

Die Forderungen des Motionärs seien zwar berechtigt, aber eigentlich wenig hilfreich für die künftige Weiterentwicklung des BVG. Bemängelt wurde in der Kommission zudem eine gewisse Widersprüchlichkeit, weil nämlich für die Zielerreichung der Motion sogar zusätzliche Regelungen nötig sein könnten, und bemängelt wurde auch die Unbestimmtheit der Formulierung des Motionstextes. Ein Sistierungsantrag wurde aber zurückgezogen. Schliesslich hat sich Ihre Kommission mit 13 zu 3 Stimmen bei 6 Enthaltungen, also mit nicht sehr grosser Begeisterung, für eine Annahme der Motion entschieden.

Im Namen Ihrer Kommission empfehle ich Ihnen also, die Motion Graber Konrad anzunehmen.

**Burkhalter** Didier, conseiller fédéral: On ne peut en effet pas vraiment parler de «Begeisterung» autour de cette motion. Personne ne s'y oppose vraiment. Il s'agit de simplifier la prévoyance professionnelle et évidemment que tout le monde est en soi d'accord sur le fait qu'il faudrait simplifier ce qui est ou ce qui apparaît parfois comme étant trop compliqué.

J'aimerais tout d'abord dire, au nom du Conseil fédéral, qu'il y a des raisons à la complexité du système. Si la législation qui régit le deuxième pilier est aujourd'hui «compliquée», c'est avant tout parce que depuis l'entrée en vigueur de la LPP, le 1er janvier 1985, les garanties offertes aux assurés se sont multipliées. On peut penser ici en particulier à l'introduction, en 1995, de la loi sur le libre passage, qui n'a pas simplifié les choses; on peut penser aussi à la question compliquée de la compensation de la prévoyance en cas de divorce. Et ce ne sont bien sûr que deux exemples parmi tant d'autres, qui montrent au fond que la prévoyance professionnelle est aussi un peu le miroir de la complexité de notre société et de ses évolutions sociales.

La transparence qui est réclamée très largement, notamment par cette motion, va également de pair avec un développement supplémentaire de la législation. Ainsi, par exemple, la réforme structurelle qui va entrer en vigueur – et qui est d'ailleurs déjà entrée en vigueur, en partie – devrait remédier aux déviances actuelles, en améliorant la transparence et la gouvernance des caisses de pension. Il est donc vrai, comme la commission le dit et comme vous venez de l'entendre de la part de son rapporteur, qu'il y a une certaine contradiction – ce n'est pas vraiment encore de la schizophrénie, mais c'est en tout cas de la contradiction: d'une part, on veut améliorer la transparence, ce qui nécessite notamment de compléter la loi, mais d'autre part on veut simplifier le cadre légal du deuxième pilier. On a une sorte de conflit potentiel assez constant entre la sécurité souhaitée, maximale si possible, et la liberté, qui est également un objectif très important dans ce domaine.

Parfois, il faudra quand même choisir, parce qu'il n'est pas possible d'avoir les deux – en tout cas pas les deux à cent pour cent. Il faut donc trouver un juste équilibre. Et le Conseil fédéral se prononce finalement tout de même en faveur de cette motion, comme la commission, et avec le même relatif enthousiasme, car il est important que cette législation sur la prévoyance professionnelle reste la plus compréhensible, la plus transparente et puis aussi la plus efficiente possible. Cela, c'est en fait une mission constante et on n'aurait même pas besoin d'une motion pour cela. Mais enfin, si la motion le demande, on ne peut pas non plus le nier. Il est nécessaire, dans l'ensemble des actions qui touchent à la prévoyance professionnelle, de viser la compréhension, la transparence et l'efficience.

Cette question va donc être examinée avec soin, bien sûr, comme toutes les autres, mais dans le cadre du rapport sur l'avenir du deuxième pilier, dont le but est précisément de faire un état des lieux général. Ce rapport sur l'avenir du deuxième pilier, qui est en train d'être discuté, avec le concours de la Commission fédérale LPP, portera sur toutes les questions de financement, de structure, d'adaptation à l'évolution sociale. Je vous donne le planning du rapport à titre d'information: nous en sommes actuellement aux allers et retours avec la Commission fédérale LPP, et puis nous envi-

sageons, à la fin de cette année ou au tout début de l'année 2012, la mise en consultation de ce rapport avec, ensuite, l'adoption par le Conseil fédéral et le débat au Parlement.

Par ailleurs, nous progressons également dans notre projet d'avoir un débat aussi transparent que possible: en plus du rapport dont je viens de parler, nous avons par exemple les résultats d'études comme celle qui porte sur les frais de gestion de la fortune du deuxième pilier. Cette étude, qui est importante pour pouvoir prendre les décisions du futur dans le domaine du deuxième pilier également, a été publiée juste avant l'été; elle relève de cette volonté de transparence qui, parfois, implique quand même que la complexité reste présente malgré tout dans ce dossier des assurances sociales, et tout spécialement dans celui de la prévoyance professionnelle.

**Le président** (Germanier Jean-René, président): La commission et le Conseil fédéral proposent d'adopter la motion.

*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 (BBI 2004 5599)  
Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5257)  
Ständerat/Conseil des Etats 05.12.06 (Erstrat – Premier Conseil)  
Ständerat/Conseil des Etats 13.06.07 (Fortsetzung – Suite)  
Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)  
Ständerat/Conseil des Etats 04.03.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 17.09.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 18.09.08 (Differenzen – Divergences)  
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 24.09.08  
Ständerat/Conseil des Etats 01.10.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 01.10.08 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)  
Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)  
Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)  
Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)  
Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)  
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11  
Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)  
Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)

### **1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)**

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

##### **Art. 12 Abs. 5**

*Antrag der Mehrheit*

Festhalten

*Antrag der Minderheit I*

(Ruey, Cassis, Fehr Jacqueline, Heim, Humber, Kleiner, Meyer Thérèse, Robbiani, Schenker Silvia, Triponez)

Festhalten



**Antrag der Minderheit II**  
 (Weibel, Humbel, Robbiani, Ruey, Triponez)  
 Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 12 al. 5**  
*Proposition de la majorité*  
 Maintenir

*Proposition de la minorité I*  
 (Ruey, Cassis, Fehr Jacqueline, Heim, Humbel, Kleiner, Meyer Thérèse, Robbiani, Schenker Silvia, Triponez)  
 Maintenir

*Proposition de la minorité II*  
 (Weibel, Humbel, Robbiani, Ruey, Triponez)  
 Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Ruey** Claude (RL, VD): Nous sommes donc, je le rappelle, dans le débat sur les réseaux de soins intégrés. Parmi les divergences, il y en a une qui est d'importance: faut-il que les réseaux de soins puissent être gérés en toute indépendance par rapport aux assureurs-maladie ou ceux-ci peuvent-ils prendre part à la gestion des réseaux de soins? La majorité des membres de notre conseil veut à tout prix que les réseaux de soins soient totalement indépendants des assureurs. Le Conseil des Etats est d'un avis diamétralement opposé. Or la minorité que je représente constate que ni l'une ni l'autre de ces positions ne sont réalisables aujourd'hui, que ni l'une ni l'autre ne sont réalistes.

Sur les principes, on peut parfaitement comprendre qu'on veuille établir une distinction entre les payeurs – ou les régulateurs – et les prestataires de soins. Cela fait partie des principes parfaitement admissibles, ce qui devrait d'ailleurs conduire – je pense en particulier à la gauche de cette assemblée – une partie de cette gauche à vouloir aussi cette indépendance entre les prestataires de soins et les régulateurs et payeurs dans le domaine hospitalier. Jusqu'à maintenant, je n'ai pas vu cette cohérence dans le domaine hospitalier, où l'on continue à accepter que le canton soit à la fois propriétaire, investisseur, régulateur, autorité de recours, autorité de police – j'en passe et des meilleures –, au risque que la gouvernance soit de très mauvais acabit et, il faut le dire, au risque d'engendrer des coûts plus élevés. Mais je ferme la parenthèse au sujet de l'indépendance nécessaire, là aussi, des hôpitaux pour revenir à l'indépendance des réseaux de soins intégrés.

Nous sommes d'accord sur les principes pour que, à terme, les réseaux de soins soient indépendants des assureurs, mais dans la réalité pratique d'aujourd'hui, il faut savoir que la majorité des réseaux de soins créés dans ce pays l'a été avec le concours, voire sur l'initiative des assureurs. Je pense à Swica, Concordia, Visana, Sanacare, Sympany – pour ne citer que ceux-là – qui ont été des pionniers dans la conduite, dans la mise au point de réseaux de soins, d'en-tente avec les médecins et dans la très bonne harmonie avec eux. Adopter la proposition de la majorité de la commission de notre conseil signifie couper d'un jour à l'autre tous ces réseaux qui existent, sans permettre un retrait en bon ordre.

Notre minorité, tout en acceptant le principe de l'indépendance, met l'accent sur le fait de ne pas créer une difficulté majeure pour les réseaux de soins, de donner un temps de dégagement pour les différents assureurs qui sont les pionniers des réseaux de soins. En d'autres termes, la minorité que nous préconisons, à l'article 12 alinéa 5 et avec les dispositions transitoires, propose que les réseaux de soins soient indépendants dans les dix ans qui viennent, ce qui évite par conséquent d'avoir une rupture. Que se passerait-il si l'on avait cette indépendance absolue et totale? Il faut craindre que l'on ait moins de réseaux de soins d'un jour à l'autre, parce que tous ceux qui sont actuellement gérés par des assureurs disparaîtraient d'un jour à l'autre, parce que l'on n'arriverait pas à les convertir aussi simplement. C'est donc une règle pratique, pragmatique que nous vous proposons de suivre au nom de la minorité que je représente.

**Weibel** Thomas (CEg, ZH): Sie haben es bereits von der Minderheit I gehört: Die Verbindungen von Krankenkassen und Erbringern von medizinischen Leistungen haben sich bewährt. Ich gebe zu: Im Sinne einer sauberen Gewaltentrennung war der Entscheid, den der Nationalrat bei der letzten Beratung gefällt hat, absolut richtig. Kollega Ruey hat von einer pragmatischen, guten Lösung gesprochen. Mein Minderheitsantrag, dem Ständerat zu folgen und den ganzen Absatz zu streichen, hat den Vorteil, dass es eine saubere Lösung ist; da gibt es keine Fragezeichen, was jetzt noch zulässig ist und was nicht. Es ist eine konsequente Regelung, und sie ist einfach umzusetzen.

Ich bitte Sie: Stimmen Sie dem Antrag der Minderheit II zu, folgen Sie dem Ständerat, und streichen Sie den entsprechenden Absatz.

**Prelicz-Huber** Katharina (G, ZH): Die Mehrheit der Fraktion der Grünen ist für eine klare Gewaltentrennung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern, den Ärzten und Ärztinnen. Wir wollen keine Managed-Care-Netzwerke, angeboten durch die Krankenkassen, die dann die Ärztinnen und Ärzte anstellen. Wir wollen auch keine finanzielle Beteiligung. Es gibt sonst nur Interessenkonflikte zwischen der ökonomisch günstigeren Versorgung im Interesse der Krankenkasse und der qualitativ gesteuerten Versorgung durch die Leistungserbringer, wie die Ärztinnen und Ärzte oder die Spitem oder die Physiotherapie usw. Eine sinnvolle Wirtschaftlichkeitsprüfung haben wir ja jetzt beschlossen, indem wir den Vorstössen 07.483, 07.484 und 07.485 mit der Hausarztmedizin bzw. der entsprechenden Vorlage zugestimmt haben. Es wird durch diese neue Regelung also keine falschen Anreize geben, zu viele Leistungen zu erbringen. Für uns ist es also richtig, dass Ärztennetze aufgrund der medizinischen Indikatoren die Offerte machen und die Krankenkassen dann die Leistungen bezahlen bzw. die Verträge mit den Managed-Care-Netzen anbieten. Das ist auch ganz im Sinne der Aufrechterhaltung der Vertragspflicht. Wir meinen auch, dass es im Sinne der Patienten ist, wenn eine hochstehende medizinische Qualität und trotzdem möglichst günstige Leistungen angeboten werden können.

In diesem Sinne sind wir für den Antrag der Mehrheit, mit dem eine klare Gewaltentrennung gewährleistet ist, ohne zehnjährige Frist für die schon bestehenden Einrichtungen. Diese Haltung gilt selbstverständlich auch bei Artikel 41c und bei Absatz 4 der Übergangsbestimmungen.

Wir stimmen mehrheitlich für den Antrag der Mehrheit.

**Meyer-Kaelin** Thérèse (CEg, FR): Ce projet de réseaux de soins intégrés arrive à son terme. Il y a encore quelques divergences. Il faut que le vote final soit positif, parce que c'est une offre nouvelle dans l'assurance de base que nous voulons donner à nos concitoyens; elle doit amener une optimisation de la prise en charge médicale et une maîtrise des coûts. Pour que ces deux critères soient réunis, il faut absolument une indépendance des prestataires de soins vis-à-vis des caisses-maladie; la commission du Conseil national a toujours lutté pour qu'il y ait cette indépendance. Nous ne pouvons pas avoir des caisses-maladie qui soient propriétaires de tous les réseaux de soins. Il faut que les prestataires de soins s'engagent pour la qualité et qu'ils trouvent des contrats satisfaisants – aussi avec les assureurs – pour que ce modèle soit vraiment un partenariat à trois: les prestataires de soins, les assureurs-maladie et les patients – qui acceptent ce nouveau modèle, qui le choisissent.

Concernant la divergence à l'article 12 alinéa 5, le groupe PDC/PEV/PVL soutient la minorité I (Ruey) pour la raison suivante: nous voulons l'indépendance des réseaux de soins et des institutions, qui ne doivent pas être gérés par les caisses-maladie. Mais dans la réalité, maintenant déjà, certaines institutions sont gérées par des caisses-maladie et nous voulons leur laisser le temps de s'organiser pour se sortir de cette situation présente sans trop de dommages. Nous soutenons donc ici l'indépendance, c'est-à-dire qu'il ne doit pas y avoir de nouvelles institutions gérées par des caisses-ma-

ladie, et pour celles qui sont actuellement dans cette situation, il faut une sortie en souplesse.

A l'article 12 alinéa 5, nous vous demandons donc de soutenir la minorité I (Ruey), qui correspond à la majorité, mais en renvoyant à l'alinéa 5 des dispositions transitoires, qui prévoit une possibilité pour que les institutions et participations de caisses-maladie existantes soient abolies.

**Fehr Jacqueline (S, ZH):** Ich kann gleich an diese Argumentation anschliessen: Auch die SP-Fraktion unterstützt die Mehrheit. Kern dieser Vorlage, dieses ausgearbeiteten Modells, ist ein Vertrag. Es ist nun einfach nicht möglich, einen Vertrag zwischen ein und demselben Akteur zu machen. Die Unabhängigkeit ist ein Gebot, das sich von diesem Vertrag ableitet. Es müssen zwei Akteure sein, d. h., die Versicherung kann nicht Inhaberin der Ärztegruppe sein, mit der sie eigentlich einen Vertrag abschliessen müsste. Deshalb ist dieser Artikel, der die Unabhängigkeit fordert, absolut zentral.

Es stellt sich die Frage, wie man es mit den bereits bestehenden Angeboten macht, die im Besitz von Versicherungen sind – also quasi die Causa Swica. Hier gibt es die Minderheit I (Ruey), die eine Übergangsregelung für die bestehenden Ärzteangebote – HMO oder Ärztenetzwerke im Besitz von Versicherungen – einführen möchte. Ein Teil der SP-Fraktion unterstützt subsidiär die Minderheit I, damit auch eine Lösung für diese bereits bestehenden Angebote gefunden wird.

Zusammengefasst: Wir unterstützen die Unabhängigkeit und sind bereit, über eine Übergangsregelung in der Version, wie sie von der Minderheit I beantragt wird, zu diskutieren.

**Triponez Pierre (RL, BE):** Die FDP-Liberale Fraktion empfiehlt Ihnen ebenfalls, die Minderheit I (Ruey) zu unterstützen.

Wir teilen ganz klar und grundsätzlich die Auffassung der Mehrheit, wonach Krankenkassen selber keine Einrichtungen zur Behandlung von Versicherten führen und sich auch finanziell nicht an solchen Einrichtungen beteiligen sollten; hierin besteht Einklang mit der Mehrheit. Die Stossrichtung ist also die gleiche wie jene der Mehrheit. Doch es ist eine Tatsache, dass solche Beteiligungen bisher möglich waren und dass in der Praxis bereits eine Vielzahl solcher Einrichtungen besteht. Es ist sogar so, dass verschiedene Versicherer derartige Modelle aufgebaut haben und damit dem Managed-Care-System wertvolle Impulse gegeben haben, was wesentlich zur bisherigen Erfolgsgeschichte beigetragen hat. Dementsprechend besteht heute eben eine Vielzahl entsprechender Verträge und Beteiligungen, die absolut sinnvoll sind und keine negativen Auswirkungen haben, sondern sich vielmehr positiv auswirken. Diese Verträge bestehen, sie haben auch zeitliche Auswirkungen. Es wäre deshalb falsch, diese bestehenden Beteiligungen kurzfristig zu untersagen.

Aus all diesen Überlegungen heraus ist der Ständerat zur Auffassung gelangt, dass der von unserem Rat entgegen dem Entwurf des Bundesrates eingefügte Artikel 12 Absatz 5 zu streichen sei, dass aber in den Übergangsbestimmungen ein Absatz 5 aufgenommen werden sollte, wonach die in der Praxis bereits bestehenden Krankenkassenbeteiligungen – und nur die – noch während höchstens zehn Jahren weiterbestehen könnten. Das scheint uns wirklich ein vernünftiger Mittelweg zu sein. Ich habe vorhin mit Freude gehört, dass meine Kolleginnen Thérèse Meyer und auch Jacqueline Fehr die gleiche Stossrichtung verfolgen.

Ich empfehle Ihnen mit Nachdruck, hier der Minderheit I (Ruey) zuzustimmen.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Wenn wir uns hier in der dritten Runde der Differenzen befinden und eine Einigungskonferenz unausweichlich zu sein scheint, macht es wenig Sinn, allzu viel vorwegzunehmen. Wir sind der Meinung, wir sollten eine Lösung suchen, die in der Einigungskonferenz auch eine Mehrheit finden kann.

Bei Artikel 12 Absatz 5 geht es um eine wichtige Frage in dieser Vorlage: Sollen Krankenkassen Netzwerke selbst betreiben, das heisst Versicherer und Leistungserbringer sein? Wenn man sich am Wettbewerb orientiert, ist das ganz klar eine Fehlentwicklung und kann niemals befriedigend durchgeführt werden. Die Versicherer sollten in erster Linie die Interessen ihrer Versicherten wahrnehmen können. Wenn sie selbst Leistungserbringer sind, sind sie diesbezüglich eingeschränkt. Wir plädieren also für Festhalten und stimmen der Mehrheit zu.

Nun noch eine Bemerkung zum neuen Absatz 5 der Übergangsbestimmungen: An sich ist diese Übergangsbestimmung nicht falsch. Aber der Zeitrahmen soll zehn Jahre sein – stellen Sie sich einmal so etwas vor! Das ist ja unglaublich! Innerhalb von drei oder höchstens fünf Jahren müsste eine solche Korrektur vorgenommen werden können. Es geht ja schliesslich nur darum, den finanziellen Rückzug der Kassen zu organisieren. Die Organisation der Netzwerke bleibt ja gleich. Somit wäre es zweckmässig, diese Übergangsbestimmung abzulehnen, um auch hier der Einigungskonferenz die Chance zu geben, diese Anzahl Jahre zu korrigieren, etwas zu senken. Das wäre meines Erachtens vernünftig, auch wenn eine Übergangszeit sicher nicht falsch ist.

Ich bitte Sie, und wir werden das tun, grundsätzlich mit der Mehrheit festzuhalten.

**Triponez Pierre (RL, BE):** Herr Kollege Bortoluzzi, ich möchte Ihnen eine Frage stellen: Wenn ich Ihre Worte richtig verstanden habe, sind Sie auch der Auffassung, dass man die jetzt bestehenden Einrichtungen nicht einfach auflösen kann, sondern eine Übergangsfrist gewähren muss. Die vorgeschlagene Frist finden Sie offenbar zu lang. Sind Sie nicht der Auffassung, es sei richtig, dass wir in diesem Rat jetzt dem Antrag der Minderheit I zustimmen? Im Ständerat kann man dann, denke ich, vielleicht noch einmal über diese Frist diskutieren, wenn sie wirklich zu lang sein sollte.

Meine Frage: Ist es nicht besser, jetzt die Minderheit I zu unterstützen?

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Ja, an sich ist es schon so: Für die Kassen, die heute Netzwerke führen, ist natürlich eine solche gesetzliche Massnahme, die ihnen das Recht, das sie heute haben, einfach abspricht, unangenehm, und für die Betroffenen ist es auch ärgerlich. Man muss ihnen die Gelegenheit geben, die Situation, in der sie waren, zu korrigieren. Dagegen habe ich nichts einzuwenden. Nur scheint mir die Frist von zehn Jahren ein Problem zu sein. Wenn wir dieser Übergangsbestimmung zustimmen, dann ist sie festgelegt, dann können wir sie nicht mehr ändern. Das ist das Problem. Meines Erachtens haben wir dann keine Differenz mehr, das schafft das Problem. Dann bleiben diese zehn Jahre bestehen, so, wie ich es verstehe. Wenn wir der Übergangsbestimmung zustimmen, dann gibt es keine Differenz zum Ständerat, und es ist fix. Ich möchte eigentlich, dass man eine Differenz schafft, dass man diese Anzahl Jahre, die man beim Übergang gewährt, kürzt. Man hätte es auch mit einem Antrag machen können, aber nachdem wir so oder so in die Einigungskonferenz gehen, wäre es richtig, diese Differenz zu belassen.

**Fehr Jacqueline (S, ZH):** Herr Bortoluzzi, es ist nicht so, dass dann keine Differenz mehr besteht, weil der Ständerat diese Bestimmung ja ganz streichen will. Aber wäre es eine Möglichkeit, jetzt der Mehrheit zuzustimmen und in der Einigungskonferenz eine Übergangsfrist von fünf Jahren zu beantragen?

**Bortoluzzi Toni (V, ZH):** Das ist so, Frau Fehr, das ist so.

**Burkhalter Didier, conseiller fédéral:** Je fais tout d'abord une remarque sur le temps qui passe, les cinq ou dix ans évoqués. Le présent projet arrive bientôt à ses sept à huit ans d'examen, soit bientôt dix ans. Donc le temps peut paraître parfois long lorsque cela atteint les dix ans. C'est le cas de

ce projet, et, en effet, maintenant le moment est venu de trouver des solutions.

Sur le fond, la majorité de votre commission veut garantir l'indépendance des réseaux de soins intégrés par rapport aux assureurs. La formulation de l'article 12 alinéa 5 n'est pas très convaincante parce qu'elle a une portée beaucoup plus grande. Il s'agit non seulement de la relation entre les assureurs et les réseaux de soins, mais aussi entre les assureurs et les institutions de soins en général. Nous estimons que l'article 12 alinéa 5 dans sa forme actuelle est relativement peu efficace et peu utile – même s'il faut trouver une formulation maintenant. Pourquoi peu utile? Parce que nous avons déjà prévu des dispositions dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie dès cette année. Ces dispositions autorisent les placements des assureurs dans des institutions servant à la pratique de l'assurance-maladie sociale en les limitant à 2 pour cent de la fortune des caisses-maladie. Donc, en fait, nous avons déjà fixé un cadre assez strict en la matière.

Néanmoins, je le répète, l'examen du projet entre dans sa phase finale, après trois passages dans chacun des conseils, ou plutôt avec le troisième passage maintenant au Conseil national.

Il faut trouver des solutions. En fait, il existe des solutions dans chaque cas de figure. Même si vous décidez de biffer l'article 12 alinéa 5, on pourrait encore régler la question de l'indépendance des réseaux de soins intégrés – je le précise bien – lors de l'examen de l'article suivant, c'est-à-dire à l'article de 13 alinéa 2 lettre g, en lien avec l'article 41c et le chiffre Iter alinéas 1 à 3 des dispositions transitoires. Si vous décidez de biffer, c'est-à-dire de suivre la minorité II (Weibel) «Selon Conseil des Etats», alors la question de l'indépendance pourrait être réglée au débat suivant, dans le cadre de la Conférence de conciliation. Mais ce n'est pas dans cette direction que vous allez puisque, après avoir entendu les porte-parole des groupes, on voit clairement que vous souhaitez maintenir une divergence avec le Conseil des Etats à l'article 12 alinéa 5. Alors nous sommes d'avis qu'on pourrait imaginer de modifier sa rédaction dans le cadre de la Conférence de conciliation en se concentrant clairement sur les réseaux de soins intégrés et non pas forcément sur toutes les institutions de soins. Il sera également possible en Conférence de conciliation de prévoir le délai pour s'adapter à cette nouvelle situation puisque c'est en lien direct avec cet article 12 alinéa 5.

Dans cet esprit, nous vous recommandons nous aussi à ce stade d'adopter la proposition de la minorité I (Ruey) et de régler ensuite un certain nombre d'éléments de détail dans le cadre de la Conférence de conciliation.

**Humbel Ruth** (CEg, AG), für die Kommission: Artikel 12 Absatz 5 war nicht Bestandteil der ursprünglichen Vorlage, wie sie der Nationalrat im Juni 2010 beschlossen hatte, sondern wurde erst nachträglich, am 3. März dieses Jahres, in die Vorlage eingefügt. Die Bestimmung in Artikel 12 Absatz 5, ein generelles Verbot für Krankenversicherer einzuführen, sich an medizinischen Einrichtungen zu beteiligen, geht über die Managed-Care-Vorlage hinaus und betrifft die Krankenversicherung grundsätzlich.

Zur Abstimmung kommen jetzt drei verschiedene Versionen: Die Kommissionsmehrheit will den Krankenversicherern grundsätzlich verbieten, dass sie Einrichtungen zur medizinischen Behandlung selber betreiben oder sich daran finanziell beteiligen. Die Minderheit I folgt dieser Haltung, will aber den Krankenversicherern, welche heute schon solche Einrichtungen betreiben oder finanziell an solchen Einrichtungen beteiligt sind, eine Übergangsfrist von zehn Jahren gewähren. Wir haben es in der Diskussion gehört, diese zehn Jahre sind sehr lang. Aber mit Absatz 5 der Übergangsbestimmungen schaffen wir eine Differenz zum Ständerat. Wir können diese Frist dann noch modifizieren, indem die Frist gekürzt wird. Die Minderheit II will hingegen von einem grundsätzlichen Verbot absehen und die Unabhängigkeit nur für integrierte Versorgungsnetze vorsehen, wie sie in Artikel 13 festgehalten ist. Die Kommissionsmehrheit wie

auch die Minderheit I erachten es als eine Fehlentwicklung des Systems, wenn Krankenversicherer selber medizinische Behandlungen anbieten oder sich an solchen Institutionen finanziell beteiligen. Sie wollen bei dieser Gesetzesrevision gleich eine klare, grundsätzliche Trennung zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern realisieren.

Die Kommission hat der Mehrheitsfassung mit 18 zu 6 Stimmen zugestimmt, und sie hat ihr dann wiederum gegenüber der Fassung der Minderheit I mit 13 zu 10 Stimmen den Vorzug gegeben. Namens der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, der Mehrheitsfassung zu folgen.

**Cassis Ignazio** (RL, TI), per la commissione: Dopo sette anni di lavori parlamentari questa modifica di legge giunge, mi verrebbe voglia di dire finalmente, al termine. Il fallimento della grande riforma LAMal del dicembre 2003 aveva allora indotto il Consiglio federale a procedere per tappe. Dopo esserci occupati con successo, nel dicembre 2007, della riforma ospedaliera che entra in vigore tra poche settimane, ora siamo alle battute conclusive della seconda importante riforma, quella relativa alla medicina ambulatoriale. Essa porta ancora il titolo inglese di «managed care» ma in realtà l'abbiamo già ribattezzata «reti di cure integrate», «réseaux de soins intégrés», «integrierte Versorgungsnetze». Perché questa è la sostanza, si tratta di creare le premesse affinché il paziente sia guidato in modo sicuro ed efficace nel sempre più complesso sistema sanitario, beneficiando quindi delle migliori cure possibili a un costo adeguato. E la sfida che vogliamo cogliere con questa modifica di legge per garantire una crescita sostenibile e razionale nel sistema sanitario ed assicurarne la sua perennità.

Il nostro Consiglio è chiamato oggi a esprimersi sulle rimanenti divergenze con il Consiglio degli Stati. Le divergenze sono essenzialmente tre: in primo luogo l'indipendenza dei medici e delle reti dagli assicuratori malattia, in secondo luogo l'obbligo per gli assicuratori malattia di fornire ai propri affiliati l'accesso a reti di cura integrate e, in terzo luogo, la partecipazione ai costi differenziata tra assicurati patienti nelle reti e fuori rete.

Il s'agit, à l'article 12 alinéa 5, de l'indépendance des fournisseurs de prestations et de la question de savoir si les médecins, et par conséquent les réseaux de soins, doivent être indépendants des caisses-maladie.

L'architecture de notre système prévoit des rôles différents pour des acteurs différents: les assureurs assurent, les fournisseurs fournissent, les assurés bénéficient de la solidarité et l'Etat veille. Il est déjà assez problématique que les cantons soient en même temps propriétaires et gestionnaires des hôpitaux cantonaux. Nous devons empêcher d'autres sources de conflits liés à la répartition des rôles: assureurs et médecins ne doivent pas faire la même chose. C'est pour cette raison que la commission, par 18 voix contre 6, vous invite à maintenir la décision prise par notre conseil le 3 mars dernier, c'est-à-dire garder une indépendance entre fournisseurs de soins et payeurs.

La minorité II (Weibel) préfère par contre suivre le Conseil des Etats et biffer l'alinéa qui prévoit cette indépendance. La minorité I (Ruey) est une sorte de compromis, elle est pour l'indépendance, mais elle veut laisser aux assureurs qui se sont engagés dans le «managed care» une période de dix ans pour se retirer, pour céder leur réseau. Peut-être que dix ans, c'est trop: ce point pourra peut-être être réglé lors de la Conférence de conciliation qui, je vous le rappelle, aura lieu après-demain matin, et qui permettra d'éliminer les dernières divergences.

La commission a cependant rejeté la proposition de compromis de la minorité I (Ruey), par 13 voix contre 10, lors de sa séance du mois de juin.

Au nom de la commission, je vous invite donc à suivre la majorité.

**Erste Abstimmung – Premier vote**  
(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6022)

Für den Antrag der Mehrheit ... 86 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 61 Stimmen

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote  
(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6023)*

Für den Antrag der Mehrheit ... 121 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit II ... 22 Stimmen

**Art. 13 Abs. 2 Bst. g**

*Antrag der Mehrheit  
Festhalten*

*Antrag der Minderheit*

(Cassis, Kleiner, Ruey, Triponez)  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 13 al. 2 let. g**

*Proposition de la majorité  
Maintenir*

*Proposition de la minorité*

(Cassis, Kleiner, Ruey, Triponez)  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Art. 41c Abs. 3**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(Cassis, Kleiner, Ruey, Triponez)  
Das integrierte Versorgungsnetz organisiert sich unabhängig von den Versicherern.

**Art. 41c al. 3**

*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Cassis, Kleiner, Ruey, Triponez)  
Le réseau de soins intégrés s'organise indépendamment des assureurs.

**Le président** (Germanier Jean-René, président): La proposition de la minorité Cassis est présentée par Madame Kleiner.

**Kleiner** Marianne (RL, AR): Die FDP-Liberale Fraktion bittet Sie, der ständeräthlichen Fassung zuzustimmen. Es wäre eine gute Gelegenheit, hier eine Differenz zum Ständerat auszuräumen. In Artikel 13 Absatz 2 sind die gesetzlichen Pflichten der Krankenversicherer aufgelistet. Die SGK des Nationalrates hält an ihrer Absicht fest, dass die Versicherer in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich flächendeckend eine oder mehrere unabhängige Versicherungsformen anzubieten haben, und zwar gemäss den Absätzen 1 bis 3 der Übergangsbestimmungen innerhalb von drei Jahren. Die Bestimmung, die die Versicherer verpflichtet, integrierte Versorgungsnetze anzubieten, umfasst entsprechend zwei Teile: zum einen Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g, der die Pflicht festlegt, und zum andern die Absätze 1 bis 3 der Übergangsbestimmungen, die den Versicherern eine Frist von drei Jahren einräumen, um die Bedingungen zu erfüllen; auf der Fahne wird darauf hingewiesen. Die FDP-Liberale Fraktion teilt die Meinung von Bundesrat, Stände- und Nationalrat, dass Managed Care künftig zum dominanten Versorgungskonzept werden soll. Managed-Care-Modelle bieten eine gute Chance und können erfolgreich betrieben werden. Ausschlaggebend für die Wahl der Versicherten sind in erster Linie die Qualität der Behandlung in den Netzen und die Tatsache, dass Versicherte, die sich einem Netzwerk anschliessen, mit einem tieferen Selbstbehalt belohnt werden. Je mehr Versicherte die integrierte Versorgung verlangen, desto mehr werden sich die Leistungserbringer in Netzen zusammenfinden, und desto attraktiver wird es für die Versicherer, die Netzwerke unter Vertrag zu nehmen.

Die FDP-Liberalen sind zusammen mit dem Ständerat klar der Meinung, dass der Zwang, Netzwerke anzubieten, nicht

zielführend ist. Die Netzwerke werden durch die Ärzte, die Spitäler und andere Leistungserbringer gebildet. Wenn die Leistungserbringer nicht willens sind mitzumachen, wird es für die Versicherer schwierig, Netzwerke zu bilden, die ökonomisch sinnvoll und effizient sind. Wer nur widerwillig handelt, wird für die Kunden keine vernünftigen Netze anbieten. Dass die Versicherer mit der Vorlage in diesem Punkt ebenfalls unglücklich sind, kann nicht erstaunen.

Nicht gleichgültig kann uns aber sein, dass die Versicherer eine Schwächung ihrer Position in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern fürchten. Schützenhilfe bekommen die Versicherer von der Wettbewerbskommission, die sich in diesem Punkt gegenüber der Vorlage auch skeptisch geäussert hat. Sie ortet im Angebotszwang für die Versicherer und im Verbot, selbst Versorgungsnetze zu führen, eine Regulierungsspirale. Die Weko sieht darin eine ungesunde Stärkung der Marktmacht der Leistungserbringer als Anbieter von Versicherungsnetzen und damit auch die Gefahr einer Kostensteigerung.

Ein Zwang für die Krankenversicherer, integrierte Modelle anzubieten, ist unnötig. Aufgrund des Versicherungswettbewerbs und des finanziellen Anreizes für die Versicherten werden sich diese Modelle durchsetzen. Im Sinne eines Kompromisses ist deshalb der Beschluss des Ständerates, der die Präzisierung von Massnahmen in den Übergangsbestimmungen vorsieht, zu begrüssen. Das sollte einen Kompromiss erleichtern. Dort wird präzisiert, welche Massnahmen der Bundesrat ergreifen kann, falls nach einigen Jahren kein flächendeckendes Angebot von integrierten Versicherungsnetzen besteht. Sie können das auf Seite 15 der Botschaft lesen.

Falls Sie hier festhalten – was zu befürchten ist, wenn man die kleine Zahl der Vertreter der Minderheit anschaut, die ausschliesslich aus der FDP-Liberalen Delegation stammen, und auch angesichts des Entscheids, den Sie bei Artikel 12 Absatz 5 getroffen haben –, bitte ich Sie, dann bei Artikel 41c Absatz 3 der Minderheit Cassis zuzustimmen, die diese Frage auch elegant lösen würde. Der Antrag der Minderheit Cassis lautet: «Das integrierte Versorgungsnetz organisiert sich unabhängig von den Versicherern.» Das wäre ein Ausgang, den wir auch nehmen könnten.

Ich bitte Sie, hier der zugegebenermaßen kleinen Minderheit aus der FDP-Liberalen Fraktion zu folgen. Diese kleine Minderheit beantragt Ihnen, der ständeräthlichen Lösung zuzustimmen.

**Prelicz-Huber** Katharina (G, ZH): Ziel der Vorlage zu Managed Care wäre eigentlich eine breite Förderung dieser neuen Modelle gewesen. Damit war die Hoffnung verbunden, dass wir nachher eine gut vernetzte Versorgung und durch eine Koordination der Behandlung eine bessere Situation für die Patienten hätten. Damit war auch die Hoffnung verbunden, Doppelpurigkeiten zu verhindern und letztendlich sogar auch günstiger zu fahren. Das ist aber nur möglich, wenn alle Patienten Zugang zu einem Managed-Care-Modell haben, unabhängig davon, bei welcher Versicherung sie versichert sind oder ob sie beispielsweise in einer Randregion wohnen.

Für uns Grüne ist also klar: Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, ihren Versicherten Netze anzubieten – dies flächendeckend. Es soll für alle Interessierten Angebote in verschiedenen Variationen geben, selbstverständlich auch Angebote mit Komplementärmedizin. Die Krankenkassen sollen weiterhin die Verpflichtung haben, Verträge mit den Netzwerken abzuschliessen, wenn die Qualität stimmt. Die Vertragspflicht muss ebenfalls weiterhin gewährleistet bleiben. Es darf nicht sein, dass wir plötzlich vor der Situation stehen, dass eine Versicherung nicht bereit ist, mit einem vorhandenen Netz einen Vertrag abzuschliessen, und wenn doch, so nur zu wesentlich günstigeren Tarifen.

Wir wollen schon gar nicht, dass damit durch die Hintertür eine Billigmedizin auf Kosten der Qualität eingeführt und den Krankenkassen totale Freiheit gewährt wird, wie es der Ständerat will. Der Ständerat will ja, dass die Kassen nicht einmal mehr ein einziges Modell anbieten müssten. Das

heisst also, dass die Förderung von Managed-Care-Modellen einzig auf dem Buckel der Patienten geschehen würde, nämlich mit der Erhöhung des Selbstbehaltes und der Franchise. Managed Care ist für uns nur dann ein Weg, wenn der Zugang dazu für alle vorhanden ist und wenn die Krankenkassen weiterhin verpflichtet werden, Verträge abzuschließen.

Deshalb stimmen wir dem Antrag der Kommissionsmehrheit zu.

**Meyer-Kaelin** Thérèse (CEg, FR): Le groupe PDC/PEV/PVL va, encore cette fois, soutenir la majorité. Je vais vous dire pourquoi.

Ce nouveau modèle de réseaux de soins intégrés a été mis sur pied pour finalement devenir un changement de paradigme. Au fond, ce que nous aimerions, c'est que la plupart des personnes, surtout les personnes qui ont besoin de soins compliqués, s'adressent à ces réseaux de soins. Dans cet esprit, nous demandons aux assureurs de développer ce modèle dans toutes les régions, pour que chaque citoyen assuré à l'assurance-maladie de base puisse avoir accès à ce nouveau modèle. Celui-ci doit générer une prise en charge qui donne lieu à plus de collaboration entre les divers intervenants, à plus d'efficacité et à une maîtrise des coûts. Maintenant, je dois vous dire que sur ce point-là – je vous ouvre mon cœur et le cœur de mon groupe! –, nous sommes d'accord de discuter, parce que, pour nous, l'indépendance des réseaux de soins est primordiale et nous devons l'obtenir. Sur ce point-là, nous serions d'accord de discuter en Conférence de conciliation pour trouver un modèle un peu plus souple puisque, à l'examen, nous nous rendons compte qu'il y a de petites caisses qui n'œuvrent que dans certaines régions et que la marge de manœuvre est faible pour faire que ce projet soit finalement adopté. Il serait vraiment dommage que le résultat du vote final ne soit pas positif à la fin de cette session.

A ce point de la situation, le groupe PDC/PEV/PVL va soutenir la majorité en restant ouvert pour une discussion future.

**Fehr** Jacqueline (S, ZH): Ich möchte Sie ermuntern und davon überzeugen, der Mehrheit zuzustimmen. Die Mehrheit umschreibt die Umsetzung und Einführung dieser Managed-Care-Modelle präziser, als es der Ständerat tut. Sie macht es nicht nur klarer, sie macht es auch verbindlicher und detaillierter. Sie beantwortet in ihrer Version inklusive der Übergangsbestimmungen mehr Fragen.

Den Aufbau oder den Inhalt des Mehrheitsmodells kann man vielleicht so zusammenfassen: Es beinhaltet die Verpflichtung der Krankenversicherungen, solche Managed-Care-Modelle in allen Regionen anzubieten. Es besteht die Verpflichtung, dass diese Managed-Care-Modelle unabhängig sind. Darüber haben wir bereits abgestimmt. Diese Version hält fest, dass die Umsetzung innert drei Jahren geschehen muss. Sie hält fest, dass dort, wo vor Ablauf dieser drei Jahre bereits flächendeckend Modelle angeboten werden, der differenzierte Selbstbehalt in Absprache mit den Kantonen allenfalls vor Ablauf dieser Frist umgesetzt werden kann. Die Mehrheitsversion hält zudem fest, dass der Bundesrat dem Parlament nach drei Jahren weitere Massnahmen vorschlagen soll, wenn dieses flächendeckende Angebot nicht zustande kommt. Und sie hält insbesondere fest, dass Krankenversicherungen, die ihrer Verpflichtung nicht nachkommen, ihre Bewilligung zur Durchführung der obligatorischen Grundversicherung nur noch befristet und allenfalls mit Auflagen weiterhin erhalten. Besonders diese Bestimmung fehlt beim Ständerat; diese Bestimmung ist aber notwendig. Im Übrigen hält die Mehrheit fest, dass in jenen Regionen, in welchen die Angebote nach Ablauf von drei Jahren nicht vorhanden sind, der Selbstbehalt weiterhin bei den heutigen 10 Prozent bleibt. Auch das ist in der ständerrätlichen Version weniger klar formuliert.

Weil also die Mehrheit ein klareres, ein umfassenderes und ein verbindlicheres Konzept zur Umsetzung dieser Managed-Care-Angebote hat, bitte ich Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

**Triponez** Pierre (RL, BE): Im Gegensatz zu meiner Vorrednerin ersuche ich Sie, die Minderheit Cassis, hier vertreten durch Frau Kleiner, zu unterstützen.

Wie Frau Kleiner bereits dargelegt hat, will der Ständerat – übrigens im Einklang mit dem Entwurf des Bundesrates – auf eine gesetzliche Pflicht der Krankenversicherer zu einem flächendeckenden Angebot von integrierten Versorgungsnetzen verzichten. Solche Netze sollen nicht zwangsweise entstehen, sondern bedarfsgerecht und im Wettbewerb um die Versicherten wachsen, wie dies in der Praxis laufend geschieht, geschehen ist und weiter geschehen wird. Nicht zuletzt deshalb haben Sie vorhin bei Artikel 12 Absatz 5 beschlossen, dass sich die Versicherer selber nicht an solchen Einrichtungen beteiligen sollen, sondern dass diese von sich aus auf natürliche Art und Weise entstehen sollen. Mit grossem Mehr hat man dieses klare Bekenntnis abgegeben. Ich habe vorhin von Frau Kollegin Meyer – sie hat ihr Herz geöffnet – gehört, dass sie bereit sei, diese natürliche Entwicklung mitzutragen.

Meiner Auffassung nach ist Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g in dieser Vorlage zu streichen, wie dies die Minderheit Cassis im Einklang mit dem Ständerat und dem Bundesrat beantragt. Damit aber der klare Wille des Parlamentes zur zukunftsgerichteten Förderung der integrierten Versorgungsnetze – das ist unser Ziel – doch deutlich zum Ausdruck kommt, hat der Ständerat in den Übergangsbestimmungen aufgenommen, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, solche Verpflichtungen bis zum Ablauf von fünf Jahren vorzusehen, falls sich aufgrund der Entwicklung eine solche Massnahme effektiv aufdrängen würde. Hier ist durchaus noch ein «Auffangnetz» vorhanden, wenn Sie ein solches wollen. Wichtig ist aber – dies möchte ich hier nochmals klarmachen –, dass sich das integrierte Versorgungsnetz unabhängig von den Versicherern organisieren soll und kann. Deshalb ist bei Artikel 41c Absatz 3 der Minderheit Cassis zuzustimmen.

Zusammenfassend empfehle ich Ihnen im Namen der FDP-Liberalen Fraktion die Streichung von Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g und die Zustimmung zu Artikel 41c Absatz 3 im Sinne der Minderheit Cassis.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Mein Vorredner, Herr Triponez, hat natürlich nicht ganz Unrecht. Es ist unschön, wenn man die Versicherer zwingen will, ein Angebot zu machen, das sie eigentlich schon lange hätten machen können. Das stimmt natürlich. Aber sie haben es nicht gemacht, das ist ja das Problem. Man weiß aber dann nicht so genau, ob es an den Versicherern liegt oder an den Ärzten, die sich eingeengt fühlen, wenn sie sich in solche Netzwerke begeben. Ich glaube, eher das Zweite ist das Problem. Aber ich glaube trotzdem, dass man hier Druck machen muss.

Darum beantragen wir Ihnen, der Mehrheit zu folgen und festzuhalten. Es geht um einen wichtigen Teil in dieser Vorlage. Manchmal, Frau Kleiner, ist es auch gut, eine Differenz aufrechtzuerhalten und in die Einigungskonferenz zu tragen, um allenfalls eine insgesamt mehrheitsfähige Lösung zu finden. Das kann ja auch ein Beweggrund sein, sich solchen Entscheiden anzuschliessen.

Ich bitte Sie also, hier der Mehrheit zu folgen.

**Burkhalter** Didier, conseiller fédéral: Ce que le Conseil fédéral veut, ici et de manière générale, c'est que le projet de loi sur les réseaux de soins intégrés et sur la compensation affinée des risques déploie rapidement et efficacement ses effets. On attend depuis 2004; il est nécessaire maintenant de disposer de cette incitation, en particulier dans le domaine de la médecine ambulatoire. L'introduction des réseaux de soins intégrés n'est pas uniquement une question de coûts; c'est d'abord une question de qualité. La situation sur le front des coûts s'est un peu améliorée depuis l'année passée, les chiffres en matière d'évolution des coûts sont meilleurs. Mais à moyen terme, nous devons absolument avoir des réformes législatives considérables pour pouvoir poursuivre à la fois le but de l'amélioration de la qualité et celui de la pression sur les coûts. Il faut pour cela, comme l'a

dit Monsieur Bortoluzzi, une certaine pression et une disposition volontariste pour que les réseaux de soins intégrés soient réellement offerts aux assurés. Nous nous sommes fixé comme objectif que 60 pour cent des assurés choisissent les réseaux de soins intégrés en l'espace de trois ans. Cela peut être atteint avec l'article 13 alinéa 2 lettre g et avec les dispositions transitoires. Il est vrai que cet objectif peut aussi être atteint avec les dispositions transitoires uniquement – j'y reviendrai.

A l'article 13, on fixe en fait les conditions pour pratiquer l'assurance-maladie obligatoire. La volonté du Conseil national et du Conseil fédéral serait d'ajouter ici une condition, à savoir le fait d'offrir au moins une forme d'assurance particulière, éventuellement en coopération avec d'autres assureurs. Cette nouvelle condition devrait être remplie non pas immédiatement, mais dans un délai de trois ans: c'est la disposition transitoire prévue aux alinéas 1 à 3. On peut faire le constat que le Conseil des Etats ne veut pas de cet article 13 alinéa 2 lettre g; on peut aussi faire le constat que le Conseil des Etats a fait un effort: il a fait un bout de chemin lors du dernier passage du projet à la Chambre des cantons. On a cette solution qui dit qu'en principe, il ne doit pas y avoir de nouvelle condition pour pratiquer l'assurance-maladie sociale. Le Conseil des Etats ne prévoit donc rien à l'article 13 alinéa 2 lettre g, mais il délègue au Conseil fédéral la possibilité d'introduire cette condition après trois ans, et pour une période limitée à deux ans si cela s'avère nécessaire. Il donne donc directement la possibilité au Conseil fédéral d'agir, le cas échéant, après le délai de trois ans: c'est l'alinéa 3 des dispositions transitoires.

Le Conseil fédéral a donc reconnu l'effort du Conseil des Etats pour trouver un compromis. Il reste d'avis que, dans ce dossier, il faut une attitude volontariste pour que la réforme ait réellement et rapidement des effets. Selon nous, les réseaux de soins intégrés doivent devenir la forme standard à relativement court ou moyen terme.

Le Conseil fédéral a aussi reconnu que la compétence qui lui serait donnée d'après la variante du Conseil des Etats constitue une bonne incitation pour que le système réagisse positivement. Dans ces conditions, nous souhaitons, dans l'esprit de ce qu'a dit Madame Thérèse Meyer tout à l'heure, que vous marquiez cette volonté. A notre sens, vous pouvez en effet maintenir la position de la majorité mais rester ouverts lors du débat en Conférence de conciliation pour éventuellement revenir à la version du Conseil des Etats en ce qui concerne les dispositions transitoires. Je le répète, cela donne réellement la possibilité au Conseil fédéral d'agir si cela s'avère nécessaire. Donc le compromis pour la Conférence de conciliation serait en quelque sorte ce qui est aujourd'hui encore vraisemblablement la position de la minorité.

Nous vous demandons d'aller dans ce sens et d'interpréter un vote pour la majorité et également d'avoir cette ouverture d'esprit pour la Conférence de conciliation de mercredi matin.

**Humbel Ruth** (CEg, AG), pour la Kommission: Artikel 13 Absatz 2 Litera g hat zwei Elemente: erstens die Verpflichtung der Krankenversicherer, in ihrem Tätigkeitsgebiet besondere Versicherungsformen für integrierte Versorgung anzubieten, und zweitens die Unabhängigkeit der Versorgungsnetze von den Krankenversicherer. Der Ständerat lehnt beides ab und will weder eine Angebotspflicht für die Versicherer noch die Unabhängigkeit der Versorgungsnetze von den Versicherern.

Die SGK Ihres Rates beantragt Ihnen hingegen mit 17 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung Festhalten an dieser Bestimmung und damit am Konzept, wie wir es am 16. Juni 2010 beschlossen haben. Die SGK will, dass alle Beteiligten ihre Verantwortung im und für das System wahrnehmen müssen. Für die Leistungserbringer insgesamt gibt es eine finanzielle Mitverantwortung, die Budgetverantwortung. In diesem Punkt haben wir keine Differenzen mehr. Die Krankenversicherer müssen das Versicherungsprodukt der integrierten Versorgungsnetze anbieten, und die Versicherten haben die Wahl zwischen dem bisherigen System oder der integrierten

Versorgung mit tieferen Prämien und tieferer Kostenbeteiligung; dazu kommen wir noch bei Artikel 64 Absatz 2.

Bei der Verpflichtung der Krankenversicherer, das Versicherungsprodukt für integrierte Versorgung anzubieten, geht es nicht nur um Druck auf die Versicherer, wie das erwähnt worden ist, sondern auch um die Frage, was die obligatorische Grundversicherung anbieten muss. Wenn wir einen Paradigmenwechsel zur integrierten Versorgung wollen, gehört die Verpflichtung der Versicherer, ein entsprechendes Versicherungsmodell anzubieten, dazu. Wir alle sind verpflichtet, uns obligatorisch zu versichern. Folglich muss der Gesetzgeber auch definieren, was in das Grundangebot einer obligatorischen Versicherung gehört.

Entscheidender, vor allem referendumspolitisch entscheidender als die Angebotspflicht ist indessen der zweite Aspekt, die Unabhängigkeit der Versorgungsnetze von Versicherern. Es geht dabei ausschliesslich um von Versicherern unabhängige Versorgungsnetze, also nicht, wie auch schon moniert worden ist, um die Unabhängigkeit von Spitätern. Spitäler sind auch Leistungserbringer. Es geht um die Unabhängigkeit von Versicherern nach dem Prinzip: Der Leistungsfinanzierer ist nicht Leistungserbringer, und der Leistungserbringer ist nicht Finanzierer. Dieses Prinzip der Unabhängigkeit haben wir grundsätzlich bei Artikel 12 Absatz 5 beschlossen. Es gilt nun, in der Einigungskonferenz darüber zu entscheiden, ob es diese präzisierende Wiederholung braucht.

Noch eine Bemerkung zu Artikel 41c Absatz 3: Auch hier empfehle ich Ihnen, der Kommissionsmehrheit zu folgen. Bei diesem Absatz geht es darum, dass sich ein integriertes Versorgungsnetz so organisiert, dass es vertragsfähig ist und für all seine Mitglieder verbindliche Verträge mit Krankenversicherern abschliessen kann. Ich möchte hier einfach erwähnen, dass beispielsweise die Budgetmitverantwortung nicht auf den einzelnen Arzt bezogen ist, sondern sich eben auf das ganze Netz bezieht. Das ganze Netz muss eine Rechtsform haben, damit verbindliche Verträge abgeschlossen werden können.

Ich möchte Sie auch bei Artikel 41c Absatz 3 bitten, der Kommissionsmehrheit zu folgen; der Entscheid fiel mit 17 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung.

**Cassini Ignazio** (RL, TI), pour la commission: Il s'agit, à l'article 13 alinéa 2 lettre g, de deux choses: l'indépendance des réseaux de soins intégrés et la forme de la pression à mettre sur les assureurs pour qu'ils avancent rapidement dans la mise à disposition de réseaux de soins intégrés.

Le Conseil des Etats veut biffer cette disposition. Il veut donc biffer ce qui a trait à l'indépendance des réseaux de soins, de manière cohérente avec ce qu'il a décidé de faire à l'article 12 alinéa 5, et biffer aussi l'obligation pour les assureurs d'offrir des réseaux de soins à leurs assurés sur la totalité de leur rayon d'activité territorial. Il propose néanmoins, dans les dispositions transitoires, de laisser la possibilité au Conseil fédéral d'obliger les assureurs à agir si cette modification de loi n'a pas conduit, trois ans après son entrée en vigueur, à une offre généralisée de réseaux de soins. Le principe reste donc inscrit dans la loi, mais dans une version affaiblie. La commission a rejeté la version du Conseil des Etats par 16 voix contre 4. Une minorité que j'emmène cherche un compromis: elle propose de ne pas obliger d'emblée les assureurs à offrir des réseaux de soins, mais, comme l'a décidé le Conseil des Etats, de prévoir une clause de sécurité dans les dispositions transitoires. En plus de ce qui figure dans la version du Conseil des Etats, cette minorité propose d'inscrire à l'article 41c alinéa 3 l'indépendance des réseaux de soins.

La commission a toutefois, par 17 voix contre 6 et 1 abstention, rejeté ce compromis et décidé de maintenir la version adoptée par notre conseil le 3 mars dernier.

Evidemment, il est peut-être possible de retrouver ce compromis au cours de la Conférence de conciliation après-demain matin; mais pour l'instant, la majorité de la commission vous propose de maintenir votre décision.



**Abstimmung – Vote**  
 (namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6024)  
 Für den Antrag der Mehrheit ... 128 Stimmen  
 Für den Antrag der Minderheit ... 35 Stimmen

**Art. 64**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 2 Bst. b, c*

Festhalten

*Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Abs. 3bis*

Festhalten

*Antrag der Minderheit*

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

*Abs. 2 Bst. b, c*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(Bortoluzzi, Baettig, Estermann, Frehner, Humbel, Parmelin, Scherer, Stahl, Weibel)

*Abs. 3*

Festhalten

*Antrag der Minderheit*

(Kleiner, Cassis, Humbel, Triponez, Weibel)

*Abs. 3bis*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Art. 64**

*Proposition de la majorité*

*Al. 2 let. b, c*

Maintenir

*Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Al. 3bis*

Maintenir

*Proposition de la minorité*

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

*Al. 2 let. b, c*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Bortoluzzi, Baettig, Estermann, Frehner, Humbel, Parmelin, Scherer, Stahl, Weibel)

*Al. 3*

Maintenir

*Proposition de la minorité*

(Kleiner, Cassis, Humbel, Triponez, Weibel)

*Al. 3bis*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

**Fehr Jacqueline** (S, ZH): Ich beantrage Ihnen, hier dem Ständerat zu folgen und einen differenzierten Selbstbehalt einzuführen, aber diesen so einzuführen, dass jene Menschen, die sich einem Netzwerk anschliessen, dafür einen Anreiz, quasi eine Belohnung, in Form eines tieferen Selbstbehaltes gegenüber heute erhalten, während jene, die sich keinem Netzwerk anschliessen, künftig einen Selbstbehalt von 15 Prozent statt von 10 Prozent bezahlen müssen. Wir sind davon überzeugt, dass die Zukunft der integrierten Versorgung gehört. Wir sind davon überzeugt, dass die integrierte Versorgung eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten und in einigen Fällen, insbesondere bei chronisch kranken Menschen, auch eine bessere Qualität bringen kann. Damit sich aber auch die Versicherten von diesem Modell überzeugen lassen, braucht es Anreize und nicht Bestrafung. Wer mit Bestrafung konfrontiert wird, rea-

giert mit Ablehnung und Widerstand. Das wird sich auch in einer allfälligen Referendumsabstimmung ausdrücken. Wer es hingegen mit Anreizen zu tun bekommt, überlegt sich, was wohl das Positive an diesem Modell ist. Genau das wollen wir erreichen. Wenn die Mehrheit des Nationalrates vor sieht, dass für jene Menschen, die sich einem Netzwerk anschliessen, weiterhin der gleiche Selbstbehalt gelten soll wie heute, nämlich 10 Prozent, und dass die anderen, die sich keinem Netzwerk anschliessen, mit 20 Prozent massiv bestraf werden sollen, wird das grosse Widerstand auslösen. Das wird aber nicht nur bei einer allfälligen Volksabstimmung Schwierigkeiten geben. Es wird auch das Image der integrierten Versorgung beschädigen, da nämlich die Leute das Gefühl haben, es könnte nichts Gutes sein, wenn sie nur mit Bestrafung konfrontiert würden.

Ich bitte Sie deshalb, hier dem Ständerat mit seiner Version von 7,5 Prozent und 15 Prozent Selbstbehalt zu folgen. Diese Version nimmt auch Rücksicht darauf, dass die Krankenkassen Berechnungen bezüglich der Prämienauswirkungen gemacht haben. Wir können heute davon ausgehen – das bestätigen auch die Krankenkassen –, dass bei der Version des Ständerates die Prämien nicht wegen der Einführung von Managed Care steigen werden.

Unterstützen Sie die Version des Ständerates! Damit leisten Sie einen Beitrag zur breiten Akzeptanz dieser Vorlage und des Modells der integrierten Versorgung an sich.

**Bortoluzzi** Toni (V, ZH): Unabhängig vom prozentualen Selbstbehalt geht es in diesem Minderheitsantrag um den Höchstbetrag, welcher im Jahr mit dem Selbstbehalt bezahlt werden soll.

Wir möchten hier als Minderheit am Nationalratsbeschluss festhalten. Dieser orientiert sich an der heutigen Regelung, indem der Bundesrat den jährlichen Höchstbetrag festlegt; das ist insofern nichts Neues. Was neu hinzukommt, ist die Bestimmung, dass der Höchstbetrag der Netzwerkenbenutzer im Verhältnis zu jenem der Benutzer der normalen Versicherung höchstens eins zu zwei betragen darf; das Übrige überlässt man dem Bundesrat.

Es scheint mir besonders wichtig, diesen Teil hier in Zusammenhang mit dem differenzierten Selbstbehalt in Absatz 2 zu sehen; dazu hat sich Frau Fehr ja geäussert. Es ist schon so: Auch für uns ist das hier ein Kernstück. Die Frage ist, ob man eine Lösung trifft, welche die Gefahr beinhaltet, dass noch höhere Prämien die Folge sind. Es kann ja nicht sein, dass man in der Gesundheitspolitik eine Korrektur vornimmt, die letztlich dazu führt, dass die Prämien steigen. Wir sind der Meinung, dass die Selbstbehaltfrage so geregelt werden muss, dass wir auf der sicheren Seite sind, und dazu gehört eben auch dieser Teil von Artikel 64 gemäss Antrag der Minderheit. Der Bundesrat soll in der Lage sein, auch kurzfristig sozialpolitische Korrekturen vorzunehmen, dies im Rahmen seiner Kompetenz, die jährlichen Höchstbeträge festzulegen, welche den Selbstbehalt betreffen. Er bestimmt ja auch die Franchise, und es ist sicher zweckmässig, wenn er hier ein Instrument in der Hand hat, um allenfalls Korrekturen aus sozialpolitischen Gründen anzubringen.

Ich bitte Sie also, bei Absatz 3 der Minderheit zu folgen.

**Kleiner Marianne** (RL, AR): Absatz 3bis hält fest, dass der Bundesrat die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehalts nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen kann. Die Höhe der Franchisen ist ein wichtiges Instrument der Kostenkontrolle. Auch hier möchten wir Liberalen und Teile der CVP-Fraktion Sie bitten, dem Ständerat zu folgen und damit bei Ihren früheren Beschlüssen zu bleiben, also die Festsetzung der Franchisen vollständig im Kompetenzbereich des Bundesrates zu belassen.

Franchisen sind aus unserer Sicht ein wirkungsvolles Instrument, um auf das Konsumverhalten der Versicherten Einfluss zu nehmen. Damit der Bundesrat dieses Instrument weiterhin zielgerichtet einsetzen kann, darf man seinen Entscheidungsspielraum nicht unnötig einschränken. Es ist im Hinblick auf das Prämienwachstum, das für uns alle eines



der wichtigsten Kriterien bleiben muss, absolut zentral, dass der Bundesrat rasch reagieren kann, wenn die Kosten davonlaufen.

Eine Kompetenzbeschneidung des Bundesrates ist nach unserer Ansicht und nach Ansicht des Ständerates völlig unangemessen. Wir und der Ständerat haben in dieser Sache Vertrauen in die Sorgfalt des Bundesrates und in die Angemessenheit seines Urteils. Wir bitten Sie, der Minderheit und dem Ständerat zu folgen. Auch hier könnten Sie so eine Differenz ausräumen. Es gibt keinen rationalen Grund, dem Bundesrat diese Kompetenz, die er bis jetzt zur vollen Zufriedenheit ausgeübt hat, wegzunehmen. In den Übergangsbestimmungen sieht die ständeräliche Fassung vor, dass eine Anpassung erstmals nach drei Jahren ab Inkraftsetzung dieser Bestimmung möglich ist.

Wir bitten Sie also, der Minderheit zu folgen, damit der ständerälichen Fassung zuzustimmen und eine Differenz auszuräumen.

**Weibel** Thomas (CEg, ZH): Wir haben in Artikel 64, Sie haben es gehört, drei Themenkreise. Es geht einmal um den Selbstbehalt, konkret um den Anreiz für die Versicherten, sich auf ein medizinisches Netzwerk einzulassen. Der Mechanismus mit einem differenzierten Selbstbehalt hat sich bei Generika-Medikamenten bereits bestens bewährt. Die Erfahrung zeigt aber auch: Die Differenz muss gross genug sein, damit er wirkt. Dies ist aus unserer Sicht bei der Mehrheitsvariante mit 10 und 20 Prozent gegeben.

Eine gegenüber heute reduzierte Kostenbeteiligung entzieht dem gesamten Gesundheitssystem Geld. Das gilt auch für die ständeräliche Lösung mit 7,5 und 15 Prozent, nämlich spätestens dann, wenn sich die Mehrheit der Versicherten in das Managed-Care-Modell einbinden lässt. Das ist ja das Ziel dieser Vorlage. Wenn das negative Auswirkungen hat, dann haben wir einen Systemfehler eingebaut. Eine Folge kann nämlich sein, dass sich – auch wenn das im Moment nicht rechnerisch belegt werden kann –, systembedingt durch den Wechsel auf die neuen Parameter, eine Prämienerhöhung als nötig erweist. Mit der ständerälichen Lösung nehmen Sie leichtfertig die Möglichkeit einer solchen Prämienerhöhung in Kauf, und Sie tun das ohne Not. Die CVP/EVP/glp-Fraktion wird deshalb klar die Mehrheit mit 10 respektive 20 Prozent unterstützen, also an unserem bisherigen Entscheid festhalten.

Bei Absatz 3 geht es um den Höchstbetrag der Franchise. Hier ist die Fraktion bereit, der Mehrheit der Kommission zu folgen und sich dem Ständerat anzuschliessen, wonach die Beträge 500 Franken und 1000 Franken ins Gesetz geschrieben werden. Damit wird dem Bundesrat die Kompetenz zur Festlegung dieser Beträge entzogen.

In Ergänzung dazu sind wir aber bei Absatz 3bis der Meinung – dies im Unterschied zur Kommissionsmehrheit –, dass der Bundesrat doch einen kleinen Spielraum behalten sollte. Es macht nämlich keinen Sinn, wegen jeder kleinen Betragsanpassung wieder eine Gesetzesrevision anzustossen. Das braucht Zeit, unnötig viel Zeit. Der Bundesrat soll die Kompetenz erhalten, die Beträge wenigstens im Rahmen der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu erhöhen. Das macht Sinn, ist pragmatisch und leicht umzusetzen. Deshalb wird die CVP/EVP/glp-Fraktion bei Absatz 3bis die Minderheit Kleiner unterstützen.

**Prelicz-Huber** Katharina (G, ZH): Die Grünen sind grundsätzlich gegen eine Erhöhung von Franchise und Selbstbehalt. Die Belastung durch die Krankenkassenbeiträge ist für den grössten Teil der Bevölkerung ohnehin schon viel zu hoch. Gerade die Krankenkassenprämien tragen leider auch zum Armutsrisko vieler Familien bei. Viele sind deshalb auf die Krankenkassenprämienverbilligungen angewiesen. Also soll nicht noch eine zusätzliche Kostenbeteiligung kommen. Wenn es denn schon sein muss, muss sie möglichst klein sein. Das heisst, wir sind für die Minderheit Fehr Jacqueline – und hoffen, dass daraus noch eine Mehrheit wird –, für den Kompromissvorschlag von 7,5 Prozent mit einem Managed-Care-Modell und 15 Prozent ohne Managed-Care-Mo-

pell. Das bedeutet eine Verringerung mit einem Managed-Care-Modell, worüber wir natürlich sehr froh sind. Es bedeutet aber leider auch eine Erhöhung ohne Managed-Care-Modell, was wir zähneknirschend zur Kenntnis nehmen. Wenigstens haben wir vorhin für die flächendeckende Variante votiert, das heisst, dass dann für alle ein Zugang möglich werden muss. Deshalb ist es vertretbar, dass, wer die absolute Freiheit will, einen erhöhten Selbstbehalt zahlen muss. Wenn jemand sich mit einem Managed-Care-Modell einschränkt, dann ist der Beitrag tiefer.

Klar ist aber für uns: Es braucht eine definierte Obergrenze für den Selbstbehalt, das heisst die hier vorgeschlagenen 1000 Franken pro Jahr. Wir wollen nicht, dass der Bundesrat diesen Tarif irgendwann anpassen kann, weil es vielleicht wieder ein bisschen teurer geworden ist usw.

Für uns ist die Beteiligung an den Gesundheitskosten für die Unter- und Mittelschicht, wie ich eingangs bereits erwähnt habe, zu hoch. Für die oberste Kategorie könnte die Beteiligung alleweil noch ein bisschen höher sein. Wir wären daher ohne Weiteres für einkommensabhängige Prämien, das wäre viel fairer, steht aber zurzeit nicht zur Debatte.

Wir sind also für die Variante 7,5 Prozent und 15 Prozent, das heisst für die Minderheit bei Absatz 2 Buchstabe b, und für die Mehrheit bei den Absätzen 3 und 3bis.

**Schenker** Silvia (S, BS): Wir sind hier bei einem sehr zentralen Punkt dieser Vorlage. Welche der Varianten obsiegen wird, wird eine grosse Rolle spielen, soll die Vorlage in einer Volksabstimmung bestehen. Und nach einer Volksabstimmung sieht es im Moment aus, das Referendum wird wohl ergriffen werden, und ich kann Ihnen versichern: Diese Vorlage wird es auf jeden Fall sehr schwer haben. Ich diskutiere im Moment sehr oft über diese Vorlage, und ich höre sehr viele Vorbehalte, nicht zu Managed Care an und für sich – dass das eine gute Sache ist, ist eigentlich unbestritten –, aber zum Zwang, der in dieser Vorlage enthalten ist. Wir sind also gut beraten, wenn wir keine weiteren Hürden in die Vorlage einbauen.

Einerseits wird in diesem Artikel die prozentuale Höhe der Kostenbeteiligung festgelegt. Der entsprechende Antrag ist vorhin von Frau Fehr sehr gut begründet worden, ich muss dem nichts mehr beifügen. Andererseits, und das ist ein weiterer wichtiger Punkt, entscheiden wir über die Höchstgrenze der Kostenbeteiligung. Ich spreche, davon bin ich überzeugt, nicht nur für die SP-Fraktion, sondern auch im Interesse der Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten wie Diabetes, Rheuma, Krebs oder anderen langandauernden Krankheiten. Für all diese Menschen ist es sehr wichtig, wie hoch die prozentuale Kostenbeteiligung ist. Entscheidend für die Betroffenen ist die Frage, bis zu welchem Höchstbetrag die Kostenbeteiligung geschuldet wird.

Heute ist es ja 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 leisten. Neu soll es nun für den Höchstbetrag einen Unterschied geben, je nachdem, ob man in einem Managed-Care-Modell ist oder einen gewöhnlichen Versicherungsvertrag hat. Der Ständerat und die Kommissionsmehrheit – immerhin ist es inzwischen eine Mehrheit – haben sich einerseits dafür entschieden, die Beträge ins Gesetz zu schreiben, was für die Patienten und Patientinnen Rechtssicherheit bedeutet, und sie haben andererseits die Beträge in einer gerade noch akzeptablen Höhe festgelegt. Gemäss dem Ständerat und der Mehrheit sollen diejenigen, die sich für ein Managed-Care-Modell entscheiden, nur noch 500 Franken pro Jahr bezahlen, diejenigen, die sich ausserhalb eines Versorgungsnetzes behandeln lassen, 1000 Franken. Mit diesen Beträgen ist 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 namens der SP-Fraktion: Folgen Sie in der Frage der prozentualen Beteiligung der Minderheit Fehr Jac-



queline und in der Frage des Höchstbetrags der Mehrheit und damit dem Ständerat!

**Triponez** Pierre (RL, BE): Ich empfehle Ihnen, bei Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c bei den früheren Beschlüssen unserer Kommission und unseres Rates zu bleiben und der Kommissionsmehrheit zu folgen. Die Argumente sind nun schon mehrfach vorgebracht worden, und ich will sie nicht mehr wiederholen. Es besteht aber meines Erachtens kein Zweifel daran, dass ein zu tiefer Selbstbehalt unvermeidlich zu einem Prämienanstieg führt. Der neue Beschluss des Ständerates – er ist uns etwas entgegengekommen –, den Selbstbehalt auf 15 bzw. 7,5 Prozent festzulegen, bedeutet zwar einen kleinen Schritt in die richtige Richtung, aber dennoch ist der von unserem Rat bereits zweifach bestätigte An- satz von 20 bzw. 10 Prozent klar vorzuziehen. Im Namen der FDP-Liberalen Fraktion ersuche ich Sie also, hier ein drittes Mal dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Bei Absatz 3 schlage ich Ihnen vor, ebenfalls der Mehrheit zu folgen, die der ständerälichen Lösung den Vorzug gibt. Es ist mehrfach gesagt worden: Für die Rechtssicherheit ist es von grosser Bedeutung, dass der jährliche Höchstbetrag auf 1000 Franken bzw. auf 500 Franken für Versicherte mit einer besonderen Versicherungsform festgelegt wird. Ich bin der Auffassung, dass wir hier einander einen grossen Schritt näher gekommen sind.

Nun komme ich noch zu Absatz 3bis: Hier müssten wir eigentlich auch folgerichtig denken. Wir haben jetzt schon den Höchstbetrag festgelegt; er kann ja nicht ewig so im Gesetz bleiben, da es eine Kostenentwicklung gibt. Von daher gesehen ist es nun wirklich vernünftig, dass der Ständerat in Absatz 3bis vorgesehen hat, dass der Bundesrat – übrigens frühestens nach drei Jahren – nicht irgendwas tun kann, aber immerhin die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes nach Absatz 3 der Kostenentwicklung der Krankenversicherung anpassen kann. Pro futuro ist das doch eine vernünftige, absolut begrenzte Kompetenz, die wir dem Bundesrat geben; damit verhindern wir, dass wir in drei, vier Jahren hier wieder über diese Beiträge diskutieren müssen.

Zusammenfassend empfehle ich Ihnen, bei Artikel 64 Absätze 2 und 3 der Mehrheit zu folgen. Bei Absatz 3bis hat die Mehrheit unserer Kommission nicht dem Ständerat folgen wollen. Hier beachten Sie bitte die Minderheit Kleiner und stimmen gemäss Ständerat. Ich empfehle Ihnen dringend, diesen Schritt zu tun und in diesem Punkt der Minderheit zu folgen.

**Stahl** Jürg (V, ZH): Im Namen der SVP-Fraktion bitte ich Sie, bei Artikel 64 Absatz 2 Literae b und c der Mehrheit zu folgen. Für die SVP-Fraktion ist dieser Artikel der Schlüsselartikel dieser Vorlage, denn nur mit dieser Korrektur ist es möglich, Veränderungen herbeizuführen.

Sie müssen wissen, es ist nicht eine meiner Lieblingsvorlagen. Ich bin nach wie vor der Meinung, dass es nach dem heute geltenden Recht auch möglich gewesen wäre, Veränderungen herbeizuführen, wenn der Wille vorhanden gewesen wäre. Aber in diesem Land haben so viele Leute geschrien, dass Managed Care oder integrierte Versorgung der Schlüssel oder das Generalrezept für alle Probleme sei, dass wir heute diese Vorlage behandeln. Es ist nur ein minimaler Teil, der damit beim Kostenwachstum korrigiert wird; aber es ist immerhin ein kleiner Teil. Grossre Veränderungen, das wissen wir, sind schwierig herbeizuführen.

Heute müssen wir jedoch nüchtern feststellen, dass der Wille bei den Beteiligten, insbesondere bei den Leistungserbringern, nicht vorhanden ist. Bevor das Resultat dieser Differenzbereinigung bekannt ist – das wird ja in der Einigungs- konferenz von Mittwochmorgen entschieden –, wird schon mit dem Referendum gedroht. Es ist schon beinahe beschlossene Sache. Darum müssen wir davon ausgehen, dass wir mit dieser Vorlage so oder so – ob die Kostenbeteiligung je nach Versicherungsart nun mit 10 zu 20, 5 zu 10 oder 7,5 zu 15 Prozent gesplittet ist, in diesem Basar gibt es noch verschiedene Varianten – vor die Bevölkerung müssen. Dann soll die Bevölkerung entscheiden, ob sie einen mini-

malen Einschnitt will – mit dem Vorteil der integrierten Netzwerke – oder ob sie die absolute Freiheit will.

Das muss schlussendlich die Bevölkerung entscheiden. Aber wenn Sie von diesen 10 bzw. 20 Prozent abweichen, dann entziehen Sie dem System Geld. Ich unterstelle Ihnen keine böse Absicht; ich glaube sogar, dass Sie eine gute Absicht haben, wenn Sie solche Vorschläge in diese Vorlage einbringen. Am Schluss könnte es sich aber als Bumerang erweisen, wenn Sie 5 bzw. 10 Prozent als Kostenbeteiligung haben. Wenn viele Leute in diese Netzwerke gehen, wird dem System Geld entzogen. Das muss wieder mit höheren Prämien kompensiert werden; das ist gefährlich.

Darum bitte ich Sie namens der SVP-Fraktion, hier der Mehrheit zu folgen und bei 10 bzw. 20 Prozent zu bleiben.

Noch kurz zu Artikel 64 Absatz 3: Hier empfehle ich Ihnen, die Minderheit Bortoluzzi zu unterstützen. Auch hier ist die Gefahr gross, dass Sie dem System Geld entziehen und im Oktober dann wieder Red und Antwort stehen müssen, wenn die Krankenkassenprämien steigen. Für uns ist es wichtig – auch im Hinblick auf eine Einigungskonferenz –, dass wir noch etwas Verhandlungsspielraum haben.

Ich persönlich werde der letzten Minderheit, jener von Kollegin Kleiner, zustimmen. Ich gehe aber davon aus, dass sich meine Kollegen – so, wie wir das auch in der Fraktion besprochen haben – hier für die Mehrheit entscheiden werden. Denken Sie daran: Es ist ein Schlüsselartikel. Bitte verhelfen Sie vor allem der Mehrheit, die hier drin schon zweimal ob- siegt hat, zum Durchbruch. Bleiben Sie standhaft bei 10 und 20 Prozent.

**Burkhalter** Didier, conseiller fédéral: Tout d'abord, je crois qu'il est bien qu'on fasse le débat de manière globale à l'article 64. En effet, il faut avoir une vision aussi juste et globale que possible sur la question de la participation aux coûts. A l'article 64, il s'agit de trouver une solution qui réponde simultanément à trois objectifs; cela n'est pas simple, mais c'est possible. Il faut tout d'abord atteindre l'objectif de la responsabilité individuelle; ensuite, il faut atteindre l'objectif de la claire incitation en faveur des réseaux de soins intégrés; enfin, il faut aussi de la clarté dans ce débat – y compris dans le débat qui peut avoir lieu avec le peuple; la clarté dans un thème aussi complexe ne va pas de soi, mais nous pensons que c'est possible et que c'est de toute façon nécessaire.

L'objectif numéro un, c'est la responsabilité individuelle. A l'article 64 alinéa 1, il est clairement prévu que: «Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.» Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que la participation, ce sont la franchise – soit la franchise de base à 300 francs –, et la quote-part, c'est-à-dire le pourcentage des coûts qui dépassent la franchise – article 64 alinéa 2 – jusqu'à un montant maximum: il y a une limite claire – c'est l'article 64 alinéa 3 – fixée actuellement à 700 francs. Donc la participation aux coûts pour la franchise de base et la quote-part est actuellement de 1000 francs. A l'origine – il y a déjà plusieurs années –, le Conseil fédéral avait proposé de faire passer la quote-part à 20 pour cent pour tous, sauf pour les enfants, mais le Parlement avait refusé. Donc l'objectif numéro un de cette participation aux coûts est de maintenir la responsabilité individuelle.

L'objectif numéro deux, ce sont les incitations. Elles ne sont possibles qu'avec une quote-part différenciée – évidemment, c'est un des éléments importants de la loi –, la quote-part différenciée avec 20 ou 15 pour cent pour les modèles d'assurance actuels ou 10 voire 7,5 pour cent pour les modèles de réseaux de soins intégrés. J'aimerais rappeler que pour les modèles de réseaux de soins intégrés, il y a également la possibilité d'aller plus bas, c'est-à-dire que cette limite, qu'elle soit fixée à 10 ou à 7,5 pour cent, peut encore être réduite par la suite par les assureurs qui offrent des modèles de réseaux de soins intégrés. Cette possibilité d'aller plus bas, de considérer la limite de 10 ou 7,5 pour cent comme un maximum – qu'on peut donc réduire –, est prévue à l'alinéa 2bis, qui a déjà été accepté par les deux conseils – mais ce n'est pas une raison pour l'oublier, c'est important.

Ensuite, le troisième objectif est la clarté. Le mieux est de définir dans la loi précisément la participation différenciée aux coûts: cela se trouve à l'alinéa 3. Il faut commencer par le plus important, et le plus important aux yeux du Conseil fédéral, c'est clairement les montants maximaux annuels de la quote-part – «Höchstbetrag». Nous sommes pour les fixer à 1000 francs au maximum pour les modèles traditionnels et à 500 francs au maximum – là aussi il s'agit d'un maximum – pour les réseaux de soins intégrés, et cela dans la loi.

Nous souhaitons également de la clarté dans la fixation de la participation des assurés qui dépasse la quote-part – c'est à l'alinéa 2. Là nous aimerions vous dire qu'en fait, techniquement, les deux modèles sont possibles. Maintenant que nous n'avons plus le modèle qui prévoit 5 pour cent, mais qu'on a celui qui prévoit 20 pour cent/10 pour cent et celui qui prévoit 15 pour cent/7,5 pour cent, les deux sont possibles.

Quelles sont les conséquences de l'un et de l'autre? Avec 20 pour cent/10 pour cent – 10 pour cent au maximum des coûts qui dépassent le montant de la franchise annuelle pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance –, on a clairement une très forte incitation en faveur des réseaux de soins intégrés. Il en va également des primes des assurés traités dans des réseaux de soins intégrés – c'est un point très important. Au début du lancement des nouveaux modèles de réseaux de soins intégrés dans le cadre de cette loi, les primes fixées seront plus attrayantes si le modèle 20 pour cent/10 pour cent est choisi. C'est là de nouveau un élément important: il n'y a pas de miracle, si l'on réduit la participation aux coûts, le montant des primes subira automatiquement une pression à la hausse.

Le modèle 15 pour cent/7,5 pour cent – 7,5 pour cent au maximum des coûts qui dépassent le montant de la franchise annuelle pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance – sera évidemment mieux accueilli par la population, en tout cas au départ quand on ne peut pas encore expliquer tous ces éléments. Mais les primes subiront une pression à la hausse. Donc, ce modèle, qui, au départ – comme l'a dit Monsieur Stahl –, donnera l'impression d'être plus favorable, aura un effet négatif, on peut le dire, sur les primes. Néanmoins, une participation aux coûts de 7,5 pour cent devrait permettre aussi d'obtenir un modèle relativement attrayant – moins que l'autre, mais attrayant malgré tout pour les réseaux de soins intégrés.

La position du Conseil fédéral est la suivante: à l'alinéa 3, nous vous demandons d'inscrire dans la loi les montants maximaux annuels de la quote-part. C'est une compétence en moins pour le Conseil fédéral, mais c'est plus clair pour tous les citoyens, et cela nous paraît décisif. C'est pourquoi nous vous recommandons vivement d'inscrire les montants maximaux dans la loi, d'adopter à l'alinéa 3 la proposition de la majorité et donc d'éliminer à cet alinéa la divergence avec le Conseil des Etats.

Quant à la question de l'alinéa 3bis, nous estimons qu'il est normal qu'on maintienne la possibilité pour le Conseil fédéral d'adapter les montants maximaux annuels de la quote-part en fonction de l'évolution des coûts, et cela aussi en relation avec le chiffre Iter Dispositions transitoires alinéa 4 qui prévoit que la première adaptation ne peut être mise en oeuvre que trois ans après l'entrée en vigueur de la modification qui prévoit l'instauration des réseaux de soins intégrés. A l'article 64 alinéa 3bis, nous sommes donc favorables à la proposition de la minorité Kleiner qui est également valable pour la disposition du chiffre Iter Dispositions transitoires alinéa 4.

Pour la participation des assurés aux coûts qui dépassent la quote-part annuelle, je vous l'ai dit, les deux modèles sont possibles. A l'article 64 alinéa 2 lettres b et c, le modèle 20 pour cent/10 pour cent est plus favorable aux réseaux de soins intégrés, parce qu'il permet de fixer des primes plus attrayantes dès le départ.

**Humbel Ruth** (CEg, AG), pour la Kommission: Die Kommission beantragt Ihnen mit 14 zu 10 Stimmen, an der national-

rätlichen Fassung mit einer Kostenbeteiligung von 10 und 20 Prozent festzuhalten.

Beim Entscheid über die Höhe der Kostenbeteiligung stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien zu entscheiden ist. Der Ständerat hat vor allem referendumspolitisch diskutiert und mit 21 zu 19 Stimmen knapp entschieden. Da das Referendum nun aber gewiss ist, bevor die Vorlage zu Ende beraten ist, stellt sich mehr die Frage, was sachlich richtig ist. Die Kommissionsmehrheit beurteilt die Werte von 10 und 20 Prozent als richtig, insbesondere aus folgenden Überlegungen:

Zum Ersten besteht ein Zusammenhang zwischen Prämie und Kostenbeteiligung. Wenn wir die Kostenbeteiligung gegenüber dem heutigen Ausmass senken, muss der Ausgleich mit höheren Prämien finanziert werden. Das ist mehr eine Frage des gesunden Menschenverstandes denn grosser versicherungsmathematischer Überlegungen. Wer eine tiefere Kostenbeteiligung propagiert, muss daher den Versicherten erklären, dass der Systemwechsel zu höheren Prämien führen wird, zumindest beim Einführungszeitpunkt. Das ist vor allem für diejenigen Kantone problematisch, welche über eine grosse Abdeckung mit Hausarztmodellen verfügen. Die derzeitigen Prämienrabatte belaufen sich dort auf 20 und mehr Prozent und müssten massiv reduziert werden, was für die Versicherten unverständlich wäre.

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 dieser Vorlage dürfte es noch eine Weile dauern. Da wird die Kostenbeteiligung gleich bleiben, während die Prämien weiter ansteigen.

Ein dritter, eher regionalpolitischer Aspekt ist auch zu berücksichtigen: Gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmungen kann der Bundesrat nach Anhörung der Kantone die differenzierte Kostenbeteiligung früher in Kraft setzen. Eine genügende Abdeckung mit integrierten Versorgungsnetzen dürfte vor allem in Städten und Agglomerationen gegeben sein, also in Regionen mit höheren Prämien. In ländlichen Regionen hingegen dürfte es länger dauern. Das kann während der Einführungsphase zu der eigenartigen Situation führen, dass Versicherte in teuren, kostenintensiven Gebieten eine tiefere Kostenbeteiligung haben als Versicherte in kostengünstigeren, ländlichen Gebieten. Auch das wäre sehr schwierig zu erklären.

Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie daher, bei Absatz 2 Buchstabe b der Kommissionsmehrheit zu folgen. Mit 14 zu 10 Stimmen ist die Kommission hingegen bei Absatz 3 dem ständerätslichen Beschluss gefolgt und will die maximale Kostenbeteiligung im Gesetz verankern. Damit werden Transparenz und Sicherheit geschaffen. Patientinnen und Patienten in Versorgungsnetzen profitieren von einer tiefen maximalen Kostenbeteiligung im Vergleich zu heute. Heute haben wir die Franchise plus 10 Prozent bis zu einem maximalen Wert von 700 Franken. Künftig wird die maximale Kostenbeteiligung nicht mehr 700 Franken betragen, sondern 500 Franken in integrierten Versorgungsnetzen und 1000 Franken im ordentlichen System. Der entscheidende Betrag für die Patientinnen und Patienten ist nicht der prozentuale Ansatz, sondern die effektive frankenmässige Belastung. Insbesondere chronisch kranke Menschen könnten davon profitieren.

Ich bitte Sie, bei Absatz 3 der Kommissionsmehrheit zu folgen. Ich bitte Sie, auch bei Absatz 3bis, bei welchem die Kommission mit 18 zu 5 Stimmen entschieden hat, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

**Cassis Ignazio** (RL, TI), pour la commission: La participation des assurés aux coûts est aujourd'hui composée, vous le savez toutes et tous, d'une franchise et d'une quote-part de 10 pour cent, limitée toutefois à 700 francs par année. La majorité de la commission a décidé de fixer la quote-part pour les assurés traités dans les réseaux de soins intégrés à 10 pour cent au maximum, c'est-à-dire que les réseaux de soins se feront de la concurrence en offrant des quotes-parts inférieures à 10 pour cent: même 5 pour cent, 3 pour

cent, 2 pour cent. Par contre, ils fixeront la quote-part à 20 pour cent pour les patients qui n'auront pas accepté une prise en charge dans les réseaux de soins intégrés. Le montant maximal annuel lorsqu'on est traité dans un réseau de soins passe de 700 francs à 500 francs et il passe par contre, lorsqu'on est traité en dehors d'un réseau de soins, de 700 francs à 1000 francs.

La participation de 10 pour cent ou de 20 pour cent exprime tout simplement la vitesse avec laquelle on atteint le montant maximal en cas de soins médicaux, et uniquement en cas de soins médicaux. Si je ne vais pas à l'hôpital, si je ne vais pas chez le médecin, cette vitesse de 10, 5 ou 20 pour cent ne me concerne pas. Si je suis un malade chronique et donc que j'ai besoin de soins en continu, j'arriverai plus rapidement au montant maximal, mais le montant maximal, si je suis dans un réseau de soins, sera réduit et passera de 700 à 500 francs. Si je choisis de ne pas être assuré dans le cadre de cette forme d'assurance, c'est-à-dire en réseau de soins intégrés, le montant maximal sera augmenté et passera de 700 à 1000 francs. Aux yeux de la majorité de la commission, c'est tout à fait acceptable vu le but de politique sociale de l'assurance-maladie.

La minorité Fehr Jacqueline propose par contre d'adhérer à la décision du Conseil des Etats qui prévoit une quote-part de 7,5 pour cent au maximum pour les assurés qui sont dans le réseau et de 15 pour cent pour ceux qui sont en dehors du réseau. Je crois que tout a été dit sur cette divergence.

Laissez-moi juste faire un commentaire très personnel. Cette discussion sur les modèles qui prévoient 15 pour cent/7,5 pour cent et 20 pour cent/10 pour cent est très symbolique. C'est une discussion qui a assez peu à voir avec tous les beaux côtés et les instruments innovateurs que nous avons dans cette modification de loi. Il est clair qu'il faut toujours trouver un bouc émissaire, un élément sur lequel on puisse se disputer. Eh bien, cet élément de dispute sera le modèle 20 pour cent/10 pour cent ou 15 pour cent/7,5 pour cent. Franchement, cela change peu de choses si l'on choisit l'un ou l'autre modèle. Donc, je vous prie d'essayer de ne pas trop souligner cet aspect lors de notre discussion. En cas de référendum, puisqu'il aura de toute manière lieu – il a déjà été annoncé –, je vous invite à avoir le courage de nos idées innovatrices et de les défendre ensuite.

La commission, par 14 voix contre 10, vous invite à suivre la majorité et à en rester au modèle 20 pour cent/10 pour cent. De même, la commission, par 14 voix contre 10, vous invite à inscrire dans la loi le montant maximal de la quote-part – 500 francs pour les assurés dans les réseaux de soins et 1000 francs pour ceux qui sont en dehors des réseaux. Ceci donne un sentiment de sécurité à tous ceux qui seraient sécurisés par la fameuse affirmation «Il s'agit d'une augmentation massive de 10 à 20 pour cent, d'un doublement de la participation aux coûts». Le montant maximal est donc l'élément le plus important.

Un dernier point: l'alinéa 3bis donne au Conseil fédéral la tâche d'adapter le montant maximal à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie. La commission vous invite là aussi à soutenir la majorité, c'est-à-dire à refuser cette adaptation automatique, ce qui est par contre soutenu par une minorité qui veut suivre le Conseil des Etats.

*Abs. 2 Bst. b, c – Al. 2 let. b, c*

*Abstimmung – Vote  
(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6025)*

Für den Antrag der Mehrheit ... 98 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit ... 54 Stimmen

*Abs. 3 – Al. 3*

*Abstimmung – Vote  
(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6026)*

Für den Antrag der Mehrheit ... 110 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit ... 43 Stimmen

*Abs. 3bis – Al. 3bis*

*Abstimmung – Vote  
(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6027)*  
Für den Antrag der Mehrheit ... 88 Stimmen  
Für den Antrag der Minderheit ... 70 Stimmen

**Ziff. Iter**

*Antrag der Mehrheit*

Festhalten

*Antrag der Minderheit*

(Cassis, Kleiner, Ruey, Triponez)

*Abs. 1–3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(Kleiner, Cassis, Humbel, Triponez, Weibel)

*Abs. 4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(Ruey, Cassis, Fehr Jacqueline, Heim, Humbel, Kleiner, Meyer Thérèse, Robbiani, Schenker Silvia, Triponez)

*Abs. 5*

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

**Ch. Iter**

*Proposition de la majorité*

Maintenir

*Proposition de la minorité*

(Cassis, Kleiner, Ruey, Triponez)

*Al. 1–3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Kleiner, Cassis, Humbel, Triponez, Weibel)

*Al. 4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Ruey, Cassis, Fehr Jacqueline, Heim, Humbel, Kleiner, Meyer Thérèse, Robbiani, Schenker Silvia, Triponez)

*Al. 5*

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

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

**Präsident** (Walter Hansjörg, erster Vizepräsident): Das Geschäft geht somit an die Einigungskonferenz.