les cantons. C'est identique pour l'alinéa 3, où les cotisations pour les personnes indépendantes ne sont prélevées que sur la part du revenu qui est soumise à cotisation dans le cadre de l'assurance-accidents – on a souvent cette référence dans le débat sur les assurances sociales. Donc, pour la catégorie des indépendants uniquement, le Conseil des Etats a plafonné le revenu déterminant.

Voilà les deux modifications qui ont été décidées par le Conseil des Etats et adoptées par votre commission.

Je vous invite à soutenir la proposition de la commission, afin que ce projet puisse enfin aboutir.