

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



Dokumentationsdienst
3003 Bern
Tel. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@parl.admin.ch

Verhandlungen

Délibérations

Deliberazioni

Bundesgesetz über die Krankenversicherung.
Teilrevision. Managed-Care (04.062)

Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle.
Managed-Care (04.062)

Legge federale sull'assicurazione malattie.
Revisione parziale. Managed Care (04.062)



VH 04.062

- mit Erlasstext
- avec texte de l'acte législatif
- contiene testo legislativo

Datum der Volksabstimmung
17.06.2012

Weitere Informationen:

www.parlament.ch

unter Volksabstimmungen

Den Ratsmitgliedern steht in der **Pressedatenbank** der Parlamentsdienste eine ständig aktualisierte Auswahl von Artikeln zu den einzelnen Volksabstimmungen in einem separaten Ordner zur Verfügung.

Date de la votation populaire
17.06.2012

Informations complémentaires :

www.parlement.ch

sous Votations populaires

Lors de chaque votation populaire, un dossier spécifique régulièrement mis à jour est à disposition des parlementaires dans **la banque de données « Presse »** des Services du Parlement.

Verantwortlich für diese Ausgabe:

Parlamentsdienste
Dokumentationsdienst
Georg Hasenfratz
Tel. 031 / 322 98 60

In Zusammenarbeit mit
Noemi Fröhlich

Bezug durch:

Parlamentsdienste
Dokumentationsdienst
3003 Bern
Tel. 031 / 322 97 44
Fax 031 / 322 82 97
doc@parl.admin.ch

Responsable de cette édition :

Services du Parlement
Service de documentation
Georg Hasenfratz
Tél. 031 / 322 98 60

Avec la collaboration de
Noemi Fröhlich

S'obtient aux :

Services du Parlement
Service de documentation
3003 Berne
Tél. 031 / 322 97 44
Fax 031 / 322 82 97
doc@parl.admin.ch

Inhaltsverzeichnis / Table des matières

Seite - Page

1.	Übersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations		I
2.	Rednerliste - Liste des orateurs		II
3.	Zusammenfassung der Verhandlungen Résumé des délibérations		V XIII
4.	Verhandlungen der Räte - Débats dans les conseils		
	Ständerat - Conseil des Etats	05.12.2006	1-26
	Nationalrat - Conseil national	16.06.2010	27-72
	Ständerat - Conseil des Etats	15.12.2010	73-93
	Nationalrat - Conseil national	03.03.2011	94-111
	Ständerat - Conseil des Etats	30.05.2011	112-118
	Nationalrat - Conseil national	12.09.2011	119-131
	Ständerat - Conseil des Etats	14.09.2011	131-134
	Nationalrat - Conseil national	22.09.2011	135-141
	Ständerat - Conseil des Etats	29.09.2011	142-143
	Nationalrat - Conseil national	29.09.2011	144-145
5.	Schlussabstimmungen - Votations finales		
	Ständerat - Conseil des Etats	30.09.2011	146
	Nationalrat - Conseil national	30.09.2011	147-148
6.	Namentliche Abstimmungen - Votes nominatifs		149-184
7.	Bundesbeschluss vom	30.09.2011	185
	Arrêté fédéral du	30.09.2011	190
	Legge federale del	30.09.2011	195

1. Übersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations

04.062 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care

Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) (BBl 2004 5599).

NR/ SR Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Entwurf 1

05.12.2006 SR. Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.

16.06.2010 NR. Abweichend.

15.12.2010 SR. Abweichend.

03.03.2011 NR. Abweichend.

30.05.2011 SR. Abweichend.

12.09.2011 NR. Abweichend.

14.09.2011 SR. Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.

22.09.2011 NR. Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.

29.09.2011 SR. Der Antrag der Redaktionskommission wird angenommen.

29.09.2011 NR. Der Antrag der Redaktionskommission wird angenommen.

30.09.2011 SR. Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

30.09.2011 NR. Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

Bundesblatt 2011 7441;
Ablauf der Referendumsfrist: 19. Januar 2012

Die Protokolle der Verhandlungen zum abgelehnten Entwurf 2 (Medikamentenpreise) sind nicht in diesem Verhandlungsheft enthalten.

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

Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care) (FF 2004 5257)

CN/ CE Commission de la sécurité sociale et de la santé publique

Projet 1

05.12.2006 CE. Décision modifiant le projet du Conseil fédéral.

16.06.2010 CN. Divergences.

15.12.2010 CE. Divergences.

03.03.2011 CN. Divergences.

30.05.2011 CE. Divergences.

12.09.2011 CN. Divergences.

14.09.2011 CE. Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.

22.09.2011 CN. Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.

29.09.2011 CE. La proposition de la Commission de rédaction est adoptée.

29.09.2011 CN. La proposition de la Commission de rédaction est adoptée.

30.09.2011 CE. La loi est adoptée au vote final.

30.09.2011 CN. La loi est adoptée au vote final.

Feuille fédérale 2011 6849;
délai référendaire: 19 janvier 2012

Les procès-verbaux des délibérations du projet 2 (Prix des médicaments), projet qui a été rejeté, ne sont pas partie de ce cahier de délibérations.

2. Rednerliste · Liste des orateurs

Nationalrat · Conseil national

Baettig Dominique (V, JU)	64, 139, 140
Borer Roland F. (V, SO)	51, 53, 63, 95
Bortoluzzi Toni (V, ZH)	40, 63, 68, 69, 72, 105, 110, 121, 124, 126, 138, 147
Bruderer-Wyss Pascale (S, AG)	39, 44, 51, 58, 60, 62, 67, 70
Burkhalter Didier, Bundesrat	34, 36, 37, 41, 45, 50, 54, 60, 66, 71, 97, 100, 102, 107, 110, 121, 124, 128, 131, 138, 139
Cassis Ignazio (RL, TI)	28, 38, 42, 45, 50, 54, 61, 66, 71, 72, 98, 100, 103, 104, 108, 111, 122, 125, 129, 140
Chopard-Acklin Max (S, AG)	51
Fehr Jacqueline (S, ZH)	30, 59, 68, 96, 97, 107, 121, 124, 126, 136, 146
Füglistaller Lieni (V, AG)	141
Gadient Brigitta (BD, GR)	145
Germanier Jean-René (RL, VS)	99, 100, 103, 109, 136, 144
Gilli Yvonne (G, SG)	32, 44, 48, 52, 59, 65, 70, 95, 105, 137, 141
Goll Christine (S, ZH)	43, 47, 54, 57, 99, 102, 104
Hassler Hansjörg (BD, GR)	34
Huber Gabi (RL, UR)	146
Humbel Näf Ruth (CEg, AG), für die Kommission	27, 37, 41, 45, 50, 54, 61, 66, 71, 97, 98, 100, 103, 108, 111, 122, 125, 139, 146
Kleiner Marianne (RL, AR)	33, 39, 53, 65, 106, 107, 123, 126
Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR)	31, 95, 96, 120, 124, 145
Mörgeli Christoph (V, ZH)	58
Müller Geri (G, AG)	51
Pelli Fulvio (RL, TI)	58
Pfister Theophil (V, SG)	141
Prelicz-Huber Katharina (G, ZH)	32, 40, 49, 96, 109, 120, 123, 127
Rielle Jean-Charles (S, GE)	33
Robbiani Meinardo (CEg, TI)	69
Rossini Stéphane (S, VS)	29, 39, 40, 56, 64, 104, 138
Ruey Claude (RL, VD)	33, 40, 49, 70, 95, 96, 97, 102, 120, 136

Schenker Silvia (S, BS)	44, 49, 52, 57, 99, 101, 105, 110, 127
Stahl Jürg (V, ZH)	30, 44, 48, 70, 100, 128
Steiert Jean-François (S, FR)	36, 61, 101, 107
Triponez Pierre (RL, BE)	40, 96, 121, 124, 128
van Singer Christian (G, VD)	37, 104
Walter Hansjörg (V, TG)	34, 130
Weber-Gobet Marie-Thérèse (G, FR)	100, 102, 103
Weibel Thomas (CEg, ZH)	31, 40, 44, 48, 53, 58, 65, 69, 99, 101, 106, 120, 127, 137
Widmer-Schlumpf Eveline, Bundesrätin	58
Ständerat - Conseil des Etats	
Altherr Hans (RL, AR)	92
Berberat Didier (S, NE)	118
Berset Alain (S, FR)	143
Bieri Peter (CEg, ZG)	13, 15, 18, 19, 23
Brändli Christoffel (V, GR)	6, 77, 112, 116
Briner Peter (RL, SH)	8
Brunner Christiane (S, GE)	12, 13, 17, 21, 24
Burkhalter Didier, Bundesrat	77, 80, 82, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 113, 114, 116, 118, 119, 134
Couchepin Pascal, Bundesrat	9, 12, 16, 18, 23, 25
David Eugen (CEg, SG)	6, 12, 14, 21, 24, 76, 80, 81, 83, 84
Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG)	75, 81, 84, 89, 133
Fetz Anita (S, BS)	2, 21, 25, 76, 80, 84, 85, 90
Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission	1, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 73, 74, 77, 79, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 92, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 132
Frick Bruno (CEg, SZ)	4, 20, 23
Germanier Jean-René (RL, VS)	119
Gutzwiller Felix (RL, ZH)	74, 82, 115
Heberlein Trix (RL, ZH)	5, 15, 22
Imoberdorf René (CEg, VS)	88
Inderkum Hansheiri (CEg, UR)	73, 79, 117, 118, 142, 148
Kuprecht Alex (V, SZ)	76, 143
Langenberger Christiane (RL, VD)	3
Maury Pasquier Liliane (S, GE)	74, 89, 112, 114, 115, 133
Pfisterer Thomas (RL, AG)	15

Saudan Françoise (RL, GE)	7, 22
Schwaller Urs (CEg, FR)	5, 22, 75, 81, 84, 87, 89
Seydoux-Christe Anne (CEg, JU)	89
Sommaruga Simonetta (S, BE)	8, 14, 19
Stähelin Phillip (C,TG)	4, 11, 12, 16, 22, 25, 76, 80, 81, 91, 112

3. Zusammenfassung der Verhandlungen

04.062 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care

Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) (BBI 2004 5599)

Ausgangslage

Mit der Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG SR 832.10) per 1. Januar 1996 wurden die gesetzlichen Grundlagen für die besonderen Versicherungsformen geschaffen. Gestützt auf diese Bestimmungen entstanden innert kurzer Zeit verschiedene besondere Versicherungsformen. Zu den häufigsten gehören die sogenannten Health Maintenance Organizations (HMO) und die Hausarztmodelle, seltener sind Versicherungsmodelle mit Ärztelisten. Nach der anfänglichen Dynamik stagniert heute der Versichertenbestand bei den besonderen Versicherungsmodellen. Dies zeigte unter anderem die Wirkungsanalyse zum KVG (Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht Bern 2001, S. 124).

Diverse Studien haben inzwischen gezeigt, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer Hand gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen gefördert werden sollte. Mit der gescheiterten 2. KVG-Revision hätten im Sinne der Förderung solcher Managed Care-Modelle die Versicherer verpflichtet werden sollen, allein oder zusammen mit anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten. Das Parlament hatte ergänzend vorgeschlagen, dass die Versicherer Modelle anzubieten haben, in denen die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen haben. Damit war faktisch ein Zwang zum Angebot eines integrierten Versorgungsnetzes verbunden, das als Alternative zur Vertragsfreiheit angesehen wurde. Dieser Zusammenhang ist aus Sicht des Bundesrates aufzugeben. Vielmehr sollen die Netzwerke klar als Form von besonderen Versicherungsformen definiert und unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit gesetzlich verankert werden. Der Bundesrat will daher die Rahmenbedingungen für solche Modelle verbessern. Er erachtet die Vertragsfreiheit verbunden mit stärkeren Anreizen als das geeignete Mittel, um diese Modelle zu fördern. Die unter den beteiligten Parteien getroffenen Vereinbarungen sollen soweit möglich nicht gestützt auf gesetzliche Verpflichtungen, sondern gestützt auf den freien Wettbewerb getroffen werden. Um die Systematik übersichtlicher zu gestalten, werden die bereits bestehenden und die neuen Bestimmungen zum Thema "Besondere Versicherungsformen" in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst. Neu wird der Begriff der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz definiert. In diesen integrierten Netzwerken haben die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen. Im Rahmen dieser Revision schlägt der Bundesrat ausserdem Massnahmen im Medikamentenbereich vor. Die Spezialitätenliste wird ergänzt durch wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten. Zur Eindämmung der Medikamentenkosten wird der Leistungserbringer verpflichtet, sowohl bei der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels wie auch bei der Abgabe eines Arzneimittels mittels Wirkstoffbeschreibung ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben. Zudem wird die Regelung bezüglich der Weitergabe von Vergünstigungen, die namentlich auch im Zusammenhang mit Medikamenten stehen, ergänzt. (Quelle: Botschaft des Bundesrates)

Verhandlungen

Entwurf 1

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

- 05.12.2006 SR Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.
- 16.06.2010 NR Abweichend.
- 15.12.2010 SR Abweichend.
- 03.03.2011 NR Abweichend.
- 30.05.2011 SR Abweichend.
- 12.09.2011 NR Abweichend.
- 14.09.2011 SR Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.
- 22.09.2011 NR Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.
- 29.09.2011 SR Der Antrag der Redaktionskommission wird angenommen.
- 29.09.2011 NR Der Antrag der Redaktionskommission wird angenommen.
- 30.09.2011 SR Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.
- 30.09.2011 NR Das Bundesgesetz wird in der Schlussabstimmung angenommen.

Entwurf 2

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Medikamentenpreise)

- 13.06.2007 SR Beschluss abweichend vom Entwurf der Kommission.
- 04.12.2007 NR Abweichend.
- 04.03.2008 SR Abweichend.
- 04.06.2008 NR Abweichend.
- 17.09.2008 SR Abweichend.
- 18.09.2008 NR Abweichend.
- 01.10.2008 SR Beschluss gemäss Antrag der Einigungskonferenz.
- 01.10.2008 NR Der Antrag der Einigungskonferenz wird abgelehnt.

Im **Ständerat** führte die Kommissionsprecherin Erika Forster-Vannini (RL, SG) aus, dass man sich im Grundsatz einig sei über die Vorteile von alternativen Versicherungsmodellen. Diese Managed-Care-Modelle sollen durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten eine optimale Behandlungsqualität erreichen und dabei die vorhandenen Ressourcen so effektiv wie möglich nutzen. Die Kommissionsmehrheit setzte wie der Bundesrat dafür auf das Prinzip der Freiwilligkeit für Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer. Eine Kommissionsminderheit wollte konkretere Regelungen und stärkere Anreize per Gesetz festlegen.

Simonetta Sommaruga (S, BE) beantragte namens einer Kommissionsminderheit den Leistungserbringern eine finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Patienten aufzuerlegen. Vorgeschlagen wurde eine risikogerechte Pauschalvergütung pro Versicherten und eine Beteiligung am Jahresergebnis mit einer Bonus-Malus-Regelung. Der Antrag wurde mit 19 zu 13 Stimmen abgelehnt. Den Krankenkassen soll gemäss Ständerat die Möglichkeit eingeräumt werden, für Managed-Care-Angebote eine längere Vertragsdauer (bis drei Jahre) zu verlangen, um eine bessere Risikoverteilung zu erzielen. Ein vorzeitiger Rücktritt ist bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen oder gegen spezielle Bezahlung einer vereinbarten Austrittsprämie möglich. Christiane Brunner (S, GE) beantragte als zusätzlichen Austrittsgrund den Fall, dass die Leistungen offensichtlich qualitative Mängel haben. Der Antrag wurde mit 20 zu 11 Stimmen angenommen. Eine längere Diskussion führte der Rat über die Abstufung des Selbstbehalts als zusätzlichen Anreiz für die Versicherten. Der Ständerat hatte bereits in der Herbstsession 2004 in der Krankenversicherung-Teilrevision zur Kostenbeteiligung (04.034) als Erstrat eine generelle Erhöhung des Selbstbehalts von 10 auf 20 Prozent beschlossen. Die Kommissionsmehrheit plädierte dafür, einen tieferen Selbstbehalt für Managed-Care-Modelle - anstelle oder ergänzend zu den bisher gewährten Prämienrabatten - den Versicherungen zu überlassen. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Simonetta Sommaruga (S, BE) beantragte eine im Gesetz festgelegte Differenzierung des Selbstbehalts: 10 Prozent für Managed Care sowie für Leistungen in dünn besiedelten Gebieten ohne solche Angebote. 20 Prozent für Versicherte, die vom Managed-Care-Angebot nicht Gebrauch machen wollen. Dies sei ein Anreiz für jene 75 Prozent der Versicherten, deren Gesundheitskosten weniger als 7000 Franken pro Jahr ausmachen. Ohne diesen Anreiz für eine koordinierte und integrierte medizinische Betreuung bleibe es bei einer wirkungslosen "Schöne-Worte-Vorlage", meinte die Antragsstellerin. Der Antrag der Minderheit wurde schliesslich mit 20 zu 16 Stimmen abgelehnt. Ein weiterer Minderheitsantrag, vertreten durch Bruno Frick (C, SZ) verlangte, dass Kosteneinsparungen aus Managed-Care-Modellen nicht durch den Risikoausgleich unter den Krankenkassen umverteilt, sondern über tiefere Prämien und/oder Selbstbehalte und Franchisen an die Versicherten weitergegeben werden müssen. Die Ratsmehrheit bezweifelte die Umsetzbarkeit dieses Vorschlags, zudem seien die effektiven Folgen unklar. Mit 20 zu 14 Stimmen wurde der Antrag abgelehnt. In der Gesamtabstimmung wurde die Vorlage mit 16 zu 3 Stimmen bei 12 Enthaltungen gutgeheissen.

Zu den vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen im Medikamentenbereich wurden in der Kommission zahlreiche weitergehende Anträge eingereicht. Die Kommission beschloss deshalb, diesen Bereich später in einer separaten zweiten Vorlage zu behandeln und dann dem Plenum vorzulegen.

Diese Vorlage zur Medikamentenpreisbildung diskutierte der Rat in der Sommersession 2007. Dabei wurden die ursprünglichen Vorschläge des Bundesrates wesentlich erweitert und verschärft. Auf Antrag der Kommission beschloss der Rat oppositionslos, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) künftig die Preise patentgeschützter Medikamente alle drei Jahre zu überprüfen hat und diese wenn

nötig senken kann. Nach geltendem Recht sind diese Preise praktisch während der gesamten Dauer des 15-jährigen Patentschutzes gleich hoch. Zudem muss das BAG künftig automatisch den Preis überprüfen, wenn ein Medikament breiter anwendbar ist als zunächst vermutet. Uneinig war sich der Rat in der Frage, welche Länder bei der Preisfestsetzung als Vergleich heranzuziehen sind. Die Kommissionsmehrheit schlug vor, in erster Linie "wirtschaftlich vergleichbare Länder" zu berücksichtigen. Gemäss derzeitiger Praxis sind dies Dänemark, Grossbritannien, Deutschland und die Niederlande. Simonetta Sommaruga (S, BE) beantragte, alle europäischen Länder in den Vergleich miteinzubeziehen. Andere Branchen stünden auch im Wettbewerb mit Portugal, Spanien oder Polen; es sei nicht gerechtfertigt, die Pharmaindustrie derart vor unliebsamer Konkurrenz zu schützen, argumentierte sie. Der Rat unterstützte mit 22 zu 10 Stimmen die Kommissionsmehrheit. In der Gesamtabstimmung hiess der Ständerat die Vorlage zur Medikamentenpreisbildung mit 33 zu 0 Stimmen gut.

Der **Nationalrat** befasste sich vorerst mit der Vorlage 2 (Medikamentenpreise). Der deutschsprachige Kommissionssprecher Jürg Stahl (V, ZH) hielt fest, dass die Kommission die Eckwerte und Ziele der vom Ständerat vorgeschlagenen Revision übernommen habe. Es sei zudem gelungen, Widersprüche und Unklarheiten der ständerätlichen Fassung zu korrigieren. Die dreijährige Überprüfung der Arzneimittel und die Überprüfung bei einer Indikationserweiterung wurden vom Rat oppositionslos gutgeheissen. Ebenfalls nicht geändert wurde der Kreis der Länder, die zum Vergleich beigezogen werden. Zu diskutieren gab der Kommissionsvorschlag, dass bei der Beurteilung der verlangten Preisgünstigkeit auch die Kosten für Forschung und Entwicklung berücksichtigt werden müssen. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Hugo Fasel (G, FR), lehnte diesen Zusatz ab. Dies sei "Protektionismus pur" für die pharmazeutische Industrie, kritisierte er. Auch Bundesrat Pascal Couchepin empfahl, diese Vorgabe im Gesetzestext zu streichen. Der Nationalrat unterstützte schliesslich die Kommissionsmehrheit mit 103 zu 63 Stimmen. Ein weiterer Antrag der Kommissionsminderheit verlangte, dass der Bundesrat ausdrücklich beauftragt wird, für eine preisgünstige Arzneimittelversorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu sorgen. Dieser Antrag wurde mit 112 zu 60 Stimmen abgelehnt. In der Gesamtabstimmung stimmte der Rat der Vorlage mit 157 zu 16 Stimmen zu.

In der Differenzbereinigung bei der Medikamentenpreisvorlage ging es im **Ständerat** um die Frage der Definition von preisgünstigen Arzneimitteln und um die entsprechende Versorgung. Die Kommissionsmehrheit lehnte die Formulierung des Nationalrates ab, wonach bei der Beurteilung der Preisgünstigkeit nicht nur der möglichst geringe finanzielle Aufwand für die Heilwirkung, sondern auch die Kosten für Forschung und Entwicklung zu berücksichtigen seien. Kommissionssprecher Urs Schwaller (CEg, FR) meinte, dass diese Formulierung verwirlich sei, zudem werde dem Anliegen bereits in entsprechenden Bestimmungen im KVG und in der Verordnung Rechnung getragen. Als Ersatz für den zu streichenden Artikel 52a Absatz 3 schlug die Kommission vor, den Bundesrat zu beauftragen, für eine preisgünstige Arzneimittelversorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu sorgen. Rolf Schweiger (RL, ZG) wehrte sich für die Fassung des Nationalrates. Mit der Erwähnung der Kosten für Forschung und Entwicklung auf Gesetzesstufe würden auch Anreize geschaffen, innovative Arzneimittel mit belegtem therapeutischem Mehrnutzen in die Spezialitätenlisten aufzunehmen. Bundesrat Pascal Couchepin warnte vor einer Flut von Rekursen seitens der Pharmaindustrie, wenn man "preisgünstig" im Gesetz definieren wolle. Gesetzesbestimmungen müssten einfach und klar sein, weshalb er die Kommissionsfassung unterstütze. Der Ständerat stimmte dem Vorschlag der Kommission mit 25 zu 13 Stimmen zu.

In der Folge hatte sich der **Nationalrat** erneut mit der Differenz in Artikel 52a Absatz 3 zu befassen, bei dem es um die Arzneimittelversorgung im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit beziehungsweise um die angemessene Berücksichtigung der Kosten für Forschung und Entwicklung geht, wie Kommissionspräsident Jürg Stahl (V, ZH) ausführte. Die Kommissionsmehrheit kam zum Schluss, dass die früher vom Nationalrat beschlossene Formulierung die richtige sei und beantragte, daran festzuhalten. Eine Minderheit I, vertreten durch Ruth Humbel Näf (CEg, AG) wollte als Kompromiss im Gesetzestext auf die Berücksichtigung der Forschungs- und Entwicklungskosten verzichten und dafür ausdrücklich festhalten, dass bei Originalpräparaten der therapeutische Mehrwert zu berücksichtigen sei. Zudem solle der Bundesrat auf eine preisgünstige Arzneimittelvergütung achten, so der Vorschlag. Jacqueline Fehr (S, ZH) beantragte, der Formulierung des Ständerates zu folgen, die einfach und verständlich sei. Die Minderheit I unterlag dem Vorschlag der Kommissionsmehrheit mit 76 zu 102 Stimmen. Danach obsiegte der Antrag der Kommissionsmehrheit gegenüber der Fassung des Ständerates mit 111 zu 66 Stimmen.

Im **Ständerat** schlug Urs Schwaller (CEg, FR) namens der Kommission vor, sowohl die vom Ständerat zuvor eingefügte Formulierung in Absatz 3 von Art. 52a als auch die Nationalratsfassung des Absatzes 3 zu streichen. Die Kommission erhoffte sich damit eine Klärung der Situation und einen Abschluss der Diskussion. Man wolle nach wie vor an der jetzigen Praxis und dem entsprechenden Preisfestsetzungsmechanismus nichts ändern. Die entsprechenden Grundsätze seien im unbestrittenen Absatz 4 von Art. 52a sowie in Artikel 43 KVG genügend festgelegt. Rolf Schweiger (RL, ZG) beantragte eine modifizierte Fassung des nationalrätlichen Vorschlags. Der Rat unterstützte mit 36 zu 4 Stimmen den Streichungsantrag der Kommission.

Im **Nationalrat** stellte Jürg Stahl (V, ZH) einen neuen Vorschlag der Kommission für den umstrittenen Absatz 3 von Art. 52a vor. Demnach sollen Medikamente als preisgünstig gelten, wenn sie die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellen Aufwand gewährleisten. Zudem solle bei Originalpräparaten der therapeutische Mehrwert bei der Preisbildung angemessen berücksichtigt werden. Während der Kommissionssprecher diesen Absatz als Herzstück der Teilrevision bezeichnete, vertrat Jacqueline Fehr (S, ZH) als Vertreterin der Kommissionsminderheit die Ansicht, dass es sich dabei wahrscheinlich um den überflüssigsten Teil der Revision handle. Sie beantragte, dem Ständerat zu folgen und mit einer Streichung Unklarheiten und Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden. Der Rat folgte seiner Kommission und entschied sich mit 108 zu 65 Stimmen für die neue Formulierung.

Die damit notwendig gewordene Einigungskonferenz schloss sich dem Vorschlag des Ständerates an und beantragte mit 15 zu 10 Stimmen die Streichung des umstrittenen Art. 52a Abs. 3.

Der **Ständerat** stimmte dem Vorschlag der Einigungskonferenz stillschweigend zu.

Im **Nationalrat** beantragte Toni Bortoluzzi (V, ZH), den Antrag der Einigungskonferenz abzulehnen. Das Ergebnis sei unbefriedigend, weil man ein wesentliches Element, nämlich den Aspekt der Wirtschaftlichkeit im Zulassungsverfahren willkürlich aus der Revision herausgebrochen habe. Man solle diese "halbbatzige Geschichte" nun beerdigen. Pierre Triponez (RL, BE) gab bekannt, dass eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion ebenfalls für Ablehnung stimmen werde. Jacqueline Fehr (S, ZH) warb im Namen der SP-Fraktion für Zustimmung und gab zu bedenken, dass mit der Gesetzesrevision und dem Vorschlag der Einigungskonferenz ein Instrument geschaffen werde, um die Medikamentenpreise zu senken. Dies sei auch der Grund, weshalb die Pharmalobby in den letzten Tagen und Wochen sehr intensiv gegen diese Revision lobbyiert habe. Der Rat lehnte den Antrag der Einigungskonferenz mit 97 zu 83 Stimmen ab. Damit war die Vorlage 2 dieses Geschäfts gescheitert.

Dreieinhalb Jahre nach dem Ständerat befasste sich der **Nationalrat** als Zweitrat mit der KVG-Revision zu Managed Care (Vorlage 1). In diese Vorlage integrierte die vorberatende Kommission zudem die KVG-Revisionen Kostenbeteiligung (04.034) und Vertragsfreiheit (04.032). Kommissionssprecherin Ruth Humbel (CEg, AG) nannte als zentrale Elemente der Vorlage a) die Verpflichtung der Krankenversicherer, Managed-Care-Modelle anzubieten, b) die Budgetmitverantwortung für die integrierten Versorgungsnetze und c) der differenzierte Selbstbehalt für die Versicherten (10 Prozent Selbstbehalt wie bisher für Managed-Care-Versicherte, neu 20 Prozent Selbstbehalt für jene Versicherten, die den Arzt weiterhin frei wählen und wechseln wollen). Damit soll die medizinische Behandlung in Ärztenetzwerken zur Regel werden. Für die Kommission, so deren Sprecherin, sei die Vorlage eine ausbalancierte Gesetzesrevision, die von allen Akteuren im Gesundheitswesen einen Beitrag abverlange. Alle Fraktionen betonten die Bedeutung und den Wert von Managed Care, beziehungsweise der integrierten medizinischen Versorgung. Das Eintreten auf die Vorlage war unbestritten.

Uneinig war sich der Rat in der Frage der Kostenbeteiligung der Versicherten. Eine linksgüne Kommissionsminderheit bekämpfte die Erhöhung des Selbstbehalts auf 20 Prozent für traditionell Versicherte und plädierte für Anreize statt Bestrafung bei der Einführung des neuen Modells. Jacqueline Fehr (S, ZH) erinnerte daran, dass die Patientenorganisationen es nicht akzeptieren würden, wenn die finanzielle Belastung für die Kranken erneut steige. In der folgenden Diskussion unterstützte die Minderheit einen Kompromissvorschlag von Jean-François Steiert (S, FR), der den Selbstbehalt auf 5 Prozent (Managed-Care-Versicherte) und 15 Prozent für die anderen Versicherten festlegen wollte. Eine Mehrheit unterstützte jedoch die erhoffte "Hebelwirkung" des differenzierten Selbstbehalts von 10 und 20 Prozent und stimmte dem Vorschlag der Kommission mit 109 zu 57

Stimmen zu. Ebenfalls gegen die Stimmen aus dem linksgrünen Lager beschloss der Nationalrat auf Antrag seiner Kommission mit 114 zu 59 Stimmen, dass Versicherte in der Regel drei Jahre lang in einem Managed-Care-Modell verbleiben müssen, ausser sie bezahlen eine Austrittsprämie.

Die von der Kommission vorgeschlagene Verpflichtung der Krankenversicherer, überall mindestens ein Managed-Care-Modell anzubieten wurde von der FDP-Liberalen-Fraktion bekämpft. Pierre Triponet (RL, BE) befürchtete, dass ein Angebotszwang die Innovationskraft von Managed Care hemmen würde und glaubte, dass sich das Angebot von selber erfolgreich entwickeln werde. Eine Mehrheit des Rates unterstützte den Kommissionsantrag und damit einen Angebotszwang mit 99 zu 67 Stimmen.

Beim Thema der Ausgestaltung der Integrierten Versorgung beantragte Christine Goll (S, ZH) namens einer Kommissionsminderheit, die Bestimmungen betreffend Budgetmitverantwortung der Ärztenetzwerke zu streichen. Diese würde eine verdeckte Rationierung begünstigen und Anreize zur Unterversorgung bilden, war ihr Vorwurf. Der Rat folgte der Kommission und lehnte diesen Minderheitsantrag mit 125 zu 43 Stimmen ab. Dagegen stimmte der Nationalrat einem Einzelantrag Füglistaller (V, AG) mit 104 zu 71 Stimmen zu, der statt einer "kann"-Formulierung den Bundesrat verpflichtet, Anforderung an die Qualität und den Umfang der Budgetmitverantwortung der Versorgungsnetze festzulegen.

Ein von der SVP-Fraktion unterstützter Minderheitsantrag, der den Vertragszwang zwischen Kassen und Ärzten ausserhalb der Netzwerke aufheben wollte, wurde mit 108 zu 51 Stimmen abgelehnt.

Mit der Managed-Care-Vorlage beschloss der Rat auf Antrag seiner Kommission mit 121 zu 53 Stimmen auch eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen. Neu soll neben Alter und Geschlecht auch der Gesundheitszustand der Patienten in die Berechnung der Ausgleichszahlungen einbezogen werden. Vertreter der SVP-Fraktion wehrten sich erfolglos gegen diese Neugestaltung des Risikoausgleichs.

Bei der weiteren Behandlung der Managed Care-Vorlage wich der **Ständerat** in zwei wesentlichen Bereichen von den Vorschlägen des Nationalrates ab: Bei der Angebotspflicht und beim differenzierten Selbstbehalt. Eine Kommissionsmehrheit beantragte, die Kassen von der Pflicht zu befreien, alleine oder im Verbund überall ein Managed-Care-Modell anzubieten. Urs Schwaller (CEg, FR) argumentierte, dass die integrierten Versorgungsnetze dank der versprochenen besseren Koordination und Qualität von den Versicherten verlangt werden und damit werde dieses Angebot für die Versicherer zu einem Wettbewerbsvorteil. Einen Angebotszwang brauche es deshalb gar nicht. Auch Alex Kuprecht (V, SZ) meinte, nicht der Staat sondern die Versicherten müssten das Angebot steuern. Liliane Maury Pasquier (S, GE) gab zu bedenken, dass ohne Angebotszwang zahlreiche interessierte Versicherte ungerechtfertigterweise zu einem höheren Selbstbehalt gezwungen würden, weil in ihrer Region kein entsprechendes Managed-Care-Modell vorhanden sei. Laut Bundesrat Didier Burkhalter ginge es mit der Angebotspflicht nicht um eine Verstaatlichung, sondern um ein klares Signal des Staates zugunsten von Managed Care. Der Rat folgte schliesslich seiner Kommission und strich mit 21 zu 14 Stimmen die Angebotspflicht für die Versicherer. Beim differenzierten Selbstbehalt beantragte die Kommission einen Satz von 5 Prozent für Managed-Care-Versicherte und für diejenigen, die weiterhin den Arzt frei wählen wollen einen Kostenanteil von 15 Prozent. Als Gegenantrag schlug René Imoberdorf (CEg, VS) vor, auf eine Differenzierung zu verzichten und den Selbstbehalt auf 10 Prozent zu belassen. Der Ständerat stimmte dem Kommissionsantrag mit 24 zu 8 Stimmen zu. Weiter bestimmte er auf Antrag der Kommission mit 29 zu 4 Stimmen, dass der maximale Selbstbehalt - entgegen der Fassung des Nationalrates - im Gesetz verankert werden soll und auf jährlich 500 Franken für Managed-Care-Versicherte und für die anderen Versicherten auf 1000 Franken zu begrenzen sei. Der vom Nationalrat eingefügte verbindliche Auftrag an den Bundesrat, für integrierte Versorgungsnetze Qualitätsanforderungen und den Umfang der Budgetmitverantwortung festzulegen ersetzte der Ständerat stillschweigend durch eine "Kann"-Formulierung. Bei der vorzeitigen Auflösung von mehrjährigen Versicherungsverträgen strich der Ständerat mit 19 zu 15 Stimmen als möglichen Grund die vom Nationalrat vorgesehene überdurchschnittliche Prämienhöhung. Die vom Nationalrat vorgesehene Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer in einem integrierten Versorgungsnetz wurde nicht bestritten und auch bei den Bestimmungen zum verfeinerten Risikoausgleich schloss sich der Ständerat dem Nationalrat an.

In der weiteren Phase der Differenzbereinigung beharrte der **Nationalrat** im Wesentlichen auf seinen Entscheiden. Umstritten war insbesondere die Frage des differenzierten Selbstbehalts. Die

Kommission hatte einen Kompromissvorschlag eingebracht mit 7,5 Prozent Selbstbehalt für Managed-Care-Versicherte und 15 Prozent bei freier Arztwahl. Stéphane Rossini (S, VS) warb für das ständerätliche Modell mit 5 Prozent für Managed-Care-Versicherte und 15 Prozent für traditionell Versicherte. Man solle bei diesem Systemwechsel die Leute nicht bestrafen sondern belohnen, meinte er. Eine andere Kommissionsminderheit, vertreten durch Toni Bortoluzzi (V, ZH), wollte am ursprünglichen Beschluss festhalten, nämlich den bisherigen Selbstbehalt von 10 Prozent nur noch für Managed-Care-Versicherte und 20 Prozent für traditionell Versicherte. Nur so könne ein Prämienschub verhindert werden, waren die Vertreter der SVP und eine Mehrheit von FDP und CVP überzeugt. Das Ständeratsmodell unterlag zunächst dem Kommissionsvorschlag mit 60 zu 63 Stimmen. Schliesslich setzte sich die Minderheit Bortoluzzi mit 95 zu 80 Stimmen durch. Mit 111 zu 88 Stimmen lehnte es der Nationalrat zudem ab, dem Vorschlag des Ständerats zu folgen und die maximale Kostenbeteiligung für den Einzelnen in Franken (500 Franken mit Managed Care, bzw. 1000 Franken für die anderen) im Gesetz zu verankern.

Bei der Frage des Angebots setzte sich der Kommissionsantrag mit 129 zu 52 Stimmen durch, der den Krankenkassen vorschreibt, dass sie überall mindestens ein Managed-Care-Modell anbieten müssen. Die Mehrheit wurde von den Sprecherinnen der SP, der Grünen und der CEG-Fraktion unterstützt. Ohne Gegenantrag verbot der Nationalrat den Kassen dabei ausdrücklich, eigene Netzwerke zu betreiben. Bei der Frage der Qualitätsanforderungen und dem Umfang der Budgetmitverantwortung der integrierten Versorgungsnetze, die der Bundesrat festlegen soll, schloss sich der Rat auf Antrag der Kommission mit 117 zu 64 Stimmen dem Ständerat an. Damit wurde die verbindliche Verpflichtung durch eine "Kann"-Formulierung ersetzt.

Umstritten blieb die Vertragsdauer. Um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten, sollen die Kassen die Versicherten bis zu drei Jahren in Managed-Care-Angebote binden können. Ein Antrag von Silvia Schenker (S, BS) auf Streichung dieser "Knebelungsverträge", welche die Versicherten davon abhalten würden, dieses Versicherungsmodell zu wählen, wurde mit 115 zu 61 Stimmen abgelehnt. Gleichzeitig beschloss der Rat jedoch, dass die Kassen auch einjährige Verträge (mit geringeren Prämienrabatten) anbieten müssen. Der Nationalrat beharrte im weiteren darauf, dass eine überdurchschnittliche Prämienhöhung ein Grund ist für die vorzeitige Auflösung eines mehrjährigen Versicherungsvertrags.

In der weiteren Differenzbereinigung diskutierte der **Ständerat** im Wesentlichen die folgenden Themen: Die Unabhängigkeit der integrierten Versorgungsnetze, die Pflicht der Versicherer, solche Einrichtungen anzubieten und die Kostenbeteiligung der Versicherten.

Die vom Nationalrat eingefügte Bestimmung, wonach Krankenkassen selber keine integrierten Versorgungsnetze führen dürfen, lehnte die Kommission ab. Dies aus zwei Gründen: Zum einen könne man den Kassen im Rahmen des KVG nicht verbieten, Angebote im Zusatzversicherungsbereich anzubieten, zudem könne mit einer Holdingstruktur dieses Verbot umgangen werden. Zweitens habe der Nationalrat diese Forderung erst im Laufe des Differenzbereinigungsverfahrens neu eingebracht, was nicht statthaft sei. Der Rat folgte der Kommissionsmehrheit mit 33 zu 10 Stimmen

Im Weiteren blieb der Ständerat oppositionslos bei seiner Haltung, wonach für die Kassen keine Pflicht festgeschrieben werden soll, überall Managed-Care-Modelle anzubieten. Ein Zwang sei nicht zielführend, meinte Erika Forster-Vannini (RL, SG) namens der Kommission. Im Sinne eines Kompromisses wollte man jedoch dem Nationalrat entgegenkommen. In den Übergangsbestimmungen legte der Ständerat fest, dass der Bundesrat innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes geeignete Massnahmen ergreifen kann, insbesondere auch eine Angebotspflicht für die Kassen, sollte sich wider Erwarten kein genügendes Angebot an Netzwerken entwickeln.

Umstritten blieb die Ausgestaltung des differenzierten Selbstbehalts. Die Kommission schlug als Selbstbehaltsätze 15 Prozent für weiterhin traditionell Versicherte vor und neu 7,5 Prozent (statt 5 Prozent) für Managed-Care-Versicherte. Felix Gutzwiller (RL, ZH) beantragte, die Variante des Nationalrates zu übernehmen (20 und 10 Prozent). Der Rat folgte der Kommissionsmehrheit mit 21 zu 19 Stimmen. Der Ständerat hielt im Übrigen ohne Gegenantrag daran fest, die jährlichen Maximalbeträge des Selbstbehalts ins Gesetz zu schreiben (500 Franken für Managed-Care-Versicherte, 1000 Franken für die anderen).

In der Frage der Vertragsdauer und den Gründen für eine vorzeitige Auflösung des Versicherungsvertrags übernahm der Ständerat diskussionslos die Fassung des Nationalrates.

Der **Nationalrat** hatte sich in der Folge mit den verbliebenen Differenzen bei der Frage der Ausgestaltung der integrierten Versorgungsnetzwerke und der Höhe des differenzierten Selbstbehalts zu befassen. Bei der Fixierung des absoluten Selbstbehalts in Franken schwenkte er mit 110 zu 43 Stimmen auf die Ständeratslösung ein (jährlich 500 Franken, bzw. 1000 Franken für Nicht-Managed-Care-Versicherte). Allerdings strich er die Möglichkeit, dass der Bundesrat diese Beträge periodisch der Teuerung anpassen kann. Bei der prozentmässigen Höhe des Selbstbehalts beantragte die Kommission, am Modell 10 Prozent für Managed-Care-Versicherte und 20 Prozent für Normalversicherte festzuhalten. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Jacqueline Fehr (S, ZH) setzte sich für die Ständeratsvariante ein. Der Rat folgte mit 98 zu 54 Stimmen der Kommissionsmehrheit. Auf Antrag der Kommission hielt der Nationalrat mit 128 zu 35 Stimmen ebenfalls an seinem Entschluss fest, die Kassen zu einem flächendeckenden Angebot von Managed-Care-Modellen zu verpflichten. Der Rat beharrte auch mit 121 zu 22 Stimmen darauf, dass die Krankenkassen nicht selber solche Ärztenetzwerke führen oder diese mitfinanzieren dürfen. Ein Kompromissantrag, der bereits bestehende, von Kassen geführte oder mitfinanzierte Netzwerke noch für zehn Jahre erlauben wollte, scheiterte mit 86 zu 61 Stimmen.

Die notwendig gewordene **Einigungskonferenz** beantragte den Räten bei der Frage des Selbstbehalts 10 Prozent für Managed-Care-Versicherte und 15 Prozent für Normalversicherte, die weiterhin den Arzt frei wählen wollen. Gemäss Antrag der Konferenz sollen die Kassen nicht flächendeckend Managed-Care-Modelle anbieten müssen, falls sich jedoch innert drei Jahren kein genügendes Angebot an Ärztenetzwerken entwickelt, soll der Bundesrat geeignete Massnahmen vorschlagen. Ebenfalls kann der Bundesrat die fixierten Frankenbeträge des Selbstbehalts der Kostenentwicklung anpassen. Weiter schlug die Einigungskonferenz vor, dass es, wie vom Nationalrat verlangt, den Kassen verwehrt ist, eigene Netzwerke zu führen oder zu finanzieren. Bereits bestehende entsprechende Einrichtungen dürfen noch maximal fünf Jahre weiterbestehen.

Der **Ständerat** nahm den Vorschlag der Einigungskonferenz mit 28 zu 9 Stimmen an. Liliane Maury Pasquier (S, GE) empfahl dessen Ablehnung. Christine Egerszegi-Obrist (RL, AG) setzte sich für die Zustimmung ein und erinnerte daran, dass in der Vorlage auch eine sinnvolle Erweiterung des Risikoausgleichs unter den Kassen enthalten sei.

Im **Nationalrat** bestritt Jacqueline Fehr (S, ZH) im Namen der SP-Fraktion den Kompromisscharakter der Vorlage und lehnte den Vorschlag der Einigungskonferenz ab. Sie kritisierte, dass die Patientinnen und Patienten mehr belastet würden und dass die Krankenkassen nicht verpflichtet werden, Ärztenetzwerke anzubieten. Damit werde die Revision zu einer substanzlosen Prestigevorlage. Die bürgerlichen Fraktionen und auch die Grüne Fraktion sagten mehrheitlich Ja zum Antrag der Einigungskonferenz. Für Toni Bortoluzzi (V, ZH) stimmte die Richtung der Vorlage, allen Akteuren werde etwas abverlangt, die Revision stärke die Hausärzte und trete der intransparenten Mengenausweitung entgegen. Der Nationalrat unterstützte den Antrag der Einigungskonferenz mit 111 zu 39 Stimmen bei 10 Enthaltungen.

Auf Antrag der Redaktionskommission schlossen **beide Räte** vor der Schlussabstimmung oppositionslos eine festgestellte Lücke in den Übergangsbestimmungen. Es wird festgehalten, dass für Versicherte in Kantonen, in denen keine integrierten Versorgungsnetze angeboten werden, weiterhin ein Selbstbehalt von 10 Prozent, beziehungsweise ein jährlicher Höchstbetrag von 700 Franken gilt.

In der Schlussabstimmung wurde das Bundesgesetz im Ständerat mit 28 zu 6 Stimmen bei 10 Enthaltungen und im Nationalrat mit 133 zu 46 Stimmen bei 17 Enthaltungen angenommen.

3. Résumé des délibérations

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

Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care) (FF 2004 5257)

Situation initiale

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) entrée en vigueur le 1er janvier 1996 a institué les bases légales des formes particulières d'assurance. Fondées sur ces dispositions, diverses formes particulières d'assurance sont apparues en peu de temps. Les organisations telles que les Health Maintenance Organizations (HMO) et les modèles de médecine de premier recours sont parmi les plus répandues, plus rares sont les modèles basés sur des listes de médecins. Une fois la dynamique initiale passée, les effectifs d'assurés de ces modèles d'assurance particuliers ont eu tendance à se stabiliser. Cette tendance a été mise entre autres en évidence dans l'analyse des effets de la LAMal (Office fédéral des assurances sociales, Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la LAMal : rapport de synthèse, Berne 2001, p. 124).

Diverses études ont entre-temps démontré qu'un approvisionnement médical dirigé depuis le diagnostic jusqu'à la dernière thérapie par la même personne devrait être encouragé pour des raisons qualitatives et économiques. Selon la 2e révision de la LAMal qui a été mise en échec, les assureurs auraient été tenus, afin d'encourager les modèles de managed care, d'offrir, seuls, ou en collaboration avec d'autres assureurs, une ou plusieurs formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Le Parlement avait en plus prescrit que les assureurs soient tenus de proposer des modèles prévoyant que les fournisseurs de prestations doivent exercer leur activité dans le cadre de la responsabilité budgétaire convenue avec les assureurs. Cela revenait pratiquement à contraindre les assureurs à proposer un réseau de soins intégrés, qui était considéré comme une alternative à la liberté de contracter. Le Conseil fédéral estime que ce lien doit être abandonné. Au contraire, les réseaux doivent être clairement définis comme un type de forme particulière d'assurance et ancrés dans la loi indépendamment de la question de la liberté de contracter.

Le Conseil fédéral entend donc améliorer les conditions-cadres des modèles précités. Il considère que la liberté de contracter liée à de fortes incitations est le moyen le plus approprié pour promouvoir ces modèles. Les conventions conclues entre les parties ne doivent pas, dans la mesure du possible, être fondées sur des obligations légales mais sur le principe de la libre concurrence. Afin de rendre la systématique plus claire, les dispositions existantes et les nouvelles dispositions relatives aux "Formes particulières d'assurance" ont été réunies dans une même section. La notion de réseau de soins intégrés est désormais définie dans la loi. Dans ces réseaux intégrés, les fournisseurs de prestations doivent exercer leur activité dans les limites de la responsabilité budgétaire convenue avec les assureurs. Le Conseil fédéral propose en outre, dans le cadre de la présente révision, des mesures dans le domaine des médicaments. La liste des spécialités a été complétée par des médicaments importants pour le traitement de maladies rares. Pour assurer une meilleure maîtrise des coûts des médicaments, le fournisseur de prestations sera tenu, aussi bien lors de la prescription d'un médicament particulier que lors de la remise d'un médicament au moyen de la prescription de substances actives, de remettre un médicament d'un prix avantageux. Enfin, la réglementation concernant la répercussion d'avantages obtenus notamment sur les achats de médicaments a été complétée. (Source : message du Conseil fédéral.)

Délibérations

Projet 1

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réseaux de soins)

- 05.12.2006 CE Décision modifiant le projet du Conseil fédéral.
- 16.06.2010 CN Divergences.
- 15.12.2010 CE Divergences.
- 03.03.2011 CN Divergences.
- 30.05.2011 CE Divergences.
- 12.09.2011 CN Divergences.
- 14.09.2011 CE Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.
- 22.09.2011 CN Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.
- 29.09.2011 CE La proposition de la Commission de rédaction est adoptée.

29.09.2011 CN La proposition de la Commission de rédaction est adoptée.
 30.09.2011 CE La loi est adoptée au vote final.
 30.09.2011 CN La loi est adoptée au vote final.

Projet 2

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Prix des médicaments)

13.06.2007 CE Décision modifiant le projet de la Commission.
 04.12.2007 CN Divergences.
 04.03.2008 CE Divergences.
 04.06.2008 CN Divergences.
 17.09.2008 CE Divergences.
 18.09.2008 CN Divergences.
 01.10.2008 CE Décision conforme à la proposition de la Conférence de conciliation.
 01.10.2008 CN La proposition de la Conférence de conciliation est rejetée.

Au **Conseil des Etats**, le rapporteur de la commission Erika Forster-Vannini (RL, SG) a indiqué que les membres de la commission s'accordaient globalement à reconnaître les avantages des modèles d'assurance alternatifs : ces modèles de Managed Care, qui prévoient la collaboration de tous les participants, permettent d'obtenir une qualité des traitements optimale et de faire le meilleur usage possible des ressources disponibles. La majorité de la commission, comme le Conseil fédéral, a misé sur le principe du volontariat pour les assureurs, les assurés et les fournisseurs de prestations, tandis qu'une minorité de la commission voulait que la loi comporte des dispositions plus concrètes et des incitations plus fortes.

Au nom d'une minorité de la commission, Simonetta Sommaruga (S, BE) a proposé que les fournisseurs de prestations assument la responsabilité financière des soins médicaux prodigués à l'assuré pris en charge. Elle a proposé une rémunération forfaitaire conforme au risque par assuré et une participation au résultat annuel sous la forme d'un système de bonus-malus. Cette proposition a été rejetée par 19 voix contre 13. Selon le Conseil des Etats, il faut accorder aux caisses-maladie la possibilité d'exiger des contrats de durée plus longue (jusqu'à trois ans) dans le cas des offres de Managed Care afin de parvenir à une meilleure répartition des risques. Un changement anticipé d'assureur resterait toutefois possible en cas de modifications importantes des conditions d'assurances ou contre paiement d'une prime de sortie convenue par voie contractuelle. Christiane Brunner (S, GE) a proposé d'y ajouter le cas où les prestations sont clairement inférieures à la qualité requise. Cette proposition a été acceptée par 20 voix contre 11. Le Conseil des Etats a discuté plus longuement de la possibilité d'échelonner le montant de la quote-part en vue d'inciter davantage les assurés à intégrer le système de Managed Care. Lors de la session d'automne 2004 il avait déjà décidé, en sa qualité de conseil prioritaire, d'inscrire une augmentation de la quote-part de 10 % à 20 % dans la révision partielle de la loi sur l'assurance maladie concernant la participation aux coûts (04.034). La majorité de la commission était d'avis qu'il fallait laisser aux assurances la possibilité de baisser la quote-part dans le cadre des modèles de Managed Care en lieu et place, ou en complément, des réductions de primes déjà accordées. Une minorité de la commission emmenée par Simonetta Sommaruga (S, BE) a proposé d'inscrire dans la loi une différenciation de la quote-part : 10 % pour les adhérents au modèle de Managed Care ainsi que pour ceux qui résident dans des régions faiblement peuplées, contre 20 % pour les assurés qui ne veulent pas utiliser le modèle de Managed Care. Cette mesure devrait constituer une incitation pour les 75 % d'assurés dont les coûts de la santé n'atteignent pas 7000 francs par an. Selon l'auteur de la proposition, si l'on n'incite pas les assurés à choisir une prise en charge médicale coordonnée et intégrée, on en reste au stade des " belles paroles " inutiles. La proposition de la minorité a finalement été rejetée par 20 voix contre 16. Une autre proposition de minorité, défendue par Bruno Frick (C, SZ), exigeait que les économies réalisées grâce aux modèles de Managed Care ne soient pas redistribuées entre les caisses-maladie dans le cadre de la compensation des risques, mais qu'elles soient rendues aux assurés sous la forme d'une réduction des primes et/ou des quotes-parts et des franchises. La majorité du conseil a douté de la viabilité de cette proposition, ajoutant que les conséquences effectives étaient peu claires. La proposition a été rejetée par 20 voix contre 14. Au vote sur l'ensemble, le projet du Conseil fédéral a été approuvé par 16 voix contre 3, et 12 abstentions.

De nombreuses propositions supplémentaires ont été déposées à la commission en ce qui concerne les mesures proposées par le Conseil fédéral sur la question des médicaments. C'est pourquoi la

commission a décidé de traiter cette question plus tard, dans un deuxième projet qu'elle présentera ensuite au plénum.

Le Conseil des Etats a traité du projet sur la réglementation du prix des médicaments lors de la session d'été 2007. A cette occasion, les propositions initiales du Conseil fédéral ont été profondément remaniées. Sur proposition de la commission, le Conseil des Etats a décidé sans opposition que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) devait à l'avenir contrôler tous les trois ans le prix des médicaments protégés par un brevet et qu'il avait la compétence de faire baisser ce prix si besoin était. En effet, le droit en vigueur permet au prix d'un médicament de rester élevé durant pratiquement l'intégralité des quinze années que dure sa protection par un brevet. En outre, à l'avenir, l'OFSP devra systématiquement contrôler le prix d'un médicament lorsque son domaine d'indication est plus large que prévu. Par contre, en ce qui concerne la comparaison avec les prix pratiqués dans d'autres pays, il subsistait des divergences au sein du conseil sur les pays qu'il fallait prendre en compte. La majorité de la commission a proposé de considérer en premier lieu les " pays dont l'économie est comparable ". Au vu des pratiques actuelles, il s'agirait du Danemark, de la Grande-Bretagne, de l'Allemagne et des Pays-Bas. Simonetta Sommaruga (S, BE) a proposé d'inclure tous les pays européens dans la comparaison. En effet, selon elle, d'autres secteurs de l'économie sont en concurrence avec d'autres pays comme le Portugal, l'Espagne ou la Pologne; il n'est donc pas justifié de protéger autant l'industrie pharmaceutique face à la concurrence. Par 22 voix contre 10, le Conseil des Etats s'est rallié à la proposition de la majorité de la commission. Au vote sur l'ensemble, il a adopté le projet sur la réglementation du prix des médicaments par 33 voix contre 0.

Le **Conseil national** s'est d'abord penché sur le projet 2 concernant la réglementation du prix des médicaments. Le rapporteur de langue allemande, Jürg Stahl (V, ZH), a déclaré que la commission avait adopté les grandes lignes et les objectifs de la révision proposée par le Conseil des Etats. La commission a également éliminé les imprécisions et les contradictions de la version adoptée par le Conseil des Etats. Le Conseil national a accepté à l'unanimité le contrôle, tous les trois ans, des médicaments ainsi que le réexamen de leur caractère économique en cas d'extension du domaine d'indication. La liste des pays pris en compte pour la comparaison n'a pas non plus subi de modification. La discussion a principalement porté sur la prise en compte des coûts de recherche et de développement lors de l'évaluation du caractère économique d'un médicament. Si la majorité de la commission était favorable à cette proposition, une minorité emmenée par Hugo Fasel (G, FR) s'y est opposée, estimant qu'il s'agissait là d'une mesure " purement protectionniste " en faveur de l'industrie pharmaceutique. Le conseiller fédéral Pascal Couchepin a également recommandé de biffer cet ajout au texte de loi. Le Conseil national s'est finalement rallié à la majorité de la commission, par 103 voix contre 63. Par ailleurs, le conseil a rejeté, par 112 voix contre 60, une autre proposition de minorité qui chargeait expressément le Conseil fédéral de garantir un approvisionnement avantageux en médicaments dans l'assurance obligatoire des soins. Au vote sur l'ensemble, le Conseil national a adopté le projet par 157 voix contre 16.

Lors de la procédure d'élimination des divergences concernant le projet sur le prix des médicaments, le **Conseil des Etats** s'est penché sur la définition de " médicaments avantageux " et sur leur approvisionnement. La majorité de la commission a rejeté la formulation du Conseil national, selon laquelle il faut non seulement garantir que l'effet thérapeutique recherché est produit à un coût aussi réduit que possible, mais aussi prendre en considération les coûts de recherche et de développement. Urs Schwaller (CEg, FR), rapporteur de la commission, a expliqué que cette formulation pouvait prêter à confusion et que certaines dispositions de la LAMal et de l'ordonnance tenaient déjà compte de l'objectif visé. En lieu et place de la version du Conseil national pour l'art. 52a, al. 3, la commission a proposé de charger le Conseil fédéral de veiller à garantir un approvisionnement avantageux en médicaments dans l'assurance obligatoire des soins. Rolf Schweizer (RL, ZG) a défendu la décision du Conseil national. Selon lui, mentionner dans la loi les coûts de recherche et de développement inciterait l'office à admettre dans la liste des spécialités des médicaments novateurs bénéficiant d'une bonne plus-value thérapeutique. Au contraire, le conseiller fédéral Pascal Couchepin a expliqué que l'on assisterait à une avalanche de recours de la part de l'industrie pharmaceutique si l'on définissait " avantageux " dans la loi. Arguant que les dispositions légales devaient être simples et claires, il a soutenu la proposition de la majorité. Le Conseil des Etats s'est rallié à la proposition de la commission par 25 voix contre 13.

Suite à cette décision, le **Conseil national** a dû se pencher une nouvelle fois sur la divergence subsistant entre les deux Chambres à l'art. 52a, al. 3. Cet article vise, comme l'a mentionné le président de la commission Jürg Stahl (V, ZH), à définir le caractère économique des médicaments et

prévoit, dans ce cadre, une prise en considération des coûts de recherche et de développement de manière adaptée. La majorité de la commission a estimé que la formulation adoptée par le Conseil national lors du premier débat était la plus appropriée et a proposé de s'y tenir. Une minorité I, emmenée par Ruth Humbel Näf (CEg, AG), a proposé une formulation de compromis : elle souhaite que la prise en considération des coûts de recherche et de développement ne soit pas prévue dans la loi, mais propose en revanche d'y inscrire la prise en considération de la plus-value thérapeutique pour les préparations originales. En outre, elle prévoit de charger le Conseil fédéral de veiller à une rémunération avantageuse des médicaments. Jacqueline Fehr (S, ZH) a proposé d'adhérer à la formulation du Conseil des Etats qu'elle a qualifiée de simple et claire. La proposition de la minorité I a été rejetée par 102 voix contre 76 au profit de la proposition de la majorité de la commission, qui elle-même a ensuite été préférée à celle du Conseil des Etats par 111 voix contre 66.

Au **Conseil des Etats**, Urs Schwaller (CEg, FR) a proposé, au nom de la commission, de biffer aussi bien la formulation introduite par le Conseil des Etats que la version du Conseil national concernant l'art. 52a, al. 3, indiquant que la commission espérait ainsi clarifier la situation et mettre un terme à la discussion. Selon elle, il ne faut rien changer à la pratique actuelle et au mécanisme de fixation des prix ; les principes correspondants sont inscrits à l'art. 52a, al. 4 et à l'art. 43, que personne ne conteste. Rolf Schweiger (RL, ZG) a proposé une version modifiée de celle du Conseil national. Par 36 voix contre 4, le conseil a soutenu la proposition de la commission de biffer l'al. 3.

Au **Conseil national**, Jürg Stahl (V, ZH) a présenté une nouvelle proposition de la commission concernant l'alinéa en question, selon laquelle sont considérés comme avantageux les médicaments garantissant que l'effet thérapeutique recherché est produit à un coût aussi réduit que possible ; en outre, pour les préparations originales, la plus-value thérapeutique est prise en considération de manière appropriée. Alors que le rapporteur de la commission a estimé que cet alinéa constituait la pièce maîtresse de la révision partielle, Jacqueline Fehr (S, ZH), au nom d'une minorité de la commission, a soutenu qu'il s'agissait probablement de la partie la plus superflue de la révision. Elle a proposé de se rallier à la décision du Conseil des Etats et de biffer cet alinéa, ce qui permettrait d'éviter les imprécisions et les litiges. Par 108 voix contre 65, le conseil a adopté la nouvelle formulation proposée par la commission.

La **Conférence de conciliation** s'est ralliée à la proposition du Conseil des Etats et a proposé, par 15 voix contre 10, de biffer l'art. 52a, al. 3.

Le **Conseil des Etats** a tacitement approuvé la proposition de la Conférence de conciliation.

Au **Conseil national**, Toni Bortoluzzi (V, ZH) a proposé de rejeter la proposition de la Conférence de conciliation, qu'il a jugée insatisfaisante : selon lui, cette proposition prive arbitrairement la procédure d'autorisation d'un élément essentiel, à savoir la notion d'économicité. Pierre Triponez (RL, BE) a indiqué qu'une majorité du groupe RL rejetait également cette proposition. Au nom du groupe socialiste, Jacqueline Fehr (S, ZH) a plaidé pour son adoption, en rappelant que la révision de la loi et la proposition de la Conférence de conciliation mettraient en place un instrument permettant de baisser les prix des médicaments. Selon elle, c'est la raison pour laquelle les lobbies pharmaceutiques ont fait pression les semaines précédentes contre cette révision. Par 97 voix contre 83, le conseil a rejeté la proposition de la Conférence de conciliation, classant ainsi le projet 2.

Trois ans et demi après le Conseil des Etats, le **Conseil national** a examiné, en tant que second conseil, le projet de révision de la LAMal concernant le système de Managed Care (projet 1). La commission chargée de l'examen préalable a intégré des dispositions relatives à la participation aux coûts (04.034) et à la liberté de contracter (04.032) dans ce projet. Ruth Humbel (CEg, AG), rapporteur de la commission, a cité les points essentiels du projet : l'obligation pour les assureurs de proposer les modèles de Managed Care, la coresponsabilité budgétaire pour les réseaux de soins intégrés et la quote-part différenciée pour les assurés (une quote-part inchangée de 10 % pour ceux qui font partie du système de Managed Care et, désormais, une quote-part de 20 % pour ceux qui veulent continuer à choisir leur médecin et à changer librement de médecin). Ainsi, les traitements suivis dans les réseaux de médecins devraient se généraliser. Selon Ruth Humbel, la commission estime que la révision de la loi est un projet équilibré qui nécessite une contribution de tous les acteurs du secteur de la santé. De plus, tous les groupes ont relevé l'importance et la valeur tant du Managed Care que des réseaux de soins intégrés. Le conseil a décidé, sans opposition, d'entrer en matière sur le projet.

La question de la participation des assurés aux coûts a divisé le conseil. Une minorité rose-verte de la commission s'est opposée à l'augmentation de la quote-part à 20 % pour les assurés traditionnels et a plaidé en faveur de l'introduction d'un système qui, plutôt que de sanctionner les assurés, comprenne des mesures incitatives. Jacqueline Fehr (S, ZH) a rappelé que les organisations de patients n'accepteraient pas une nouvelle augmentation des charges financières des malades. Au cours de la discussion qui a suivi, la minorité s'est ralliée à une proposition de compromis déposée par Jean-François Steiert (S, FR), qui souhaitait fixer la quote-part à 5 % pour les assurés du système de Managed Care et à 15 % pour les autres assurés. Toutefois, la majorité a soutenu l'effet de levier attendu de la quote-part différenciée de 10 % et de 20 % et adopté la proposition de la commission par 109 voix contre 57. Malgré l'hostilité du camp rose-vert, le conseil a en outre décidé, par 114 voix contre 59, de suivre la proposition de sa commission, qui souhaitait que les assurés soient généralement contraints de rester trois ans dans un modèle de Managed Care à moins de payer une prime de sortie.

L'obligation pour les assureurs de toujours proposer un modèle de Managed Care, mesure proposée par la commission, s'est heurtée à l'opposition du groupe libéral-radical. Pierre Triponez (RL, BE) craignait qu'une telle contrainte nuise à la capacité d'innovation du Managed Care et estimait que l'offre se développerait elle-même avec succès. La majorité du conseil a soutenu la proposition de la commission, et ainsi l'offre obligatoire, par 99 voix contre 67.

En ce qui concerne l'organisation des réseaux de soins intégrés, Christine Goll (S, ZH), porte-parole d'une minorité de la commission, a proposé de biffer la disposition relative à la coresponsabilité budgétaire des réseaux de médecins, affirmant qu'une telle disposition entraînerait un rationnement des médicaments et inciterait les médecins à réduire leurs prestations. Le conseil s'est rallié au projet de la commission, rejetant ainsi la proposition de la minorité par 125 voix contre 43. En revanche, il a adopté, par 104 voix contre 71, une proposition individuelle déposée par Lieni Füglistaller (V, AG), qui voulait remplacer la formule potestative afin de contraindre le Conseil fédéral à fixer des exigences concernant la qualité nécessaire des réseaux de soins intégrés et l'étendue de la coresponsabilité budgétaire.

Par 108 voix contre 51, le conseil a rejeté une proposition de minorité soutenue par le groupe UDC visant à abolir, hors des réseaux, l'obligation de contracter entre les caisses-maladie et les médecins.

Sur proposition de la commission, le conseil a décidé, par 121 voix contre 53, d'affiner les critères relatifs à la compensation des risques entre les assurances, les représentants du groupe UDC s'y étant opposés en vain. Les paiements compensatoires devraient désormais être calculés sur la base de l'état de santé des patients, en plus de leur âge et de leur sexe.

Poursuivant l'examen du projet Managed Care, le **Conseil des Etats** s'est écarté des propositions du Conseil national sur deux points essentiels : l'obligation de proposer des réseaux de soins et la quote-part différenciée. Une majorité de la commission a proposé de libérer les caisses-maladie de l'obligation de proposer à leurs assurés, seules ou en coopération avec une ou plusieurs autres caisses-maladie, un modèle Managed Care. Urs Schwaller (CEg, FR) a en effet argué que la promesse d'une meilleure coordination et d'une meilleure qualité pousserait de toute façon les assurés à demander les prestations de réseaux de soins intégrés et que cette offre constituerait donc un atout pour l'assureur face à ses concurrents, rendant une telle obligation inutile. Alex Kuprecht (V, SZ) était également d'avis que ce n'était pas à l'Etat, mais aux assurés, de contrôler l'offre. Liliane Maury Pasquier (S, GE) a au contraire souligné que si l'offre ne devenait pas obligatoire, de nombreux assurés intéressés par cette forme d'assurance seraient injustement contraints de payer une quote-part plus élevée simplement parce que leur région ne dispose pas d'un modèle de Managed Care. Pour le conseiller fédéral Didier Burkhalter, l'offre obligatoire n'est pas à envisager comme une tentative d'étatisation du système de santé, mais comme une main tendue par l'Etat au modèle de Managed Care. Le conseil s'est finalement rallié à l'avis de sa commission et a décidé, par 21 voix contre 14, de biffer l'obligation faite aux assureurs de proposer des modèles de soins intégrés. S'agissant de la quote-part différenciée, la commission a proposé de fixer le taux à 5 % pour les adhérents au modèle de Managed Care et à 15 % pour ceux qui souhaitent continuer de choisir librement leur médecin. René Imoberdorf (CEg, VS) a pour sa part proposé de renoncer à un système différencié en maintenant la quote-part à 10 % mais le Conseil des Etats a finalement adopté la proposition de la commission, par 24 voix contre 8. Par 29 voix contre 4, il a en outre adopté une autre proposition de sa commission visant à inscrire dans la loi le montant maximal de la quote-part,

contrairement à la version du Conseil national, et à le limiter à 500 francs par an pour les assurés du système de Managed Care, et à 1000 francs pour les autres assurés.

Par ailleurs, concernant la proposition du Conseil national qui vise à contraindre le Conseil fédéral à fixer des exigences de qualité pour les réseaux de soins intégrés et à déterminer l'étendue de la coresponsabilité budgétaire, le Conseil des Etats a tacitement choisi de conserver la formule potestative. Par 19 voix contre 15, il a en outre décidé de biffer les augmentations de prime supérieures à la hausse moyenne des primes comme motif justifiant la dissolution prématurée de contrats d'assurances en cours. Enfin, le Conseil des Etats n'a pas contesté la responsabilité budgétaire des fournisseurs de prestations dans un réseau de soins intégrés prévue par le Conseil national, pas plus que les dispositions relatives à l'affinement du système de la compensation des risques.

Lors de la phase suivante de la procédure d'élimination des divergences, le **Conseil national** a, pour l'essentiel, maintenu ses décisions. Le débat a surtout porté sur la question de la quote-part différenciée. Souhaitant parvenir à un compromis, la commission avait proposé de fixer la quote-part à 7,5 % pour les assurés faisant partie d'un réseau et à 15 % pour ceux qui choisissent librement leur médecin. Au nom d'une minorité, Stéphane Rossini (S, VS) a quant à lui plaidé en faveur des valeurs fixées par le Conseil des Etats, soit 5 % pour les assurés dans le système Managed Care et 15 % pour les autres assurés. Il estimait que le changement de système ne devait pas punir les assurés, mais plutôt accorder des avantages aux " personnes qui choisissent cette innovation ". Une seconde minorité, emmenée par Toni Bortoluzzi (V, ZH), souhaitait pour sa part s'en tenir à la décision initiale du conseil, à savoir de fixer une quote-part de 10 % ou de 20 % selon le système d'assurance. Les représentants de l'UDC et une majorité des membres du PLR et du PDC étaient convaincus qu'il s'agissait de la seule manière d'éviter une hausse des primes. La proposition de la commission l'a emporté sur la version du Conseil des Etats par 63 voix contre 60 avant d'échouer, par 80 voix contre 95, face à la proposition Bortoluzzi. Enfin, la Chambre basse a également refusé, par 111 voix contre 88, de se rallier à la proposition du Conseil des Etats et de fixer dans la loi un montant maximal pour la participation aux coûts (500 francs pour les assurés dans le système Managed Care et 1000 francs pour les autres assurés).

S'agissant des prestations des assureurs, la majorité de la commission voulait obliger les caisses-maladie à proposer au moins un réseau de soins intégrés sur la totalité de leur rayon d'action territorial. Soutenue par les porte-parole des socialistes, des Verts et du groupe CEg, cette proposition s'est imposée par 129 voix contre 52. Sans opposition, le Conseil national a introduit l'interdiction expresse pour les assureurs de gérer des réseaux. En ce qui concerne les exigences de qualité et l'étendue de la coresponsabilité budgétaire fixées par le Conseil fédéral, la Chambre basse s'est ralliée au Conseil des Etats par 117 voix contre 64, suivant ainsi la proposition de sa commission ; l'obligation a donc été remplacée par une tournure potestative.

La durée du rapport d'assurance a elle aussi donné lieu à un débat nourri. Pour garantir la continuité du traitement, les caisses-maladie devraient pouvoir lier leurs assurés dans le système des réseaux de soins pour une durée allant jusqu'à trois ans. Silvia Schenker (S, BS) a quant à elle proposé de biffer cette disposition, évoquant des " contrats léonins " qui risqueraient de dissuader les assurés de choisir ce système d'assurance. Le conseil a rejeté sa proposition par 115 voix contre 61. Il a néanmoins décidé que les assureurs-maladie devraient aussi proposer des contrats d'un an (avec une légère réduction des primes). Par ailleurs, il a décidé de maintenir l'augmentation de prime supérieure à la moyenne parmi les motifs justifiant la résiliation avant échéance d'un contrat d'assurance de plusieurs années, confirmant ainsi sa position initiale.

Lors de la poursuite de l'élimination des divergences, le **Conseil des Etats** s'est essentiellement penché sur les thèmes suivants : l'indépendance des réseaux de soins intégrés, l'obligation faite aux assureurs de proposer des modèles de soins intégrés et la participation aux coûts des assurés.

La commission du Conseil des Etats s'est opposée à une disposition introduite par le Conseil national qui prévoyait d'interdire aux caisses-maladie de gérer elles-mêmes des réseaux de soins intégrés. Elle a estimé que la LAMal ne pouvait empêcher les caisses-maladie de proposer des offres dans le domaine des assurances complémentaires ; elle a également rappelé que les assurances pourraient contourner une telle interdiction par le biais d'une holding. En outre, le Conseil national n'a introduit cette nouvelle disposition qu'au cours de la procédure d'élimination des divergences : cette

proposition est donc irrecevable. Suivant la majorité de sa commission, le conseil a rejeté la disposition concernée par 33 voix contre 10.

Par ailleurs, le Conseil des Etats a décidé, sans opposition, de maintenir sa décision de ne pas inscrire dans la loi l'obligation pour les caisses-maladie de proposer des modèles de soins intégrés : s'exprimant au nom de la commission, Erika Forster-Vannini (RL, SG) estimait en effet qu'il ne serait guère judicieux d'imposer une telle obligation. Afin de parvenir à un compromis avec le Conseil national, le Conseil des Etats a toutefois précisé dans les dispositions transitoires que le Conseil fédéral serait autorisé à prendre les mesures qu'il jugera appropriées - et notamment à obliger les assureurs à offrir des modèles de soins intégrés - si, dans un délai de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente révision, l'offre de réseaux de soins intégrés ne s'était pas généralisée.

La question de la quote-part différenciée a donné lieu à de nombreuses discussions. La majorité de la commission a proposé de maintenir la quote-part à 15 % pour les assurés ayant opté pour une forme d'assurance traditionnelle, mais de la fixer à 7,5 % (au lieu de 5 %) pour les assurés faisant partie d'un réseau de soins. Une minorité emmenée par Felix Gutzwiller (RL, ZH) a pour sa part proposé de se rallier à la version du Conseil national, qui prévoyait de fixer la quote-part respectivement à 20 et à 10 %. Le conseil s'est rallié à la majorité de sa commission par 21 voix contre 19. Le Conseil des Etats a en outre décidé, sans opposition, de maintenir sa décision d'inscrire dans la loi le montant maximal de la quote-part (lequel se monte à 500 francs pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance et à 1000 francs pour les autres assurés).

S'agissant de la durée des contrats d'assurance et des motifs justifiant une résiliation avant échéance du contrat d'assurance, le Conseil des Etats a adopté sans en débattre la solution proposée par le Conseil national.

Le **Conseil national** s'est alors penché sur les divergences restantes, qui portaient sur l'organisation des réseaux de soins intégrés ainsi que sur le montant de la quote-part différenciée. Il a d'abord décidé, par 110 voix contre 43, de suivre le Conseil des Etats et de fixer le montant de la quote-part à 500 francs par an (1000 francs pour les assurés n'ayant pas opté pour un modèle de soins intégrés) ; il a toutefois biffé la possibilité faite au Conseil fédéral de procéder à des adaptations périodiques au renchérissement. Concernant le pourcentage de la quote-part, le conseil a suivi, par 98 voix contre 54, l'avis de sa commission qui proposait le maintien du modèle prévoyant 10 % pour les assurés ayant opté pour un modèle de soins intégrés et 20 % pour les autres assurés ; il n'a donc pas voulu se rallier à la solution du Conseil des Etats, ainsi que le lui avait proposé une minorité de la commission emmenée par Jacqueline Fehr (S, ZH). Par ailleurs, comme le proposait sa commission, le conseil a aussi décidé, par 128 voix contre 35, de maintenir sa décision de contraindre les assureurs à offrir à leurs assurés, sur la totalité de leur rayon d'activité territorial, des prestations de réseaux de soins intégrés. Il a aussi maintenu, par 121 voix contre 22, l'interdiction faite aux caisses-maladie de gérer ou de cofinancer de tels réseaux ; il a même rejeté, par 86 voix contre 61, une proposition de compromis qui prévoyait que les réseaux de soins existants gérés ou cofinancés par les caisses-maladie pourraient subsister pendant une période de dix ans au maximum.

La **Conférence de conciliation** a alors proposé aux conseils de fixer le taux de la quote-part à 10 % pour les assurés ayant opté pour un modèle de soins intégrés, et à 15 % pour les assurés souhaitant conserver le libre-choix du médecin. Selon cette proposition, les assureurs n'auraient pas l'obligation d'offrir des prestations de réseaux de soins sur la totalité de leur rayon d'activité territorial ; toutefois, le Conseil fédéral serait tenu d'intervenir s'il ne devait pas y avoir de développement d'une offre généralisée des réseaux de soins intégrés dans les trois ans. La proposition prévoyait aussi que le Conseil fédéral pourrait adapter les montants maximaux annuels de la quote-part en fonction de l'évolution des coûts. La Conférence de conciliation a aussi proposé, à l'instar du Conseil national, d'interdire aux caisses-maladie de gérer ou de cofinancer des réseaux de soins intégrés, une période transitoire de cinq ans au maximum étant toutefois prévue.

Le **Conseil des Etats** a adopté la proposition de la Conférence de conciliation par 28 voix contre 9. Christine Egerszegi-Obrist (RL, AG), qui - contrairement à Liliane Maury Pasquier (S, GE) - y était favorable, a rappelé que le projet prévoyait notamment d'étendre raisonnablement la compensation des risques entre les caisses-maladie.

Au nom du groupe socialiste, Jacqueline Fehr (S, ZH) a proposé au **Conseil national** de rejeter la proposition de la Conférence de conciliation, qu'elle ne considérait pas comme un compromis. Elle a notamment critiqué le fait que la charge pesant sur les patients s'alourdirait et que les caisses-maladies ne seraient pas tenues de proposer des réseaux de soins ; le projet de révision serait ainsi vidé de sa substance. A l'inverse, le camp bourgeois et le groupe des Verts se sont montrés majoritairement favorables à la proposition de la Conférence de conciliation. Pour Toni Bortoluzzi (V, ZH), le projet allait dans la bonne direction puisqu'il sollicite tous les acteurs et qu'il renforce le statut des médecins de famille tout en freinant l'augmentation opaque du volume des prestations. Le Conseil national a finalement décidé, par 111 voix contre 39 et 10 abstentions, de soutenir la proposition de la Conférence de conciliation.

Enfin, avant le vote final, les **deux chambres** ont adopté, sans opposition, une proposition de la Commission de rédaction qui visait à ce que la réglementation actuellement en vigueur s'agissant de la quote-part (10 %, montant maximal s'élevant à 700 francs) reste applicable dans les cantons dans lesquels aucun réseau de soins intégrés n'est proposé. Il s'agissait en fait de combler une lacune constatée dans les dispositions transitoires.

Au vote final, la loi a été adoptée par 28 voix contre 6 et 10 abstentions par le Conseil des Etats et par 133 voix contre 46 et 17 abstentions au Conseil national.

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

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

Erstrat – Premier Conseil

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)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Bereits in seiner Botschaft vom 18. September 2000 zur 2. KVG-Revision hat der Bundesrat vorgeschlagen, das Angebot an besonderen Versicherungsformen zu erhöhen, damit die Versicherten die Möglichkeit haben, sich in einer Behandlungskette umfassend versorgen zu lassen.

Ziel der Managed-Care-Modelle ist es bekanntlich, durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten eine optimale Behandlungsqualität zu erlangen und die dafür vorhandenen Ressourcen so effektiv wie möglich zu nutzen. Die hohe Behandlungsqualität soll durch die verstärkte Zusammenarbeit der Leistungserbringer und spezielle Vereinbarungen zur Qualitätssicherung erreicht werden. Es geht in diesem Bereich auch darum, unnötiges oder doppeltes Erbringen von Leistungen zu vermeiden. Die Palette der Modelle geht von Ärztelisten über die Hausarztlisten, die Callcenter bis zu wirklichen Netzwerken von «Health Maintenance Organizations» (HMO), wo verschiedene Ärzte im Rahmen neuer Organisationsmodelle zusammenarbeiten. Durchschnittlich werden in den HMO rund 5000 Versicherte – etwa 1100 pro volle Arztstelle – betreut. HMO-Standorte finden sich vor allem in den grossen urbanen Zentren. Allerdings ist in Regionen mit hoher Managed-Care-Dichte ein Betrieb auch in kleineren Städten möglich. So verzeichnet zum Beispiel eine HMO in Wil im Kanton St. Gallen acht Vollzeitarztstellen und über 9000 Versicherte.

Mit der Vernetzung sollen idealerweise die vertragliche Einbindung von Spezialärzten im Netz und die selektive Zusammenarbeit mit Dienstleistungsanbietern gemäss Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien gefördert werden. In der traditionellen Praxis, in der eine solche Zusammenarbeit nicht organisiert ist, kann die Angebotsseite auch dadurch beeinflusst werden, dass der Hausarzt eine sogenannte Türsteher- oder Gatekeeper-Funktion ausübt, das heisst, dass eine Behandlung durch einen Facharzt entsprechend nur dann von der Krankenkasse erstattet wird, wenn der Hausarzt den Patienten an diesen Facharzt überwiesen hat. Daneben gibt es auch besondere Versicherungsformen, bei welchen sich die Versicherten verpflichten, ihre Wahl auf bestimmte, vom Versicherer bezeichnete Leistungserbringer zu beschränken, ohne dass dabei ein Gatekeeping stattfindet und ohne dass die Leistungserbringer eine gemeinsame Budgetmitverantwortung übernehmen.

In Managed-Care-Modellen wird dem Aspekt der Qualitätssicherung oft eine viel grössere Bedeutung beigemessen als in der herkömmlichen medizinischen Grundversorgung. Die wichtigsten Instrumente zur internen Qualitätssicherung sind sogenannte Qualitätszirkel, extern ist es eine Qualitätszertifizierung. Nach der anfänglichen Dynamik, die einerseits auf den Prämien Schub des KVG und andererseits auf die vermehrten Angebote zurückzuführen ist, stagnierte der Versichertenbestand bei den besonderen Versicherungsmodellen. In den Jahren 1999 und 2000 wurden deutlich weniger Verträge der Hausarztmodelle abgeschlossen. Daneben bieten mehrere Versicherer nur noch sogenannte Light-Modelle an, die lediglich wenige Managed-Care-Elemente enthalten.

Anfang 2006 waren rund 600 000 Versicherte in Managed-Care-Formen versichert, davon rund 17 Prozent in den 21 HMO, rund 83 Prozent in den 57 Hausarztnetzen. Schweizweit beträgt der Anteil der Managed-Care-Versicherten etwa 8 Prozent, wobei aber die erheblichen regionalen Unterschiede zu beachten sind. Während in gewissen Kantonen kaum Managed-Care-Angebote zur Verfügung stehen, haben Managed-Care-Modelle dort, wo eben eine hohe Versicherungsdichte besteht, sehr viele Leute. Auffällig ist, dass Managed-Care-Modelle dort tendenziell wachsen, wo sie schon relativ gut verankert sind. Interessant an der regionalen Verteilung ist, dass die höchste Managed-Care-Dichte nicht unbedingt nur in den grossen urbanen Zentren zu finden ist wie oft angenommen. Auch das Prämienniveau spielt in diesem Zusammenhang keine wesentliche Rolle, sind doch Managed-Care-Modelle insbesondere in Regionen mit unterdurchschnittlichen Prämien stark verankert. Entscheidend für die Verbreitung der Versorgungsmodelle scheint vielmehr der Aufbau professioneller Strukturen im technischen wie im institutionellen Bereich gewesen zu sein. Studien haben gezeigt, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer einzigen Hand gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen gefördert werden sollte. Gemäss Bericht der Verwaltung vom 8. September dieses Jahres belegen Studien, dass die Managed-Care-Modelle grundsätzlich ein risikobereinigtes Einsparpotenzial bergen. Dieses wird für HMO und Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung in der Grössenordnung von bis zu rund 30 Prozent beziffert, während bei den übrigen Hausarztmodellen die Effizienzgewinne mit lediglich 5 bis maximal 20 Prozent eingestuft werden.

Damit die Krankenversicherer ihre Verträge so ausgestalten, dass neue Organisationsformen in diesem Bereich nicht nur behindert, sondern sogar gefördert werden, müssen die Rahmenbedingungen für solche Modelle verbessert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Bedingungen für die Versicherten, die Leistungserbringer und die Versicherer gleichermaßen attraktiv gestaltet werden. Der Bundesrat ist daher überzeugt, dass zur Förderung der Managed-Care-Modelle eine Verstärkung der Anreize unabdingbar ist.

Die Stossrichtung der Vorlage des Bundesrates liegt darin, dass die Managed-Care-Modelle weiterhin eine Alternative zur Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstellen. Insgesamt ist der Vorlage das Prinzip der Freiwilligkeit und der Vertragsfreiheit, verbunden mit stärkeren Anreizen, zugrunde gelegt. So soll der Beitritt zu einem Managed-Care-Modell für die Versicherten freiwillig geschehen. Auf eine Verpflichtung der Leistungserbringer zur Zusammenarbeit und zur Bildung von Versorgungsnetzen soll ebenfalls verzichtet werden. Zudem soll es den Versicherern freigestellt werden, ob sie Modelle mit Budgetverantwortung der Leistungserbringer anbieten wollen oder nicht. Die Netzwerke mit Budgetverantwortung sollen als Form von besonderen Versicherungsformen definiert und unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit gesetzlich verankert werden. Eine flächendeckende Einführung mindestens einer besonderen Versicherungsform, wie sie in der 2. KVG-Revision noch vorgesehen war, ist nicht mehr Gegenstand der Vorlage. Der Bundesrat nimmt zudem die im Rahmen der 2. KVG-Revision vorgeschlagenen Massnahmen im Bereich der Medikamente zusätzlich wieder auf. Ausserdem ist eine Ergänzung der Regelung bezüglich der Weitergabe von Vergünstigungen, die ebenfalls im Zusammenhang mit den Medikamenten stehen, vorgesehen.

Ihre Kommission hat die Vorlage des Bundesrates an mehreren Sitzungen beraten. Vorerst hat sie Anhörungen durchgeführt, an welchen die verschiedensten Vertreter von Leistungserbringern und auch von Versicherern anwesend waren. Insgesamt wurde Managed Care von allen Hearings-teilnehmenden als Chance für die Qualität und die Steuerung der Leistungen angesehen.

Die Modelle enthielten unter anderem, so die Hearings-teilnehmenden, ein Optimierungspotenzial vor allem bei chronischen Krankheiten. Durch die Schulung der Patienten könnten teure Hospitalisationen vermieden werden. Die

Leistungserbringerdichte würde durch die Nachfrage der Versicherten nach Managed-Care-Netzen geregelt und die Versorgung der Patienten gewinne an Qualität und Effizienz. In der Kommission wurde betont, dass unter den besonderen Versicherungsformen derzeit eine Vielfalt von Modellen angeboten wird, bei denen weder die Steuerungsverantwortung wirklich wahrgenommen wird noch eine echte Kooperation zwischen den Leistungserbringern stattfindet. Von solchen Netzen eine effektive Kosteneinsparung bzw. eine verbesserte Versorgungsqualität zu erwarten sei unrealistisch. Das Ziel der KVG-Teilrevision sollte denn auch sein, nur diejenigen Modelle zu fördern, von denen ein Kostendämpfungseffekt bzw. eine Qualitätsverbesserung erwartet werden kann.

Bisherige Erfahrungen mit Managed-Care-Modellen haben gezeigt, dass sie einen Risikoselektionseffekt ausüben und dank des Prämienrabatts in erster Linie für gesunde Versicherte attraktiv sind. Erfahrungen, die bis heute mit Managed Care gemacht wurden, zeigen, dass es erstens eine starke Vernetzung braucht, zweitens ein Care Management da sein muss und drittens eine gewisse Beteiligung am Versicherungsrisiko oder am Risiko des Versicherers einbezogen werden sollte. Es sollen insbesondere neue Anreize geschaffen werden, um die Modelle auch für Kranke attraktiv zu machen.

Die Kommission vertritt einhellig die Meinung, dass es ein System braucht, das möglichst offen ist und den Versicherten den Freiraum gibt, diejenigen Modelle anzubieten, die von den Versicherten gewünscht werden. Das Einzige, was dabei nicht tangiert werden darf, ist die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Genauso wenig darf der Freiraum bei den Verträgen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern eingeschränkt werden. Der gewünschte Effekt, so Ihre Kommission, tritt nur ein, wenn die Versicherer verschiedenste Managed-Care-Produkte anbieten, aus denen der Versicherte auswählen kann. Nur so wird sich der Versicherer bemühen, die Produkte zur Verfügung zu stellen, die dem Kunden möglichst gute Qualität zu einem möglichst tiefen Preis garantieren. Der Wettbewerb, so die Mehrheit, kann sich nur entfalten, wenn die Modelle frei gestaltet werden können. Eine Kommissionsminderheit hingegen – wir werden darüber sicher in der Detailberatung diskutieren – vertritt demgegenüber die Meinung, dass gewisse Anreize von den Versicherern gesetzt werden müssen. So soll im Gesetz festgehalten werden, dass die Anreize über die Kostenbeteiligung und nicht mehr vorwiegend über die Prämienrabatte gesetzt werden. Die Versicherten sollen grundsätzlich nur noch 10 Prozent anstatt 20 Prozent Selbstbehalt bezahlen, wenn sie sich in diesen Modellen einschreiben. Wir haben einen neuen Antrag von Frau Sommaruga, der die Bestimmung erst in Kraft treten lassen will, wenn über die Frage des Selbstbehaltes entschieden worden ist. Gerade zu Beginn sei es notwendig, gewisse Anreize zu setzen. Einig war man sich indessen in der Vorgabe, dass die Versicherten auch Leistungserbringer ausserhalb des Netzes aufsuchen können, dies allerdings unter stärkeren Kostenfolgen. Eine weitere Minderheit stellt noch einen zusätzlichen Antrag, er betrifft den Risikoausgleich. Auch darüber werden wir uns in der Detailberatung unterhalten.

Im Rahmen dieser Revision hat der Bundesrat ausserdem Massnahmen im Medikamentenbereich vorgeschlagen. Die Spezialitätenliste soll ergänzt werden durch wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten. Zur Eindämmung der Medikamentenkosten soll der Leistungserbringer zudem verpflichtet werden, sowohl bei der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels wie auch bei der Abgabe eines Arzneimittels durch Wirkstoffverschreibung ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben. Da in der Kommission diverse weitergehende Anträge zum Komplex Medikamente eingereicht wurden, beschloss die Kommission, Massnahmen im Medikamentenbereich abzutrennen und in einer zweiten Vorlage zu behandeln. Diese Vorlage werden wir Ihnen in der Frühjahrssession vorlegen.

Die Kommission hat einstimmig Eintreten beschlossen. Ich bitte Sie, das ebenfalls zu tun.

Fetz Anita (S, BS): Managed Care – was ist denn das? Dies werde ich in meinem Umfeld immer wieder gefragt. Sollen jetzt die Patienten von den Ärzten gemanagt statt behandelt werden? Oder ist das jetzt die neue Wunderwaffe gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen? Ich übersetze dann immer vom Neudeutschen ins Deutsche, und dann versteht man es auch besser, und das mache ich jetzt hier auch.

Es geht im Wesentlichen um Ärztenetzwerke. Natürlich weiss ich, dass da ein ganzes Konzept dahinter ist. Aber die Leute verstehen es nicht, und deshalb bleibe ich jetzt beim Begriff Ärztenetzwerke. «Warum überhaupt ist jetzt eine Gesetzesänderung nötig?» fragen viele. Hausarztmodelle und HMO gibt es ja heute schon. Man legt ja hier im Rat die Interessen offen: Ich persönlich bin in einem HMO-Modell, und ich mache damit die besten Erfahrungen. Zirka 10 Prozent der Prämienzahler sind heute in solchen Versicherungsmodellen eingeschrieben. Das sind über eine Million Versicherte, wie unsere Kommissionspräsidentin ausgeführt hat, natürlich vor allem in den städtischen Gebieten. Warum sind es nicht mehr? Ein Grund dafür liegt, das hat auch meine Befragung in meinem Umfeld ergeben, ganz bestimmt bei den Kassen, die solche Modelle nicht offensiv fördern. Besser gesagt: Sie haben sie einmal offensiv gefördert, aber in den letzten Jahren ist die Anfangseuphorie verschwunden. Von Kassenseite werden solche Modelle zum Teil gar nicht mehr angeboten und sind nur Lippenbekenntnisse. Was spricht auch noch dagegen? Viele Leute haben das Gefühl, bei Ärztenetzwerken, erst recht wenn sie «Managed Care» genannt werden, handle es sich um Discountmedizin. Das ist natürlich überhaupt nicht der Fall, aber ich denke, es ist wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, dass solche Vorurteile in der Öffentlichkeit bestehen. Das ist für mich ein Grund dafür, zu sagen: Ja, es braucht die Gesetzesänderung, damit es wirklich eine gesetzliche Grundlage für diese Netzwerkmodelle gibt, und zwar gesetzliche Grundlagen, die die Qualität der Behandlung ins Zentrum stellen. Das scheint mir ganz, ganz wichtig zu sein.

Das Besondere an den Netzwerken, wenn sie denn gut funktionieren, ist – etwas vereinfacht gesagt –, dass der Hausarzt die gesamte Behandlung koordiniert, begleitet und überwacht, dass er, wenn nötig, Spezialisten zuzieht und dass er die Spitaleinweisung sowie nach dem Spitalaufenthalt die Pflegeunterstützung koordiniert. Alles, die ganze Behandlungskette, kommt aus einer Hand. Das hat wiederum den grossen Vorteil, dass nicht ständig Mehrfachuntersuchungen gemacht werden und dass eine bessere Koordination eben auch die Qualität steigert.

Interessant sind solche Netzwerke eben nicht – wie heute propagiert – für die Gesunden. Vielmehr müssen unsere Anstrengungen bei der Gesetzesberatung darauf hinzielen, dass sie für die Kranken interessant werden. Die haben nämlich am meisten davon, wenn die Qualität ihrer Behandlung stimmt, wenn die Koordination ihrer Behandlung verbessert wird, wenn alle Leistungserbringer sich wirklich koordiniert auf die Behandlung einlassen, keine Mehrfachuntersuchungen mehr passieren und damit Qualitätssteigerungen auch möglich sind. Dann – ich betone es ausdrücklich –, erst dann wird es möglich sein, auch Kosteneinsparungen mit diesen Netzwerkmodellen zu erzielen. Dass es möglich ist, zeigen die Erfahrungen in der Schweiz. Es zeigen aber vielmehr die internationalen Erfahrungen, dass eine Kosteneinsparung durch die Optimierung der Behandlungskette möglich ist. Wenn man weiss, dass 10 Prozent der Chronischkranken 60 Prozent der Gesamtkosten in der OKP auslösen, dann ist einem klar, dass da ein grosses Potenzial liegt, um gleichzeitig die Qualität zu steigern und sie kosteneffizienter zu gestalten.

Das spricht dafür, dass wir die entsprechende Gesetzesregelung machen. Was die Mehrheit der Kommission Ihnen vorschlägt, ist so weit gut, aber doch noch etwas harmlos. Damit sich diese Modelle wirklich durchsetzen, braucht es auch noch so etwas wie kluge Anreize für alle Beteiligten.

Was der Mehrheitsantrag bringt, sind Anreize für die Ärzte. Immerhin ist die Anerkennung der Qualitätsbehandlung ge-

regelt. Es ist auch eine Abgeltung der Koordinationsaufgabe vorgesehen; ich verstehe Ärzte, wenn sie sagen, man müsse dann ja viel mehr koordinieren und nachher habe man nichts dafür. Diese Leistungen können in den Ärztenetzwerken abgegolten werden.

Dann zum Anreiz für die Kassen: Einige Krankenkassenvertreter hier drin werden Ihnen nachher sagen, das sei noch zu wenig. Ich denke, das Forcieren von Ärztenetzwerken in dieser neuen, qualitativ guten Form wird bei den Kassen überhaupt einiges auslösen. Immerhin sieht die Vorlage vor, dass die Vertragsdauer auf drei Jahre verlängert wird. Man kann also nicht mehr einfach bei günstigen Modellen einsteigen und, wenn man krank ist, wieder aussteigen. Mir scheint, dieser Anreiz stimmt auch.

In Bezug auf den Risikoausgleich werde ich mich dann in der Detailberatung äussern. Das scheint mir innerhalb der Ärztemodelle noch nicht das Gelbe vom Ei zu sein.

Was aber der allerentscheidendste Aspekt zur Durchsetzung dieser Ärztenetze sein wird, ist ganz klar ein kluger Anreiz für die Prämienzahler und insbesondere für jene, die krank sind. Wir alle werden krank, das vergisst man ja gerne. Manchmal habe ich das Gefühl, bei der ganzen Debatte um die Kosten im Gesundheitswesen tue man immer so, als ob die anderen immer krank würden und man selber nicht. Sie wissen alle, dass das nicht so ist. Wenn wir wollen, dass sich die Ärztenetze sowohl als qualitativ gute wie auch als kostensparende Modelle durchsetzen, dann müssen wir zwingend einen Anreiz für die Prämienzahler schaffen. Das macht der Minderheitsantrag, indem ein Anreiz geschaffen wird und sich derjenige, der in einem solchen Netzwerk ist, nur mit 10 Prozent an den Kosten beteiligen muss, während es für die anderen bei 20 Prozent bleibt.

Ich bin froh, dass wir darüber entscheiden können; denn ohne diesen Anreiz muss man sich schon fragen, was die Vorlage zu Managed Care mehr bringt als das, was wir heute schon haben. Denn alle, alle Erfahrungen zeigen: Die Kostenersparnis wird erst relevant, wenn deutlich mehr als die Hälfte der Leute dort versichert sind. Das müssen wir erreichen, indem wir aufzeigen, dass die Qualität stimmt, indem wir die entsprechenden Anreize schaffen. Die 10-Prozent-Regel beim Selbstbehalt hat sich ja beim Generika-Modell bestens bewährt: Hier haben wir einen Erfahrungshintergrund. Deshalb bitte ich Sie, hier die Minderheit zu unterstützen, namentlich weil wir ja unterdessen wissen, dass eine Verknüpfung mit der Kostenbeteiligungsvorlage stattfindet; wir wissen aber auch, dass die Minderheit bereit ist, ihren Antrag zu Absatz 3 zurückzuziehen. Dieser war ja ein Stein des Anstosses. Ich habe ihn immer «Strafabsatz» genannt, denn man bringt die Leute nicht mit Strafandrohungen in solche Netze, indem man ihren Selbstbehalt verdoppelt, sondern mit Anreizen, indem man ihnen, erst recht, wenn sie krank werden, im Prinzip den Selbstbehalt verbilligt.

Ich bin für Eintreten auf die Vorlage, unter der Bedingung, dass wir wirklich eine Vorlage mit Zähnen machen. Damit haben wir kein Wundermittel zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, aber wir können – das verspreche ich mir ein Stück weit davon – einen Haltungswechsel einleiten, insbesondere auch bei den Kassen, weg vom Run auf Junge, Gesunde hin zur Optimierung der Wirksamkeit der Behandlung durch Qualität und Kooperation. Das ist das Entscheidende und nicht immer die Jagd auf die Gesunden, denn es werden ohnehin alle krank; das Entscheidende ist die Optimierung der Behandlung durch Qualität und Kooperation. Darauf setze ich meine Hoffnungen.

Langenberger Christiane (RL, VD): Je dois tout d'abord avouer que, sans les connaître vraiment, les systèmes de réseau de soins intégrés Managed Care représentaient pour moi la panacée: un traitement de qualité, une possibilité de réduction des coûts, de responsabiliser aussi les assurés et vraiment de prendre en compte globalement le malade. J'imaginai que tout malade, ainsi, ferait l'objet d'une attention particulière, les cas difficiles étant examinés par plu-

sieurs médecins recherchant les racines du mal; le fait d'éviter aussi une redondance des prestations et des changements de médecins coûteux, favorisant en plus des économies.

Puis, j'ai appris qu'il existait aujourd'hui de multiples modèles: celui qui donne une place centrale à la médecine de premier recours, au «gatekeeping»; le système dans lequel le patient s'adresse toujours en premier lieu au médecin de famille auprès duquel les informations sont réunies et qui, si nécessaire, le dirige vers d'autres maillons de la chaîne des soins; les HMO, soit des cabinets de groupe; les listes de médecins; le tri par téléphone; les cercles de qualité; et des projets pilotes de pharmaciens qui font des campagnes de dépistage précoce et de gestion des risques. Par exemple, ce cas-là, nous n'en avons même pas parlé en commission. Bref, tout existe, et tout bon médecin vous dira que de toute manière il travaille en réseau en faisant appel aux spécialistes avec lesquels il entretient de bons rapports de confiance. Les choses se compliquent lorsque vous apprenez que certes les modèles du médecin de famille et les HMO devraient entraîner une diminution des coûts et une amélioration de la qualité des soins, mais qu'il n'existe que peu d'évaluations, que par ailleurs elles sont ponctuelles et qu'elles ne permettent pas toujours de conclure que les effets sont positifs et réalisés. On affirme qu'il y aurait certes des économies, mais qui varieraient passablement, et que ces résultats ne prennent pas suffisamment en compte la structure des risques. Les chiffres démontrent en tout cas parmi les dix caisses d'assurance-maladie les plus importantes, huit proposaient en 2004 un réseau de soins intégrés, mais que chacune ne les offrait que dans dix cantons au plus. L'extrapolation d'une moyenne suisse à un réseau représenterait à peine dix pour cent de l'ensemble des assurés, beaucoup d'assurés n'ayant même pas accès à cette forme d'assurance.

Le manque d'intérêt a même provoqué une réduction des rabais accordés par les assureurs par rapport à 2000. Donc tous les clignotants montrent qu'il faut agir si nous pensons vraiment que ces modèles ont un avenir devant eux. La difficulté réside dans le fait que nos mesures doivent avoir un attrait aussi bien pour les assureurs, pour les médecins, ainsi que pour les affiliés de l'assurance obligatoire. Les assureurs devraient y trouver leur compte, en bénéficiant de certaines réductions de coûts, notamment pour les cas lourds, et en attirant de nouveaux assurés; les médecins devraient apprécier de travailler en réseau, tout en jouissant de conventions passées avec les assureurs; et enfin les assurés devraient accepter une limitation du choix de médecin, mais ils devraient pouvoir obtenir une réduction intéressante, par exemple de leurs primes.

Une fois ces difficultés et revendications surmontées, l'attrait à des réseaux de soins intégrés devrait être favorisé. Mais arriver à contenter tout ce beau monde, c'est véritablement résoudre la quadrature du cercle. Nous avons réfléchi à de multiples solutions qui, pour la plupart, ont des qualités mais aussi des défauts. Ainsi, ce sont surtout les bons risques qui sont attirés par de tels systèmes, alors que nous voudrions précisément y concentrer les cas lourds. C'est la raison qui nous a incités à étudier une proposition visant à ce que les économies réalisées grâce aux modèles d'assurance alternatifs soient affectées à la compensation des risques et permettent aux assureurs de recevoir un allègement, mais dans le cadre de la compensation des risques, et d'en faire bénéficier intégralement les assurés. La majorité dont je fais partie a finalement renoncé à ce qui pourrait entraîner une surcharge administrative importante et probablement une gestion compliquée. Mais je ne serais pas opposée à ce que, par le biais d'un projet pilote, on essaie de trouver une solution en commençant peut-être justement uniquement par un projet.

Une minorité est favorable à une autre forme d'incitation pour les assurés: d'une manière générale, celle de réduire à 10 pour cent la participation aux coûts des patients faisant partie d'un réseau. Elle permettrait de mieux cibler les gens qui effectivement consomment des soins. D'ailleurs, c'est

l'une des raisons qui motive la proposition de la minorité, alors que la réduction des primes attire surtout les bons risques. La majorité dont je fais partie préfère laisser davantage de manoeuvre aux assureurs dans l'état actuel des choses.

Autre proposition: celle de rendre obligatoire la participation à un réseau à une personne qui a une maladie spécifique coûteuse, lui permettant de disposer d'une excellente prise en charge par le biais du «disease management». Nous avons essayé de tenir compte de cette possibilité à l'article 41a alinéa 1.

Au final, nous avons opté pour une prise en compte peu contraignante des formes particulières d'assurance et renoncé – du moins en ce qui concerne la majorité dont je fais partie – à rendre obligatoire la responsabilité budgétaire. Nous avons accepté une durée maximale de trois années de rapport d'assurance, afin d'encourager les assureurs à offrir des formes particulières d'assurance, l'assureur pouvant convenir d'autres modalités de sortie avec l'assuré.

Est-ce que nos propositions sont suffisantes pour rendre ces formes particulières d'assurance attrayantes pour les assurés? Nous savons qu'il faudrait atteindre 40 à 50 pour cent d'assurés pour arriver véritablement à une baisse des coûts. C'est cependant une tentative d'introduire par la toute petite porte une certaine forme de liberté de contracter. C'est un premier pas qui va dans la bonne direction, en incitant les assureurs à offrir ces types d'assurance et à faire en sorte que la qualité de traitement s'améliore.

Pour celles et ceux qui pensent que nous avons fait un projet particulièrement «versichererlastig», je dirai que si nous n'agissons pas, nous prenons le risque que les assureurs finissent par abandonner totalement l'offre de formes particulières d'assurance, ce qui aboutirait à une augmentation des coûts au lieu de la diminution escomptée.

Stähelin Philipp (C, TG): Die Managed-Care-Modelle haben es seit ihrer Einführung im Rahmen des KVG einigermassen schwer gehabt. Im Grunde genommen ist dies erstaunlich, denn auf den ersten Blick leuchtet es ohne weiteres ein, dass allein schon eine gewisse Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer zu Einsparungen führen sollte, da damit Doppeluntersuchungen und Mehrfachbehandlungen und damit das Wandern des Patienten von einem Arzt oder sonstigen Leistungserbringer zum anderen – ein Phänomen, welches ja erfahrungsgemäss immer wieder festgestellt werden muss – etwas eingedämmt werden können. Ebenso einsichtig ist, dass vorgegebene Behandlungspfade und die organisierte Weitergabe von Behandlungsdaten usw. kostenmindernd wirken sollten.

Weshalb verläuft die Einführung von Managed-Care-Systemen aller Art trotzdem so harzig? Ich stelle diese Frage nicht zuletzt aus der Optik eines Kantons, der, obwohl ein Landkanton, mit an der Spitze der Entwicklung steht und flächendeckend über Managed-Care-Modelle verfügt, denen ein vergleichsweise hoher Versichertenanteil angehört und die eine Grosszahl von Ärzten einbeziehen. Ich bin übrigens – dies zu meiner Interessenlage, wenn Sie so wollen – in einer Begleitgruppe «Integrierte Managed Care Thurgau». Neben den von unserer Kommissionspräsidentin genannten Gründen glaube ich für diesen trotz der erkennbaren Vorteile so langsamen Fortschritt des Managed-Care-Gedankens insbesondere die folgenden Gründe zu erkennen: Die bestehenden Netzwerke befolgen noch zu wenig den Grundsatz der integrierten Behandlung, und Managed Care erscheint noch zu wenig integriert in dem Sinne, dass eben nicht nur Hausärzte einbezogen, sondern auch Spezialisten und vor allem Spitäler in den Behandlungspfad eingebunden und all diese Teilnehmer in eine Qualitäts- und Ergebnisverantwortung integriert werden.

In diesem Sinne begrüsse ich nicht zuletzt unseren Antrag zu Artikel 57 Absatz 9, der den Grundsatz der alleinigen Bindung an die Ärzte – dort Vertrauensärzte – verlässt und die übrigen Leistungserbringer auch in die Managed-Care-Führung einbezieht. Ich könnte hier beispielsweise an die Chiropraktiker denken. Sodann ist die Schaffung von Transparenz

über die effektiven Kosten zentral. Wir müssen wissen, welcher Behandlungsschritt wo wie viel kostet. Bleibt dies unklar, ist es verständlich, dass Leistungserbringer Hemmungen haben, sich einbinden zu lassen, und dass auch die Versicherten die Vorteile eines Managed-Care-Systems kaum sehen.

Im Sinne eines Ceterum censeo weise ich auch bei dieser Gelegenheit wieder einmal darauf hin, dass unsere dualistische Spitalfinanzierung nicht nur die Kosten- und Preistransparenz verhindert, sondern, bezogen auf eine integrierte Managed Care, auch den Hebel verkürzt und damit den Anreiz für Versicherer und Versicherte massiv verringert. Die Einsparungen bei der Managed Care für stationäre Behandlungen werden ja mehr oder weniger halbiert. Diese Hebelwirkung kann auch aus der Karte der Verbreitung der Managed Care in den Kantonen herausgelesen werden. Wollen wir also etwas ganz Mutiges für die Förderung der Managed Care tun, dann müssen wir für umfassende Kostentransparenz sorgen und damit für den Wechsel bei der Spitalfinanzierung hin zu einem einzigen Kostenträger bzw. Leistungszahler. Dies steht heute indessen nicht zur Diskussion. Allerdings kann man immer noch auf die Beratung im Nationalrat im März 2007 hoffen.

Die Anträge der Kommission können deshalb als eher mutlos angesehen werden. Ich unterstütze sie trotzdem, denn ihre Richtung stimmt. Der Ausbau der Managed Care ist bisher zu einem guten Teil ohne direkte Einwirkung der Politik erfolgt. Entscheidend ist für mich deshalb weiterhin, dass von Staatsseite her keine gegenläufigen Anreize gesetzt werden. Die Vorlage, die wir nun behandeln, beherzigt dies. Sie schafft einen sehr lockeren Rahmen für die weitere Entwicklung und überlässt die Hauptrolle den Versicherten einerseits und den Leistungserbringern andererseits. Diese sollen sich direkt einigen und kreativ Wege suchen, die zugunsten der Versicherten Kosten und Prämien tief halten. Dies ist nun der von der Kommission gewählte Ansatz. Der Staat sorgt dabei für die Aufrechterhaltung der Qualität, für möglichst viel Transparenz und die Einhaltung des Solidaritätsgedankens.

Ich kann mit dem Grundgedanken dieses Vorgehens leben. Hauptakteure sind die Versicherten einerseits und die Leistungserbringer andererseits. Es wird wohl eine grössere Zahl recht unterschiedlicher Modelle entstehen. Diese wiederum stehen im Wettbewerb zueinander. Im Rahmen der Managed Care wird hier auch eine gewisse Vertragsfreiheit einziehen. Auch damit kann ich sehr wohl leben.

Ich meine zudem, dass die nun mit der rechten Hand gegebenen Freiheiten für unterschiedliche Lösungen systemrichtig nicht mit der linken Hand wieder genommen werden dürfen. Die Minderheitsanträge sind unter diesem Aspekt kritisch zu hinterfragen, sie passen nicht ins gewählte Konzept. Freiheiten einräumen bedeutet andererseits Verantwortung übertragen. Versicherer und Leistungserbringer werden eine höhere Verantwortung erhalten und diese insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Erhaltung der Solidarität zwischen den Versicherten auszuüben haben.

Ich vertraue hier den Akteuren und bin für Eintreten.

Frick Bruno (C, SZ): Eine Revolution liegt mit der Managed-Care-Vorlage nicht auf Ihrem Tisch. Managed Care wird nicht mit dieser Vorlage erfunden, Managed Care gibt es schon viele Jahre. Ich habe noch meine Interessen zu offenbaren: Ich bin Verwaltungsratsmitglied der Swica-Krankenversicherungen. Bei uns sind 50 Prozent der Versicherten in Managed-Care-Systeme eingebunden, und das nicht etwa in den Städten, sondern vor allem in ländlichen Gebieten. Mit dieser Vorlage setzen wir uns einen etwas besseren Rahmen. Die Vorlage ist nötig, auch wenn sie wenig verändert.

Managed-Care-Systeme sollen vermehrt gefördert werden, denn sie sind ein Mittel zur Kosteneinsparung. Patienten sind bereit, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken und sich auf dem Behandlungsweg begleiten zu lassen. Damit werden Behandlungen effizienter und günstiger, die Prämien dadurch billiger. Die Idee ist gut.

Nun ist es auch nicht die erste Vorlage, die wir Ihnen auf den Tisch legen. Bereits bei der grossen Revision des Krankenversicherungsgesetzes vor drei Jahren war Managed Care eingebaut. Aber wir haben uns nun, anders als im Jahr 2003, für ein wesentlich freiheitlicheres System entschieden. Zwangsvorschriften wie beispielsweise die Budgetverantwortung für die Patienten sollen entfallen, Versicherer sollen mehr Entfaltungsmöglichkeiten haben, aber sie sollen selber aktiv werden und die Anreize selber setzen. Sie können in ihrem System beispielsweise die Budgetverantwortung wählen, aber es besteht kein Zwang dazu. Es ist auch nicht mehr zwingend vorgesehen, dass traditionell Versicherte höhere Selbstbehalte bezahlen, wie dies die Minderheit beantragt. Wir setzen grundsätzlich auf Freiheit, und das ist richtig.

Aber dennoch hat die ganze Managed-Care-Vorlage und hat auch das Managed-Care-System, soweit es heute besteht, einen Schwachpunkt: Managed-Care-Systeme sind vor allem attraktiv für gesunde Versicherte. Sie profitieren von den günstigeren Prämien, und solange man gesund ist, tut es ja nicht weh, in der Arztwahl nicht völlig frei zu sein. Viele beanspruchen die günstigeren Prämien, solange sie gesund sind, und sobald sie krank werden und Leistungen beanspruchen, wechseln sie. Das kann man ihnen nicht verübeln; das sind heute, wo der jährliche Wechsel möglich ist, die Anreize. Das geht bis zur Behandlungsplanung vieler Bürger, die sich klar vornehmen, was sie sich in diesem Jahr noch an Operationen angeeignen zu lassen haben, und im folgenden Jahr, wenn sie es nicht mehr brauchen, das System wechseln. Die Qualität unserer Vorlage wird sich also daran messen, ob es gelingt, Kranke in die Managed-Care-Systeme zu bringen. Dann haben wir etwas gewonnen.

Es liegen Ihnen zwei Minderheitsanträge vor: einer zum Risikoausgleich, zu Artikel 18a, welchen ich vertreten werde, und einer von Frau Simonetta Sommaruga zu Artikel 64 Absatz 2 bzw. 3. Es wird sich an diesen zwei Kernpunkten entscheiden, ob es uns gelingt, Managed-Care-Systeme attraktiver zu gestalten, oder ob wir diese Chance dahingehen lassen. Wir werden uns dort wieder äussern.

Heberlein Trix (RL, ZH): Wie Sie aus den Ausführungen der Kommissionspräsidentin und der Kommissionsmitglieder, die bis jetzt gesprochen haben, gehört haben, wurde diese Vorlage ohne grosse Begeisterung verabschiedet; dies wohl auch, weil in wesentlichen Fragen noch Minderheitsanträge bestehen, über die wir in der Kommission durchaus unterschiedlicher Meinung sind.

Einig sind wir uns aber alle in der Frage einer gezielten Förderung von Managed-Care-Modellen. Wir sind uns auch bewusst, dass eine kurzfristige flächendeckende Einführung eine Illusion ist, dass es ländliche Regionen wahrscheinlich schwieriger haben werden und diese Modelle dort nur ansatzweise bestehen werden. Aus diesem Grund vertritt die Kommissionsmehrheit auch die Ansicht, dass eben möglichst offene Modelle angeboten werden sollen, dass zumindest am Anfang den Netzwerken keine Verpflichtung aufgebürdet werden darf, Budgetverantwortung zu übernehmen – dies allerdings im Wissen und in der Überzeugung, dass verantwortungsvolles und kostengünstiges Verhalten der Anbieter durch die Übernahme einer finanziellen Verantwortung gefördert wird. Wir wollen auch, dass Versicherte durch gezielte Anreize – sei dies durch Prämienreduktion, höhere respektive tiefere Selbstbehalte oder Franchisen oder andere mögliche Anreize, welche den Kassen zur Verfügung stehen – motiviert werden sollen, sich einer angebotenen Netzwerkform anzuschliessen, dies aber nicht unbedingt tun müssen. Die Verankerung einer obligatorischen Übernahme von 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten für Personen, die sich nicht in einem Managed-Care-Modell versichern, gegenüber 10 Prozent bei Teilnahme an einem solchen Modell erscheint mir aber zu restriktiv, mindestens jetzt, am Anfang, wenn und solange die qualitativen Angebote von Managed Care noch nicht bestehen und die Wahlfreiheit für die Versicherten auch durch die Angebote der Versicherungen immer noch stark eingeschränkt ist.

Ob der Anreiz für die Kassen, derartige Modelle anzubieten, mit dem Antrag der Mehrheit hoch genug ist, kann man sehr wohl hinterfragen. Dass man die Modelle aber bereits jetzt und im Sinne eines Obligatoriums verschärfen muss, scheint mir sehr fragwürdig zu sein. Wir müssen aber – davon bin ich überzeugt – den Fortschritt dieser Modelle und die Verbreitung dieser Modelle sehr genau beobachten und dann allenfalls handeln.

Wichtig erscheint mir aber, dass mit diesen vertraglichen Möglichkeiten ein entscheidender Schritt Richtung Vertragsfreiheit gemacht wird. Er ist noch lange nicht das Ziel für mich, er entspricht aber wohl dem heute politisch Realisierbaren. Damit das Modell besser funktionieren wird als heute, braucht es neben einer zahlenmässig repräsentativen Verbreitung der Modelle eine Kontrolle der Qualität. Voraussetzung ist, dass auch der stationäre Bereich mit einbezogen werden kann; wir haben das bereits gehört. Dafür brauchen wir als Grundlage die Spitalfinanzierungsvorlage, eine Leistungsabteilung und nicht eine Unterstützung der Institutionen.

Es sind flexible Beitrittsmöglichkeiten vorzusehen: zum Einstieg die Freiheit, Vereinbarungen mit und ohne Budgetverantwortung zu treffen, und kein Zwang zur Capitation. Die Rechtsform der Leistungserbringer und die Art der Steuerung der Behandlung können und dürfen zu Beginn nicht vorgeschrieben werden. Ob aber und in welchem Ausmass diese Vorlage zum Tragen kommen wird, hängt sehr stark vom Verantwortungsbewusstsein der Krankenkassen ab, auch von ihrem Willen, diese Angebote zu fördern, die Versicherten zu lenken und die Qualität zu kontrollieren. Ob die Erwartungen erfüllt werden, dass mit diesen Modellen die Kosten gedämpft werden, hängt aber auch von der Bereitschaft der Leistungserbringer ab – und zwar einer breiten Palette von Leistungserbringern, Grundversorgern und Spezialisten, ambulanten und stationären Anbietern –, sich in solchen Modellen zusammenzuschliessen und miteinander zu arbeiten statt gegeneinander.

Wenn heute nur ein Zehntel der Bevölkerung in Managed-Care-Modellen versichert ist und nur zwei Prozent in der Form mit einer Budgetverantwortung dabei sind, so haben wir noch einen weiten Weg bezüglich Akzeptanz und Verbreitung solcher Modelle vor uns. Das soll uns aber nicht daran hindern, auf diese Vorlage einzutreten und ihre Entwicklung weiterzuverfolgen.

Schwaller Urs (C, FR): 5 stimmen dafür, 6 enthalten sich: Das Resultat in der Schlussabstimmung für die heute Morgen behandelte Vorlage zeigt, dass das Ergebnis unserer Kommissionsarbeit keine grosse Begeisterung ausgelöst hat. An sich spricht alles für Managed-Care-Modelle. Ich führe nur vier Gründe dafür an:

1. Bessere Koordination unter allen Leistungserbringern.
2. Qualitative Gewinne durch eine bessere Zusammenarbeit unter den Ärzten und damit die Förderung eines regelmässigen Erfahrungsaustauschs und einer kontinuierlichen Weiterbildung der Ärzte und anderer Leistungserbringer. Verschiedene Besuche bei und Gespräche mit Ärzten in Netzwerken haben mich im Übrigen davon mehr als überzeugt.
3. Effizientere Steuerung komplexer Behandlungsprozesse, gerade von Chronischkranken.
4. Vermehrter Wettbewerb unter den Leistungserbringern, welcher aus der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und den Ärzten der verschiedenen Netzwerke resultieren wird oder würde.

Heute sind rund 8 Prozent der Versicherten in Managed-Care-Modellen, in Netzwerken, eingeschrieben. Anzustreben wäre schweizweit ein Anteil von 50 bis 60 Prozent der Bevölkerung, was im Übrigen auch die ganzen lähmenden Diskussionen um die generelle Vertragsfreiheit auf ein Minimum reduzieren würde. Um nun aber 50 bis 60 Prozent der Bevölkerung zu erreichen, müsste das Gesetz vorschreiben, dass die Versicherer zwingend Managed-Care-Modelle anbieten. Das Gesetz müsste klarstellen, dass die Versicherten durch ihre Teilnahme am Netz nicht nur qualitativ, son-

dern auch finanziell profitieren. Die Vorlage müsste weiter enthalten, dass die Leistungserbringer in einem Bonus-Malus-System Mitverantwortung für das Budget übernehmen müssen. Ebenfalls müsste verhindert werden, dass Effizienzgewinne und Einsparungen aus den Netzwerken in Richtung jener Kassen abfliessen, die sich vor allem durch die Anlockung von jungen und gesunden Kunden fit halten. All diese Punkte fehlen nun aber mehr oder weniger im Gesetzentwurf, und zwar unter dem Hinweis, dass es gelte, für die Kassen und die Leistungserbringer möglichst breite Gestaltungsräume offenzuhalten, und dass der Markt genügend dynamisch sei, um neue Managed-Care-Modelle zu entwerfen.

Wenn man den heutigen Anteil an Netzwerken sieht, stimmt das Argument offensichtlich nur zum Teil und nur für einige Kassen bzw. Regionen und Kantone. Ich meine, dass man in einem Versicherungssystem mit erzwungener Solidarität und damit mit Zwangsabgaben ohne weiteres auch zwingende Anreize zur Effizienzsteigerung setzen darf und dass man sie hätte setzen müssen. Das ist aber – wir haben es gehört – nicht passiert. Das Resultat der Kommissionsarbeit ist nun das, was es ist. Der Gesetzentwurf bringt zwar nicht viel, er verhindert aber glücklicherweise auch wenig.

Was also tun? Keine Lösung ist die blosser Rückweisung an uns, an die Kommission. Obwohl ich mich in der Gesamtabstimmung aus den vorgenannten Gründen schliesslich der Stimme enthalten habe, meine ich heute und nach vielen Diskussionen, dass wir nicht nur auf die Vorlage eintreten sollten, sondern dass wir sie dann auch in der Frage des differenzierten Kostenanteils und des Risikoausgleichs verstärken und so verbessert hier im Erstrat auch verabschieden sollten. Wenn der Zweitrat auf der gleichen Linie bleibt, so ist Versicherern und Leistungserbringern eine Frist von maximal zwei Jahren zu belassen, damit sie beweisen können, dass sie in dieser Zeit tatsächlich in der Lage sind, den heutigen Anteil an effizienten Netzwerken – und nicht bloss an «Angstnetzwerken» – mindestens zu verdoppeln. Ist dies bis 2009 – ich nenne einmal dieses Jahr – nicht der Fall, gibt es keinen Grund, dass das Parlament nicht selbst verbindlich und zwingend Anreize schafft, indem die Versicherer dann zumal zwingend erstens Managed-Care-Modelle mit einer differenzierten Kostenbeteiligung und eventuell differenzierter Prämien für die Versicherten und zweitens Managed-Care-Modelle mit Budgetmitverantwortung für die Leistungserbringer anbieten müssen.

Zusammenfassend plädiere ich ebenfalls für Eintreten und werde einer in den vorgenannten zwei Punkten verbesserten Vorlage in der Gesamtabstimmung auch zustimmen.

Brändli Christoffel (V, GR): Wir haben es bei dieser Managed-Care-Vorlage mit einer sicher wichtigen Vorlage zu tun, aber es ist beileibe nicht die wichtigste bezüglich des Gesundheitswesens, wenn man Kosten sparen und die Qualität verbessern will. Diese Möglichkeiten wären vor allem gegeben mit der Frage der Vertragsfreiheit und dann auch mit der Spitalfinanzierung. Man darf nicht so tun, als ob wir hier jetzt die Lösung aller Probleme finden würden.

Managed-Care-Modelle können dazu beitragen, Kosteneinsparungen zu erzielen, sie können auch dazu beitragen, Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Bei der Kosteneinsparung muss man dann aber auch rasch relativieren: Sie finden natürlich immer wieder jemanden, der krank ist und ein solches Modell wählt, bei dem Sie 20, 30 Prozent der Kosten einsparen. Aber es gibt viele Formen, bei denen die Kosteneinsparungen nicht eintreten werden. Nehmen Sie die ganze Frage des Hausarztmodells: Wenn Sie jemanden haben, der permanent den Arzt wechselt und dann in ein Hausarztmodell übertritt, haben Sie eine Kosteneinsparung. Wenn Sie hingegen jemanden nehmen wie mich, der so wieso zuerst zum Hausarzt geht, wenn er etwas hat, dann sparen Sie nichts ein, wenn Sie den Hausarzt dem Hausarztmodell zugehörig erklären. Es ist heute so, dass etwa 80, 90 Prozent der Schweizer eigentlich schon Hausarztmodelle leben. Deshalb darf man diese Kosteneinsparungspotenziale jeweils nicht überbewerten. Es ist aber sicher er-

wünscht, und Managed-Care-Modelle sind förderungswürdig. Es gibt aber sehr viele Modelle – eben vom Hausarztmodell bis zum Netzwerk mit Budgetverantwortung.

Wir müssen bei allen Förderungen darauf achten, dass wir kranke Leute in diese Modelle bringen. Und da besteht natürlich die Gefahr, dass wir jetzt attraktive Modelle für gesunde Leute entwerfen und damit wieder ein Feld für die Risikoselektion öffnen. Das darf es nicht sein. Kosten sparen können Sie nur bei kranken Leuten, also bei Leuten, die eben auch Kosten verursachen. Der Gesetzgeber sollte Anreize setzen, aber er muss sich bei der Ausgestaltung dieser Modelle vor Überregulierungen hüten, diese hemmen jede innovative Entwicklung in diesem Bereich.

Ich persönlich bin überzeugt davon, dass der beste Anreiz in der Möglichkeit liegt, längerfristige Verträge abzuschliessen. Heute ist es ja so – es wurde schon gesagt –, dass Leute wohl in ein solches Modell hineingehen, aber wenn sie dann eine Operation haben, gehen sie wieder aus dem Modell hinaus, und das nützt natürlich nichts. Es nützt nur etwas, wenn jemand sich längerfristig bindet.

Wir werden eine Debatte darüber führen, ob die Reduktion der Kostenbeteiligung auf 10 Prozent ein guter Anreiz ist oder nicht. Ich habe so den Eindruck, man findet eben keine Anreize. Man hat jetzt diese Kostenbeteiligung genommen, um zu sagen, dass man etwas gemacht hat. Ich muss Ihnen einfach sagen, dass das Managed-Care-Modell in sich ja aufgehen muss. Sie finanzieren die Kosten mit Kostenbeteiligungen oder mit Prämien. Sie können die Kostenbeteiligung abschaffen. Doch dann müssen Sie die Prämien erhöhen. Ob es dann wirklich ein Anreiz ist, wenn Sie am Schluss beim Managed-Care-System höhere Prämien haben als bei den übrigen Systemen, muss man diskutieren. Persönlich bin ich der Meinung, dass die Anbieter solcher Modelle frei sein sollten, entweder attraktive Prämien oder attraktive Kostenbeteiligungen anzubieten. Man muss sicher darüber diskutieren, ob wir hier diese starre, diese fixe Lösung haben wollen oder nicht.

Eine weitere Bemerkung: Der Bundesrat hat diese Vorlage auch mit Fragen, die nicht mit Managed Care zusammenhängen, angereichert. Es geht hier einmal um diese Kostenübernahme von Leistungen im Ausland. Die ist in der Vorlage stehengeblieben. Der Bundesrat hat dann erfreulicherweise endlich auch gesetzgeberisch etwas bezüglich der Arzneimittel vorgeschlagen. Ich habe es bedauert, dass dieser Teil wieder aus der Vorlage herausgenommen wurde. Die Kommissionspräsidentin hat darauf hingewiesen, dass wir im Januar diese Frage diskutieren und dann im März eine Vorlage über die Frage der Arzneimittel haben werden. Wenn dem so ist, ist das gut so. Aber wir müssen immer sehen: Wir haben im Gesundheitsbereich viele Ankündigungen, was wir tun werden, doch wir müssen endlich etwas tun. Ich gehe schon von der Hoffnung aus, dass wir im März über den Arzneimittelbereich – hier sind viele Kostensparmöglichkeiten enthalten, unabhängig davon, ob wir in diesem Jahr schon etwas erreicht haben oder nicht – eine eingehende Debatte führen können.

In diesem Sinne beantrage ich Ihnen Eintreten auf diese Vorlage.

David Eugen (C, SG): Ich möchte den Fokus auf einen bestimmten Punkt dieser Managed-Care-Frage richten. Wenn wir die heutige Ausgestaltung dieser Modelle betrachten, stellen wir fest, dass es in erster Linie Prämiensparmodelle für Gesunde sind. Das heisst, sie haben dann auch kaum positive Effekte auf die Qualität und auf die Kosten. Daraus müssen wir schliessen, dass sich dieser Ansatz so, wie er bisher gewählt wurde, nicht bewährt hat.

Ich bin jetzt eigentlich froh, dass die neue Gesetzgebung zu Managed Care neue Handlungsspielräume eröffnet, die eigentlich in Zukunft eine bessere Ausrichtung dieser Modelle ermöglichen sollten. Ich bin überzeugt, dass Managed-Care-Modelle ihren Hauptanwendungsbereich auf dem Gebiet des Disease Managements haben. Was heisst Disease Management? Das heisst, die Managed-Care-Modelle sollten sich primär auf die Chronischkranken fokussieren. Dort kann

man vor allem Managed Care machen, das heisst, dort kann man bessere Behandlungsqualität bereitstellen, und dort kann man auch die Ressourcen wesentlich effizienter einsetzen. Ich nenne ein ganz konkretes Beispiel: Bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz – das weiss man heute aufgrund der Studienuntersuchungen – ist es so, dass etwa ein Viertel der Spitaleinweisungen vermieden werden könnte, wenn die Patienten im Medikamentenbereich richtig eingestellt wären. Das heisst, wenn man die Qualität bei der Einstellung der Patienten mit Herzinsuffizienz in den Vordergrund stellt, dann hat der Patient einerseits die bessere Qualität der Versorgung; andererseits haben wir auch einen viel effizienteren Ressourceneinsatz, indem wir Spitaleinweisungen vermeiden können. Es braucht also Netzwerke, beispielsweise für koronare Herzerkrankungen, die Patienten von Anfang an mit bester Sachkunde richtig behandeln. Hier ist nach meiner Meinung das Feld der Managed-Care-Modelle.

Ich möchte weitere Krankheiten nennen, bei deren Behandlung diese Managed-Care-Modelle meines Erachtens erfolgreich sein können, nämlich: die Diabetes, den Brustkrebs, das Bronchialasthma. Das sind wichtige Krankheiten, bei denen man mit Qualitätseinsatz und Netzwerken auch sehr gute Resultate erzielen kann. Nur dann aber, wenn die Netzwerke so aufgebaut sind, dass sie auch die Erwartungen der Patienten erfüllen, können sie auch Erfolg haben; das heisst, es sind keine Jedermann-Netzwerke. Diese Netzwerke haben auf der Seite der Leistungserbringer – der Spitäler, der Ärzte, der Rehabilitationsorganisationen und auch der übrigen Dienste, die mit einer solchen Versorgung zusammenhängen – eine besondere Qualität bei bestimmten Therapien. Ebenso sind es keine Jedermann-Netzwerke auf der Seite der Patienten. Diese Netzwerke werden von Patienten aufgesucht, die diese Qualität suchen und auch brauchen.

Meiner Meinung nach hat der Staat die Aufgabe, die Qualitätsstandards für solche Netzwerke zu setzen. Das heisst, er muss sagen: Netzwerke, die diese Qualitätsstandards erfüllen, können nachher auch von den positiven Anreizen profitieren. Hingegen muss der Staat nichts über die Strukturen dieser Netzwerke sagen, und er muss es insbesondere vermeiden, Automatismen einzuführen, also zu sagen: Die Vorteile treten ein, unabhängig davon, ob der Qualitätsnachweis erbracht worden ist.

In diesem Sinne bitte ich Sie, bei dieser Vorlage bei den Mehrheitsanträgen zu bleiben. Von den Minderheiten werden Anträge gestellt, die sagen: Automatisch treten Vorteile ein – ohne dass die Leistungs- und Qualitätsnachweise erbracht worden sind. Das ist ein falscher Weg. Wenn wir diesen Weg gehen würden, indem wir also Netzwerke für Gesunde schaffen, würden wir am gleichen Ort ankommen, an dem wir heute sind. Die Kommissionspräsidentin hat gesagt, es sei nachgewiesen, dass Netzwerke 30 Prozent weniger kosten; es ist gesagt worden, dass sie Einsparungen zur Folge hätten: Warum haben die Netzwerke tiefere Kosten? Sie haben tiefere Kosten, weil sie heute die Gesunden unter sich versammeln. Wir wissen es alle: Wenn man im Bereich der Krankenversicherung Organisationen, seien es Versicherungen, seien es Netzwerke oder anderes, schafft, die auf die Gesunden ausgerichtet sind, dann ist es ganz klar, dass man viel tiefere Kosten hat. Das bringt zwar für das einzelne Netzwerk durchaus einen Erfolg, es bringt vielleicht auch für eine einzelne Versicherung einen Erfolg, für das Gesamtsystem Krankenversicherung bringt es aber überhaupt keinen Erfolg.

Also müssen wir das Gesamtsystem im Auge behalten, das heisst, die Netzwerke müssen vor allem auf die Kranken, die Schwer- und Chronischkranken, ausgerichtet werden. Sie müssen mit Qualitätselementen gebildet werden. Auf diesem Wege muss dann bei den Patienten das Vertrauen in diese Netzwerke geschaffen werden.

In dem Sinne bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten und der Mehrheit zu folgen, die Automatismen, welche die Minderheit möchte, nicht einzuführen und damit auch die Chance zu eröffnen, dass sich solche Netzwerke überhaupt bilden können.

Saudan Françoise (RL, GE): J'ai un peu de peine avec le ton «déçu» des membres de la commission, qui disent avoir soutenu ce projet sans beaucoup d'enthousiasme, alors que je tenais à les remercier pour le travail de fond extrêmement complet qui a été fait dans ce domaine particulièrement délicat. Je dois dire que je suis très satisfaite. Encore merci, chers collègues membres de la commission, pour le résultat de vos travaux.

J'aimerais vous faire part d'une expérience personnelle qui me permet d'annoncer mes liens d'intérêts. Je préside le réseau de santé Optimed à Genève depuis près de onze ans. Genève comporte deux réseaux de santé: un réseau très intégré dont on parle beaucoup, qui est le réseau Delta, et le réseau Optimed, dont je préside le conseil paritaire. Ce dernier groupe environ 248 médecins généralistes – c'est donc important à Genève – et un peu moins de 10 000 assurés. Font partie de ce réseau de santé les deux principales compagnies d'assurance-maladie de Genève qui couvrent à peu près 65 pour cent de la population.

Quelles sont les obligations dans le réseau de santé Optimed? C'est le réseau le plus «léicht», pourrait-on dire, que l'on puisse trouver. Il a été créé, je vous l'ai dit, il y a près de onze ans, à la fois par des assureurs et des médecins généralistes très engagés dans le combat pour maîtriser les coûts de la santé.

Quelles sont les obligations des assurés? Elles sont très simples, c'est-à-dire que c'est le système du «gatekeeper». L'assuré auprès de ce réseau de santé renonce simplement à aller consulter de lui-même un spécialiste. Quelles sont les obligations pour les médecins? Ceux-ci ont l'obligation de participer chaque année à des cercles de qualité consacrés à des pathologies lourdes pour voir comment on peut améliorer la prise en charge de ces pathologies. Pour les assureurs, l'engagement était d'ordre quantitatif. Il s'agissait d'un montant fixe diminuant la prime de l'assuré. Compte tenu de l'augmentation des primes à Genève en dix ans, cela a perdu beaucoup d'importance au fil des ans puisque au départ, cela représentait quasiment 10 pour cent des primes d'assurance-maladie, et maintenant, la diminution des primes se situe entre 6 et 8 pour cent. Ces droits et obligations sont consacrés par une charte qui est signée à la fois par les assureurs, les médecins et les assurés.

Alors, quelles sont les constatations que j'ai pu faire en près de onze ans d'activité – et elles me semblent quand même importantes, car elles vont à l'encontre de certaines affirmations que j'ai entendues dans ce conseil? Certaines sont prouvées. Dans un cas, il s'agissait de savoir si vraiment les réseaux de santé n'avaient attiré que les bons risques. Cela est faux, mais je ne peux pas dire si Genève est une exception. Et comment puis-je vous dire que c'est faux? Grâce au travail fait par les assureurs – et pour une fois je leur rends hommage –, nous avons la possibilité de comparer le collectif d'assurés inscrits au sein du réseau de santé avec le collectif général des assurés ne faisant pas partie du réseau. Nous avons constaté que la composition à la fois des membres du réseau et de ceux qui n'en étaient pas membres était équivalente et cela, même en termes de sexe, d'âge et de pathologies. Ce qui était intéressant était que la moyenne d'âge des gens assurés inscrits dans un réseau était même légèrement supérieure à celle des gens assurés ne faisant pas partie d'un réseau.

Qu'avons-nous encore constaté? Nous avons également constaté que pour les médecins – c'est leur expérience qui l'a démontré –, il n'y a pas de changement dans la prise en charge des patients; il y a par contre un accent qui est mis sur la relation assuré/médecin pour renforcer le lien de confiance entre le médecin et son patient. Et cela a été rendu possible avec l'introduction du TarMed.

Et quelle est la troisième constatation extrêmement importante, car Monsieur Brändli est revenu sur ce point? C'est qu'il faut absolument développer l'accès des réseaux de santé aux gens qui souffrent de pathologies lourdes, parce que c'est là qu'existe le plus grand potentiel d'économies, par une prise en charge globale. Alors vous me direz: pourquoi, si c'est si merveilleux, cela n'a-t-il dans le fond pas

mieux marché – en tout cas dans le canton de Genève, comparé avec la situation en Thurgovie ou en Suisse orientale? La première constatation que j'ai pu faire, c'est que nous étions prétérités par le manque de sécurité juridique dans l'approche des réseaux de santé. La deuxième constatation, c'est la question des incitations, et là nous avons beaucoup discuté parce que nous ne voulions pas uniquement des incitations financières, parce que le danger était réel au niveau de la compensation des risques.

Vous comprendrez que j'entre en matière sur ce projet sans aucun état d'âme. J'espère que sur les quelques points qui seront encore discutés, nous pourrions trouver une solution qui soit satisfaisante, parce que je crois absolument que cette voie permettant de préserver la liberté de choix est dans notre pays encore fondamentale.

Sommaruga Simonetta (S, BE): Managed Care wird uns nicht von allen Problemen im Gesundheitswesen erlösen, trotzdem ist die Vorlage, die wir heute beraten, meines Erachtens von grosser Bedeutung für die zukünftige Entwicklung unseres Gesundheitswesens. Eines der Hauptprobleme, die wir heute haben, liegt nämlich in fehlenden oder falschen Anreizen. Man kann es auch so ausdrücken: Niemand, wirklich niemand hat im heutigen Gesundheitswesen einen echten Anreiz, das Erbringen von Leistungen zu hinterfragen. Das ist eine der zentralen Schwachstellen unseres Gesundheitswesens, und das hat auch die OECD kürzlich erneut festgestellt. Ein zweites grosses Problem in unserem Gesundheitswesen orte ich in der mangelnden Koordination bei der Behandlung. Wir wissen heute aus Untersuchungen, dass Versicherte sehr oft mehrere Ärzte gleichzeitig aufsuchen – das ist der sogenannte Ärztetourismus –, dass viel zu viele Untersuchungen doppelt ausgeführt werden. Diese Probleme können wir mit der geplanten Versicherungskarte zum Teil lösen, aber nur zum Teil. Solange sich kein Arzt für die gesamte Betreuung seines Patienten verantwortlich fühlt, wird es diese Koordination nie wirklich geben.

Auch aus Patientensicht ist diese Situation alles andere als befriedigend. Ärzte, die sich nur gerade für einen Aspekt einer Krankheit interessieren, verpassen oder verfehlen unter Umständen eine andere wichtige Diagnose. Ich bin deshalb der Meinung, dass Hausärzten bzw. Allgemeinpraktikern in unserer medizinischen Versorgung eine zentrale Rolle zukommen soll. Sie sind dazu prädestiniert, einen Patienten oder eine Patientin über längere Zeit zu begleiten, die verschiedenen Behandlungen mitzuverfolgen, diese zu koordinieren und zu evaluieren. Für diese Koordinationsaufgaben werden Hausärzte heute aber nicht oder kaum bezahlt. Dabei weiss man, dass mit einer guten Koordination die Qualität einer Behandlung massiv verbessert werden kann, dass gleichzeitig unnötige Leistungen vermieden und damit auch Kosten gespart werden können. Ich meine deshalb, dass wir der Arbeit des Hausarztes oder der Vertrauensärztin mehr Gewicht geben sollten, dass wir sie beauftragen sollten, ihre Patienten während der gesamten Behandlungsdauer zu begleiten, und dass dies auch abgegolten werden sollte. Weil ein Hausarzt damit sehr viel Verantwortung übernimmt, soll er diese Entscheidungen nicht alleine fällen müssen, sondern sich in Qualitätszirkeln, in Netzwerken mit anderen Leistungserbringern, zusammenschliessen und mit ihnen regelmässig die Qualität der Arbeit überprüfen. Das ist der Inhalt und der Sinn von Managed Care.

Ich möchte jetzt noch gern kurz auf das Votum von Kollege David eingehen. Er hat sich dahingehend geäussert, dass es in Zukunft viel wichtiger sei, Schwerkranken in besonderen Behandlungsprogrammen zu betreuen und zum Beispiel für Herzranke, Krebsranke oder Diabetesranke sogenannte Disease-Management-Programme einzurichten. Diese Absicht steht dem Managed-Care-Modell nicht entgegen. Es wäre hingegen falsch, wenn man anstelle der koordinierten Medizin nur noch auf solche Disease-Management-Programme setzen wollte. Die Entwicklung in Deutschland, wo man diese Programme sehr stark fördert, zeigt nämlich folgendes Problem: Chronische Erkrankungen treten immer

seltener isoliert auf. Die Multimorbidität nimmt rasant zu. Schon heute leiden in den USA die Hälfte aller Chronisch-kranken an mehr als einer chronischen Erkrankung, und mit zunehmendem Alter bestimmen chronisch degenerative Erkrankungen – dabei handelt es sich immer um mehr als eine spezifische Krankheit – das Krankheitsbild. Gerade hier spielt dann die Koordination der Behandlung eine zentrale Rolle. Deshalb sollten wir Disease-Management-Programme nicht gegen Managed Care ausspielen, sondern vielmehr versuchen, im Rahmen von Managed Care auch Programme für spezielle Krankheiten aufzubauen.

Zur Aussage von Kollege David, dass Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen bis heute nicht nachgewiesen seien, weil dort eben nur die guten Risiken versichert seien: Ich weiss nicht, wo Sie Ihre Informationen beziehen. Es ist mittlerweile unbestritten – Frau Kollegin Saudan hat es jetzt auch wieder gerade ausgeführt –, dass in gut geführten Netzwerken nicht nur die Qualität verbessert wird, sondern auch Effizienzverbesserungen möglich sind und tatsächlich auch gemacht werden, und zwar risikobereinigt.

Damit Managed Care in der Schweiz eine echte Chance erhält, müssen ein paar Vorgaben erfüllt sein. Ich möchte nicht mit Zwang arbeiten, ich möchte den Versicherern und Leistungserbringern möglichst nicht vorschreiben, wie sie ihre Zusammenarbeitsverträge ausgestalten. Zentral ist aber, dass sichergestellt ist, dass die Qualität in Managed-Care-Modellen gewährleistet ist, dass Managed Care für Ärzte attraktiv ist, indem die Koordinationsaufgaben eben auch tatsächlich abgegolten werden, und dass auch für die Versicherten Anreize bestehen, von diesen Modellen Gebrauch zu machen; dazu werden wir in der Detailbehandlung noch einiges diskutieren müssen.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten, weil wir damit eine Chance haben, für die Versicherten, für die Patienten, aber auch für die Qualität und die Effizienz unseres Gesundheitswesens einen beträchtlichen Schritt weiterzukommen.

Briner Peter (RL, SH): Ein Kernpunkt dieser Vorlage ist für mich die Minderheitsposition, das Konzept des differenzierten Selbstbehaltes. Zusammen mit der Revision des Risikoausgleichs verspricht der vorgeschriebene differenzierte Selbstbehalt einen bahnbrechenden Durchbruch in der seit Jahren festgefahrenen Reform des KVG.

Heute wählen lediglich 10 Prozent der Schweizer Bevölkerung ein Managed-Care-Modell, obwohl eine Fülle von Beispielen beweist, dass diese Modelle erhebliche Einsparungen bringen. Bis jetzt ist auch nur eine Minderheit der Leistungserbringer bereit, sich im Rahmen von Managed-Care-Modellen zu engagieren. Das Geniale am differenzierten Selbstbehalt liegt gerade in seiner Einfachheit und darin, dass er die Nachfrage in der Bevölkerung nach Managed-Care-Modellen massiv erhöhen wird. Der Mechanismus ist doch klar: Gegenüber Prämienrabatten hat der differenzierte Selbstbehalt einen riesigen psychologischen Vorteil: Er belohnt den Bürger jedes Mal, wenn er eine versicherte Leistung in Anspruch nimmt, der Prämienrabatt dagegen zwingt den Bürger genau einmal pro Jahr zum Abwägen, nämlich im Herbst, wenn er die Möglichkeit hat, seine Krankenkasse oder sein Versicherungsmodell zu wechseln. Ausserdem ist bekannt, dass der Prämienrabatt für eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer tendenziell eher gesunde Leute und solche anspricht, welche nur selten Leistungen beanspruchen. Hier ist das Optimierungspotenzial null bis wenig. Der differenzierte Selbstbehalt dagegen entfaltet seine Wirkung nur, wenn Leistungen tatsächlich beansprucht werden, dafür aber jedes Mal. Er wird also viel mehr Dauerkonsumenten ansprechen. Hier ist das Optimierungspotenzial, z. B. das Koordinationspotenzial durch die Hausärzte, unvergleichlich grösser.

Mit anderen Worten: Der differenzierte Selbstbehalt setzt einen viel nachhaltigeren Anreiz als die bisher üblichen Prämienmodelle. Ein eindrückliches Beispiel dafür ist der kürzlich eingeführte differenzierte Selbstbehalt für Generika. Diesen haben Sie auch beschlossen. Diese Massnahme von ergreifender Schlichtheit hat das Verhalten der Bürger und der

Leistungserbringer – ich spreche die Pharmaindustrie und die Ärzte an – schlagartig und massiv verändert. Ähnliche Beispiele gibt es im Ausland. Zum Beispiel gibt es im Ruhrgebiet ein Hausarztmodell, das den Versicherten den Selbstbehalt von zehn Euro pro Konsultation erspart, wenn sie sich ins Hausarztmodell einschreiben. Innert Jahresfrist haben sich 80 Prozent der Patienten der beteiligten Hfausärzte in diesem Modell eingeschrieben. Eine solche Massnahme, die dem Bürger, ohne ihn zu zwingen, eine neue Wahlmöglichkeit mit Kostenfolge eröffnet, kann auch die politisch erwünschte Schlüsselstellung der Hausarztmedizin wirksam fördern, wirksamer als über Subventionen für Notfalldienste, Praxisassistenten usw. Die gesteigerte Nachfrage der Bevölkerung zwingt auch die Leistungserbringer, sich viel ernsthafter auf Managed-Care-Modelle einzulassen. Damit wird zusätzlich auch dem Stand der Hausärzte eine neue, zukunftsgerichtete Perspektive eröffnet. Ich bitte Sie daher, die Minderheitsanträge zu unterstützen.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Von meiner Seite nur noch ganz kurz eine Bemerkung die Frage des Einsparpotenzials betreffend: Ich habe dargelegt, dass es Einsparpotenziale gibt, und ich habe auch klar dargelegt – vielleicht darf ich Herrn David bitten, mir jetzt zuzuhören? –, dass die Einsparungen von 30 Prozent, von denen ich gesprochen habe, nur bei den grossen Netzwerken eingetreten sind, und zwar bei den Netzwerken mit Budgetverantwortung; nur dort sind wir von 30 Prozent ausgegangen. Im Übrigen liegen die Einsparungen bei etwa 5 bis maximal 20 Prozent. Dass diese 30 Prozent von den Billigkassen stammen, die Sie erwähnt haben, Herr David, dem ist nicht so.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: En 2004/05, le Conseil fédéral a proposé au Parlement sept projets de réforme de l'assurance-maladie. On avait alors appelé cela la politique des petits pas. Entre-temps, on pourrait appeler cela la politique des petits pas lents, parce que depuis 2004/05, sur les sept projets de réforme qui ont été proposés, deux seulement ont été engrangés – la moisson a été maigre: c'est la réduction des primes et la carte d'assuré.

Heureusement, le Conseil fédéral et le Département fédéral de l'intérieur disposent aussi d'autres moyens d'influencer le système. Cela a été fait par le biais de toute une série de modifications d'ordonnances, notamment en ce qui concerne les génériques. Je crois qu'il y en a eu dix à quinze. Toutes n'ont pas été très bien reçues au niveau populaire, mais elles ont eu une certaine efficacité.

J'ai vu ces derniers jours les résultats du monitoring sur les neuf premiers mois de l'année: la hausse des coûts est extrêmement faible par rapport aux années précédentes. Cela signifie que les mesures que nous avons prises au niveau des ordonnances ont eu une certaine efficacité. Il ne s'agit naturellement pas là du fruit de la dissolution d'une partie des réserves puisqu'il s'agit des coûts qui ont été observés sur la base des factures en possession des compagnies d'assurance-maladie.

Une politique menée par le biais de la modification d'ordonnances a une certaine efficacité. Mais elle ne suffit pas. Il faut des réformes de fond et aujourd'hui, nous abordons une telle réforme. En parallèle, le Conseil national discute le système de financement des hôpitaux. Malgré quelques inquiétudes au départ, il semble qu'une solution consensuelle entre les deux chambres est envisageable. On peut ainsi espérer qu'à la fin de l'année prochaine, deux réformes supplémentaires au moins seront sous toit: celle concernant le Managed Care et celle concernant le financement des hôpitaux.

Le financement selon le système du Managed Care: Monsieur Frick a dit qu'il n'allait pas faire la révolution avec ce système. J'aurais eu un certain plaisir à faire la révolution avec Monsieur Frick, mais je crois que, cette fois-ci encore, c'est manqué. Ce n'est pas une révolution, c'est une réforme: je ne suis pas sûr! Peut-être qu'à la fin, ce sera quand même une révolution, mais ce ne sera pas à cause du texte

de loi même; ce sera parce que les acteurs dans le champ d'activité de la santé auront eu le courage d'utiliser les moyens légaux à disposition pour offrir des systèmes de Managed Care innovateurs.

Finalement, Madame Saudan a raison de dire que vous êtes presque trop modestes quand vous évaluez le résultat des travaux de votre commission. Somme toute, ce n'est pas l'Etat qui va imposer un système et réussir à transformer les mentalités et les institutions de la santé. Tout ce qu'on peut faire, c'est donner des instruments à ceux qui veulent bien avancer et donner parfois des incitations supplémentaires. On en rediscutera lorsqu'il s'agira d'aborder les dispositions de détail de ce projet. Mais le cadre qui est proposé permet beaucoup de choses; encore faut-il qu'il soit utilisé.

Or, les expériences de ces dernières années étaient, il est vrai, plutôt décevantes. Un certain nombre d'assurances-maladie – on a cité la Swica, d'autres aussi – avaient fait des efforts importants pour propager le modèle du Managed Care. Et puis il y a eu le reflux; il y a eu le retrait de la vague et un certain nombre de compagnies d'assurance ont même renoncé à soutenir des systèmes de Managed Care ou de HMO. Pourquoi? Peut-être était-ce compliqué; dans ce cas, c'est la paresse qui les incitait à reculer. Mais je crois que c'était plus difficile que ça. Il y a eu une certaine indifférence de la part de la population et des assurés à l'égard de ces systèmes, parce qu'ils ne voyaient pas assez bien les avantages qu'ils pouvaient procurer, soit sous l'angle de l'amélioration de la qualité, soit sous l'angle de l'amélioration des primes à payer.

Il faut donc renverser cette tendance et je crois que l'atmosphère est propice à ce changement de direction. Tout le monde est conscient qu'il faut trouver de nouveaux modèles, qu'il faut innover, non seulement au niveau technologique – l'innovation au niveau technologique est relativement facile, aussi bien au niveau des médicaments que des appareils –, mais aussi au niveau des institutions. On a parlé des cercles de qualité. Aujourd'hui, c'est du côté des patients que l'on se tourne en proposant un système de Managed Care.

Madame Sommaruga a dit tout à l'heure qu'il n'y avait pas d'opposition entre les systèmes de Managed Care et les systèmes de «disease management». C'est juste. A l'intérieur d'un système de Managed Care, il y a naturellement du «disease management». Si ce n'est pas le cas, cela veut dire que l'on a loupé quelque chose. Si le Managed Care se résume à une structure qui ne donne pas d'impulsions différentes, à quoi sert-il? Toutes les formes possibles de Managed Care sont ouvertes. La modification la plus importante que votre commission a apportée au projet du Conseil fédéral, c'est que vous avez été plus larges, plus ouverts à tous les systèmes de Managed Care que ne l'était le Conseil fédéral dans son projet initial. Il était partisan d'un système de Managed Care très structuré, d'un système de modèle de soins avec responsabilité financière et réseaux intégrés. La commission a considéré que la limitation était trop importante, qu'il fallait laisser plus de liberté et ouvrir la définition du Managed Care.

Soit! Le Conseil fédéral, tout comme la commission, est pour le principe de la liberté contractuelle dans ce domaine et nous sommes d'accord que l'on ne puisse pas obliger les fournisseurs de soins à se regrouper en réseaux. En revanche, un assureur doit avoir la liberté de conclure un contrat avec un certain réseau, de même qu'il ne sera pas obligé de proposer un modèle spécifique de Managed Care aux assurés.

Si l'on avait été dans le sens de l'obligation, je crois que la crainte formulée d'aboutir à des réseaux alibis aurait été justifiée. Comme l'a dit Madame Heberlein, si l'on oblige les gens à faire des réseaux de santé sur l'ensemble de la Suisse, soit on n'y arrivera pas dans les régions périphériques, soit on en créera, mais ils n'auront pas d'efficacité. Or le système du Managed Care, ce n'est pas un remède miracle en soi; il ne suffit pas de mettre «Managed Care» sur l'enseigne de la maison qui abrite la centrale pour que les coûts soient abaissés. Il faut que les gens qui travaillent dans les systèmes de Managed Care, qui adhèrent à ce

système aient la volonté d'en tirer le maximum de profit, dans le meilleur sens du terme, pour que ça marche et pour qu'on obtienne les résultats économiques que l'on peut attendre.

C'est pour cela aussi, Monsieur Briner, que nous ne sommes pas d'accord qu'on rende obligatoire une forme de participation aux coûts qui favoriserait les systèmes de Managed Care. Car il y en a de mauvais; il y a des systèmes qui ne fonctionnent pas parce que les gens ne sont pas compétents ou pas motivés; ou ils ont fait une procédure alibi. Pourquoi alors donner une sorte de prime à ces systèmes? Si le système est bon, s'il est bien fait, il générera des baisses de coûts qui seront honorées par les assurances, qui verront que les gens qui ont une maladie chronique, ou une maladie lourde, et qui sont intégrés dans un système de Managed Care génèrent moins de coûts. Et finalement, il y aura là une récompense et la reconnaissance de ce qui a été réussi. Si par contre vous dites qu'il doit y avoir obligatoirement, dès que vous avez passé le porche du cabinet qui pratique selon le système du Managed Care, une participation aux coûts inférieure par rapport aux autres systèmes, alors vous incitez certains à baptiser «Managed Care» ce qui ne serait que la poursuite d'un système traditionnel sans incitation réelle à réduire les coûts.

Vous avez aussi introduit quelques modifications complémentaires, telles que la prolongation de la durée des contrats pour ceux qui adhèrent à des systèmes de Managed Care dans lesquels il y a une réduction des primes. Je crois que c'est juste: il faut éviter qu'il y ait, d'un côté, une sélection des risques ou, de l'autre côté, que certains ne participent que dans la mesure où ils ont un intérêt immédiat et qu'ils changent de caisse et de forme de contrat d'assurance dès qu'il y a un problème.

Finalement, les modifications que vous avez apportées nous paraissent acceptables. C'est un résultat acceptable. Nous ne l'acceptons donc pas dans un esprit sceptique, mais en disant: «C'est un bon modèle, un bon projet législatif que vous avez préparé.» Mais un modèle législatif ne change rien sur le terrain s'il n'y a pas des assurances plus dynamiques que dans le passé, des médecins d'accord de jouer le jeu du Managed Care et qui ont l'ambition à travers ce système d'offrir une meilleure qualité à meilleur prix, et des patients qui prennent le risque de l'innovation dans l'intérêt de l'ensemble du système de santé.

Dernier point: je crois qu'il était juste de séparer le problème des médicaments du reste. Monsieur Brändli a remarqué que nous avons introduit une sorte de corps étranger, si l'on ose dire, puisqu'il s'agit d'une disposition législative permettant des projets pilotes de collaboration avec nos voisins au-delà des frontières. Il est vrai que c'est un petit peu un corps étranger, mais il ne valait pas la peine de faire un projet spécifique pour proposer cette modification légale. Nous l'avons fait ici et sans faire recours à des trésors d'imagination. On peut y trouver un lien et je vous remercie d'accepter de traiter aussi ce point relativement secondaire, mais qui doit trouver une solution si l'on veut pouvoir innover aussi dans d'autres secteurs du système de santé.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 18a

Antrag der Minderheit

(Frick, Forster, Schwaller)

Titel

Risikoausgleich

Abs. 5bis

Die in alternativen Versicherungsmodellen (Art. 41a) im Vergleich zu den übrigen Versicherten erzielten Kosteneinsparungen dürfen durch den Risikoausgleich gemäss Artikel 18a nicht an andere Versicherte umverteilt werden. Der Bundesrat legt in seinen Ausführungsbestimmungen fest, wie die von den Krankenversicherern nachzuweisenden Einsparungen den Versicherten in den alternativen Versicherungsmodellen im Rahmen des Risikoausgleichs gutgeschrieben werden. Die Versicherer müssen diese Entlastung im Risikoausgleich ihren Versicherten in den alternativen Versicherungsmodellen vollständig in Form einer Prämienverminderung und/oder durch eine Reduktion der Kostenbeteiligung weitergeben.

Art. 18a

Proposition de la minorité

(Frick, Forster, Schwaller)

Titre

Compensation des risques

Al. 5bis

La compensation des risques au sens de l'article 18a ne doit pas conduire à ce que les économies réalisées dans le cadre des modèles d'assurance alternatifs (art. 41a) soient réparties sur les autres assurés, autrement dit sur ceux qui ne sont pas assurés dans le cadre d'un tel modèle. Dans ses dispositions d'exécution, le Conseil fédéral fixe la manière dont les économies attestées par les assureurs-maladie sont créditées en faveur des assurés des modèles d'assurance alternatifs dans le cadre de la compensation des risques. Les assureurs font bénéficier leurs assurés des modèles d'assurance alternatifs de l'intégralité de cet allègement sous la forme d'une réduction de prime et/ou d'une réduction de la participation aux coûts.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Herr Präsident, ich möchte Sie bitten, dass wir Artikel 18a erst am Schluss der Vorlage behandeln, das heisst vor Ziffer II, Inkrafttreten. Es macht keinen grossen Sinn, bereits über den Risikoausgleich zu diskutieren, bevor wir wissen, wie die Vorlage aussieht. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind, Herr Präsident.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Sie sind damit einverstanden, dass wir Artikel 18a erst vor Ziffer II behandeln.

Verschoben – Renvoyé

Art. 19

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2bis

Streichen

Art. 19

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2bis

Biffer

Art. 20 Abs. 1

Antrag der Kommission
Unverändert

Art. 20 al. 1

Proposition de la commission
Inchangé

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zu Artikel 19 Absatz 1 habe ich keine Bemerkungen. Wir schliessen uns hier dem Bundesrat an.

Artikel 19 Absatz 2bis soll gestrichen werden. Ich möchte diesen Antrag und den Antrag zu Artikel 20 Absatz 1 gemeinsam begründen, weil sie zusammenhängen. Die Kommission vertritt die Meinung, dass es nicht sinnvoll ist, die Stiftung für Gesundheit mit einer zusätzlichen Aufgabe zu betrauen. Die Stiftung hat gemäss Kommission weder das Know-how noch die nötige Nähe zu den Beteiligten, um tatsächlich etwas Verlässliches in die Wege zu leiten. Zudem müsste wegen der neuen Aufgabe der Bereich Prävention gekürzt werden, und das ist nach Meinung der Kommission nicht zu verantworten. Es ist Sache der Versicherer, die Managed-Care-Modelle zu fördern und dafür besorgt zu sein, dass die Versicherten in diese Modelle eintreten.

Deshalb hat die Kommission einstimmig entschieden, es bei Artikel 19 Absatz 2bis und Artikel 20 Absatz 1 beim bisherigen Recht zu belassen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le Conseil fédéral aurait naturellement préféré qu'on le suive, mais, devant une décision prise à l'unanimité, il se réserve le droit de tenter de convaincre la seconde chambre de la qualité de son projet.

Angenommen – Adopté

Art. 34 Abs. 3

Antrag der Kommission

Der Bundesrat kann im Rahmen von zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Kostenübernahme von Leistungen im Ausland vorsehen. Er strebt mit dem betreffenden ausländischen Staat ein Gegenrecht an.

Antrag Brunner Christiane

.... im Ausland vorsehen, sofern damit die Grundversorgung einer Region qualitativ verbessert wird. Er strebt mit dem

Art. 34 al. 3

Proposition de la commission

Le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge des prestations fournies à l'étranger dans le cadre de projets pilotes limités dans le temps. Il vise à convenir de la réciprocité avec l'Etat concerné.

Proposition Brunner Christiane

.... limités dans le temps et s'ils entraînent une amélioration qualitative de l'approvisionnement de base d'une région. Il vise à convenir

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Diese Gesetzesbestimmung hat keinen direkten Bezug zur Vorlage zu Managed Care. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung unterliegt in der Schweiz dem Territorialitätsprinzip. Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen vorsehen und bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden.

Die strenge Anwendung des Territorialitätsprinzips wird durch die Entwicklung in den europäischen Ländern und in der Schweiz immer mehr infrage gestellt. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat den neuen Artikel 36a KVV erlassen. Gestützt auf diese Bestimmung kann das EDI Pilotprojekte für die Kostenübernahme von Leistungen im Ausland bewilligen, die von einem oder mehreren Kantonen und von einem oder mehreren Krankenversicherern gemeinsam eingereicht worden sind.

Pilotprojekte, die in Abweichung vom Territorialitätsprinzip eine Kostenübernahme des Versicherers für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden, müssen vom Departement bewilligt werden. Dabei sind strenge Kriterien betreffend die Teilnahme zu erfüllen. Die Dauer der Pilotprojekte auf Verordnungsstufe ist bis zum 31. Dezember 2009 befristet. Die Projekte sollen dazu beitragen, Grundlagen für den Entscheid, inwieweit das Territorialitätsprinzip in der Krankenversicherung definitiv gelockert werden soll, zu liefern.

Mit dieser Revision soll nun die gesetzliche Grundlage geschaffen werden, dass der Bundesrat eine Kostenübernahme von Leistungen im Ausland im Rahmen zeitlich befristeter Pilotprojekte vorsehen kann. Die Kommission vertritt zudem mit 5 zu 1 Stimmen bei 4 Enthaltungen die Meinung, dass der Bundesrat ein Gegenrecht anstreben soll. Das sehen Sie in Absatz 3.

Brunner Christiane (S, GE): Je n'ai pas pu participer à tous les débats de la commission et c'est la raison pour laquelle j'interviens ici avec une proposition individuelle.

Le Conseil fédéral nous a proposé un vilain petit canard dans le projet de loi sur le Managed Care pour justifier ses modifications dans l'ordonnance. J'ai lu que la discussion en commission avait surtout porté sur la question de la réciprocité. Je suis d'avis que le Conseil fédéral doit définir un cadre pour les projets pilotes. Une limitation dans le temps est prévue. Je pense qu'un critère déterminant devrait être l'amélioration qualitative de l'approvisionnement de base d'une région. On ne peut pas faire un projet pilote parce qu'on a envie d'en faire un, pour voir ce qui se passe. Il faut avoir des critères qui permettent d'évaluer ce que le projet apporte qualitativement à l'approvisionnement de base d'une région.

Le Conseil fédéral devrait fixer ce genre de critères dans la loi, ceci d'autant plus que les cantons ne sont pas enthousiastes quant à cette nouvelle formulation. On leur demande d'assurer l'approvisionnement de base et on ouvre en même temps la possibilité d'aller à l'étranger et de faire des expériences. Cela est contradictoire; il faut considérer une région dans sa totalité.

Le critère que ma proposition prévoit augmenterait la qualité des soins pour la population. On saurait pour quelles raisons le Conseil fédéral prévoit un projet pilote dans une région déterminée.

Je vous invite à adopter ma proposition, même si je n'ai pas la déposer en commission et qu'elle n'a pas pu en débatre.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wir hatten diesen Antrag in der Kommission nicht vorliegen. Wir haben, wie Frau Brunner bereits erwähnt hat, in erster Linie über die Reziprozität gesprochen. Wir sind zudem davon ausgegangen, dass betreffend die Teilnahme an den Projekten eben strenge Kriterien erfüllt sein müssen. Ich gehe deshalb davon aus, dass bei den Kriterien auch die gute Qualität vorgehend sein muss. Ich habe Mühe, wenn es heisst: «sofern damit die Grundversorgung einer Region qualitativ verbessert wird». Zum Ersten heisst das, dass die Grundversorgung qualitativ nicht so gut ist wie die Behandlungen im Ausland. Dann noch ein Zweites: Es handelt sich hier um Pilotprojekte, und es scheint mir schade, wenn man jetzt solche Einschränkungen macht. Ich gehe davon aus, dass das eben eines der Kriterien ist, wenn der Bundesrat das überhaupt bewilligt, dass dann eben die Qualität gegeben ist. Aus meiner Sicht – aber das ist meine persönliche Meinung – ist es nicht zwingend notwendig, dass wir hier diesen Einschub machen.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich möchte Folgendes vorausschicken: Sie wissen, dass ich damals an diesem «Versuchsartikel» beziehungsweise der Verordnung des Bundesrates keine grosse Freude hatte. Aus der Sicht des Vertreters eines Grenzkantons, der seine Spitalversorgung immerhin planen muss – dann kommt hau ruck plötzlich das Aus-

land dazu –, habe ich meine Fragezeichen hier im Rat schon mehrfach geäussert. Ich müsste deshalb am Antrag Brunner Christiane eigentlich Freude haben, denn er dürfte diese Versuche noch enorm weiter einschränken. Ich kann ihn aber etwas wenig werten; deshalb stelle ich diese Frage zu den Einwänden der Kommissionspräsidentin.

Frau Brunner spricht hier von «Grundversorgung». Das ist ein Begriff, der im Gesundheitswesen besetzt ist. Bedeutet das tatsächlich die Einschränkung auf die reine Grundversorgung? Gehört dann beispielsweise die erweiterte Grundversorgung im Angebot auch noch dazu? Wie steht es mit allem, was über die eigentliche Grundversorgung hinausgeht? Wird das dann ausgeschlossen? Geht es hier tatsächlich nur um die Grundversorgung? Etwas einfach ausgedrückt: Geht es lediglich um die Operation des Blinddarms? Ist alles, was höhere Medizin ist, was über die eigentliche Grundversorgung einer Region hinausgeht, ausgeschlossen? Wenn das Zweite der Fall sein sollte, dann mache ich ein grosses Fragezeichen, weil sich in meinen Augen solche Pilotprojekte wahrscheinlich nicht auf den Blinddarm beziehen, wenn sie etwas bringen sollen, sondern auf Spezialitätsversorgung ausgerichtet sein müssen.

David Eugen (C, SG): Ich sehe in dieser Bestimmung eine Chance, insbesondere für die hochspezialisierten Schweizer Spitäler in den Grenzregionen. Für mich zum Beispiel sind Basel, aber auch Genf hier klar angesprochen und haben damit eine grosse Chance, eigentlich auch das Hinterland im umliegenden Ausland für ihre Leistungen zu gewinnen, weil das Hinterland in der Schweiz ja begrenzt ist. Das bedeutet aber, dass man mit den Gesundheits- und Versorgungsstrukturen des Auslandes zusammenarbeiten muss. Ich sehe in dieser Bestimmung – und ich hoffe, dass sie der Bundesrat dann auch so umsetzt –, dass man diese Chance eröffnet. Ich bin sowieso der Meinung, dass wir in der Schweiz sehr gute Infrastrukturen und hohe Qualität haben. Wir sollten uns einmal damit befassen, dass diese Strukturen eben auch für weitere Patientenkreise als nur für die schweizerische Bevölkerung eingesetzt werden können. Das würde natürlich auch arbeitsrelevant für die Schweiz. Wenn zum Beispiel das Unispital Basel mehr für die Region Schwarzwald eingesetzt werden kann, als das heute der Fall ist, müssten wir nicht so sehr darüber diskutieren, ob wir jetzt in der Spitzenmedizin zu viele Kapazitäten haben. Dann findet dieses Spital seine Rechtfertigung mit der zusätzlichen Bevölkerung, die eben dann in dieses Spital gehen kann. Diese Bestimmung ermöglicht das, aber sie bedingt natürlich, dass man über die Grenze hinweg mit den Gesundheitsstrukturen des Nachbarlandes Vereinbarungen treffen kann.

Was diese Bestimmung meines Erachtens nicht anvisiert und was durch das geltende Recht vorgegeben ist, ist die sogenannte passive Dienstleistungsfreiheit. Diese passive Dienstleistungsfreiheit bedeutet, dass ein schweizerischer Patient das Recht hat, sich im Ausland behandeln zu lassen. Sie ergibt sich aus den bilateralen Verträgen; darüber sind ja auch Justizverfahren im Gange. Man muss vielleicht abwarten, wie diese Justizverfahren herauskommen. Die bis jetzt vorhandenen Urteile stützen die Rechte der Schweizer Patienten, diese passive Dienstleistungsfreiheit auch in Anspruch zu nehmen.

Brunner Christiane (S, GE): J'aimerais juste répondre à la question qui m'a été posée par Monsieur Stähelin. Bien sûr, il ne s'agit pas seulement d'opérations en cas d'appendicite. La «Grundversorgung» englobe toutes les prestations de base qui sont prises en charge par l'assurance de base et n'exclut pas du tout les spécialisations, comme par exemple l'oncologie ou d'autres spécialisations. Pour moi, la «Grundversorgung» – c'est dans ce sens qu'elle a été traitée dans la loi – a pour fins de faire bénéficier avec une qualité optimale chaque personne qui habite dans une région de tous les soins qui sont pris en charge par l'assurance de base. Ma réponse est claire: ma proposition n'est pas réductrice. Le Conseil fédéral ne peut pas, à mon avis, faire autrement

que d'envisager ce critère-là et je me réjouis d'entendre s'il le fera ou non. J'aimerais juste vous rendre attentifs, sur la base des déclarations de Monsieur David, au fait que maintenant on impose l'obligation, dans l'assurance de base, de prendre en charge les prestations fournies à l'étranger. Viser la réciprocité, c'est très bien, mais enfin, on n'en est pas encore au point où l'on encourage les Allemands ou les Français à venir se faire soigner chez nous. C'est une question que l'on ne règle pas maintenant dans cette disposition, même si on demande au Conseil fédéral d'essayer de viser la réciprocité.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich möchte hier nicht zu einer Kommissionssitzung überleiten, aber ich bitte Sie einfach zu beachten, dass das, was Frau Kollegin Brunner jetzt ausgeführt hat, eigentlich den Begriff der Grundversicherung umschreibt. Bei der Grundversorgung geht es um etwas anderes. Zu dem, was ich von Herrn David in Bezug auf die Spezialmedizin gehört habe: Das ist dann eben gerade nicht Bestandteil der Grundversorgung; das muss man auseinanderhalten.

Ich sage es noch einmal: Ich wäre froh, wenn sich Herr Bundesrat Couchepin dazu noch äussern könnte.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Parmi les critiques que j'ai entendues au sujet du financement des hôpitaux et du problème de la planification cantonale, il y en a une récurrente qui dit que la planification au niveau d'un canton est devenue trop limitée. C'est ce que nous essayons de contrecarrer avec l'introduction du principe du «Cassis de Dijon» dans le projet de financement des hôpitaux. Je crois que sur ce point, tout le monde est d'accord de dire qu'il faut voir un peu plus loin que les frontières cantonales. Mais il y a des régions, on l'a dit, comme Bâle, Genève, le lac de Constance, le Tessin ou l'extrémité des Grisons, qui sont tout naturellement en contact quotidien avec des régions étrangères voisines. Elles pourraient alors améliorer les synergies entre elles, faire parfois même des répartitions dans l'intérêt de l'approvisionnement de base ou dans l'intérêt d'une médecine plus pointue, faire des répartitions des compétences entre des sites qui sont à quelques kilomètres plutôt qu'avoir recours à des services disponibles dans des endroits très éloignés.

On n'en est pas encore à l'ouverture des frontières. Le cas évoqué par Monsieur David, selon lequel une assurance qui lui est proche prétend que l'Accord sur la libre circulation des personnes garantit à chaque citoyen le droit de se faire traiter à l'étranger, est un problème qui reste ouvert, puisque, sauf erreur, il est actuellement devant le Tribunal fédéral, qui tranchera. S'il aboutit à la conclusion que souhaite Helsana, cela va provoquer un bouleversement assez important dans tout le système suisse, mais on en est encore loin. Et je ne veux pas préjuger de la décision du Tribunal fédéral.

Ici, il s'agit de donner une base légale à la possibilité de faire des essais pilotes. Le plus prometteur est celui qui est en cours actuellement à Bâle. Avec l'ensemble de la région, l'hôpital de Bâle essaie de trouver un accord, de telle sorte que les cas les plus difficiles viennent se faire traiter dans ses locaux, ce qui permet une meilleure occupation de l'hôpital, une réduction des coûts avec la masse et une amélioration qualitative. Mais il est probable que les régions voisines, qui ont aussi leurs autorités provinciales, n'accepteront pas sans autre des flux qui ne vont que dans un seul sens. Peut-être que les Bâlois – je ne connais pas le détail de leurs discussions – accepteront en contrepartie d'ouvrir à des patients suisses tel ou tel traitement à Lörrach, en Allemagne ou en France voisine. Pour l'instant, c'est l'Allemagne. Ce n'est pas impossible.

Dans cet esprit, il y aurait une sorte de planification régionale qui dépasserait un peu les frontières. Dans ce cas, il n'y a pas seulement une amélioration qualitative du traitement, mais l'ensemble du système marche mieux. Alors, on peut dire que c'est une amélioration qualitative de l'approvisionnement de base. Il s'agit de baptiser cela ainsi, mais c'est

peut-être aussi une amélioration économique, parce qu'on a un gain d'efficience.

Pour ma part, je souhaite que vous en restiez à la proposition de la majorité de la commission, non pas que les préoccupations qualitatives de Madame Brunner soient dénuées de sens – le critère qualitatif est bien sûr important –, mais celui-ci ne doit pas être exclusif. Il peut arriver à l'occasion que le projet pilote tienne compte aussi d'éléments économiques qui ne s'opposent pas à l'aspect qualitatif, mais qui peuvent être prioritaires dans certaines circonstances par rapport à lui. Réduire la question exclusivement à l'aspect qualitatif, c'est nous obliger à faire des «expertises» pour autoriser un essai pilote qui doit démontrer ce que l'on ne souhaite pas démontrer, parce que parfois le premier but n'est pas une amélioration qualitative – il ne faut pas qu'il y ait une réduction de la qualité –, mais l'efficience, l'efficacité et certaines synergies dans la région.

Par définition, un projet pilote va étouffer si vous l'enfermez dans un corset trop étroit. Dans une disposition qui autorise des projets pilotes, il faut avoir une certaine largeur de vue et une définition souple. Il sera toujours temps, lorsqu'on aura tiré des conclusions du projet pilote, de fixer une règle définitive qui, elle, tiendra compte des souhaits évoqués par Madame Brunner.

En conclusion, je suis convaincu que ce qu'elle dit est pris en compte, mais que c'est trop restrictif pour un projet pilote. C'est la raison pour laquelle je souhaiterais que, emportée par son bon sens traditionnel, elle retire sa proposition.

Brunner Christiane (S, GE): Mon bon sens traditionnel m'amène à retirer ma proposition. Ce n'est pas seulement le bon sens, mais c'est aussi parce que le Conseil fédéral a dit que la prise en compte du critère que je propose d'introduire allait de soi.

Dans ma proposition, j'aurais dû ajouter «notamment». Je n'ai pas pris garde au caractère exclusif de ce critère. Dans la mesure où le Conseil fédéral a dit quels sont les critères qu'on doit prendre en considération – mais on ne prendra pas exclusivement celui-là –, je peux retirer ma proposition.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Der Antrag Brunner Christiane ist zurückgezogen worden.

*Angenommen gemäss Antrag der Kommission
Adopté selon la proposition de la commission*

Art. 41 Abs. 4; Gliederungstitel vor Art. 41a; 2a. Abschnitt Titel

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 41 al. 4; titre précédant l'art. 41a; section 2a titre

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 41a

Antrag der Mehrheit

Titel

Managed Care

Abs. 1

Die Versicherten können ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, mit denen ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen hat (Managed Care). Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

Abs. 1bis

Die Verträge nach Absatz 1 regeln insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar.

Abs. 2

Streichen

Abs. 3

Streichen (siehe Art. 41b Abs. 1)

Abs. 4

Die Verträge können im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorsehen, sofern die Leistungserbringer im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten übernehmen.

Abs. 5

Der Bundesrat kann Anforderungen an die Modelle festlegen, um die notwendige Qualität sicherzustellen.

Antrag der Minderheit

(Sommaruga Simonetta, Ory, Forster)

Abs. 1ter

Die in Managed-Care-Modellen zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten. Diese umfasst:

- a. eine risikogerechte Pauschalvergütung (Capitation) pro eingeschriebenen Versicherten; oder
- b. eine Beteiligung am Jahresergebnis des Modells im Sinne einer Bonus-Malus-Regelung.

Art. 41a

Proposition de la majorité

Titre

Managed Care

Al. 1

L'assuré peut limiter son choix aux fournisseurs de prestations avec lesquels son assureur a conclu un contrat sur le traitement et sa conduite (Managed Care). Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

Al. 1bis

Les contrats au sens de l'alinéa 1 règlent notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations. L'article 46 n'est pas applicable à ces contrats.

Al. 2

Biffer

Al. 3

Biffer (voir art. 41b al. 1)

Al. 4

En dérogation à l'article 34 alinéa 1, les contrats peuvent prévoir, dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins des prestations autres que celles obligatoirement prises en charge selon la loi, si les fournisseurs de prestations assument, dans la mesure convenue par voie contractuelle, la responsabilité financière pour la couverture en soins médicaux des assurés qui y sont affiliés.

Al. 5

Afin de garantir la qualité nécessaire, le Conseil fédéral peut fixer des exigences concernant les modèles.

Proposition de la minorité

(Sommaruga Simonetta, Ory, Forster)

Al. 1ter

Les fournisseurs de prestations réunis au sein de modèles de soins intégrés assument la responsabilité financière, dans les limites convenues contractuellement, des soins médicaux prodigués à l'assuré pris en charge. Celle-ci comprend:

- a. soit une rémunération forfaitaire conforme au risque (capitation) par assuré;
- b. soit une participation au résultat annuel du modèle sous la forme d'un système de bonus/malus.

Titel, Abs. 1, 1bis – Titre, al. 1, 1bis

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Artikel 41a ersetzt Artikel 41 Absatz 4 des geltenden Rechtes.

Es geht hier um die besonderen Versicherungsformen. Die Absätze 1 und 2 des bundesrätlichen Entwurfes entsprechen dem aktuellen Absatz 4 von Artikel 41 KVG, welcher aufgehoben werden soll. Grundsätzlich ist es im KVG dem Versicherten freigestellt, welchen Leistungserbringer er wählen will. Die Versicherten können allerdings ihr Wahlrecht freiwillig auf Modelle oder auf Leistungserbringer, die der Versicherer auswählt, einschränken. Dies ist bereits im geltenden Recht so enthalten. Gemäss dem bundesrätlichen Entwurf soll es den Versicherern weiterhin freigestellt werden, welche Versorgungsmodelle über die Behandlung und deren Steuerung – eben: Managed Care – sie anbieten wollen. Es ist dem Versicherer auch freigestellt, ob er mit Prämienreduktionen oder mit Kostenbeteiligungen Anreize setzen will. Beim Eintreten haben wir bereits darüber gesprochen. Die Versicherten können aber ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer einschränken, die eine gesteuerte Behandlung anbieten. Allerdings kann der Versicherte ein besonderes Versicherungsmodell nur bei dem Versicherer in Anspruch nehmen, bei dem er versichert ist. Wenn er ein Versorgungsmodell eines anderen Versicherers wählen will, muss er den Versicherer wechseln. Der Bundesrat will mit dem Titel «Besondere Versicherungsformen» auf die spezielle Bedeutung dieser Modelle hinweisen.

Die Kommission stimmt im Grundsatz dem Bundesrat zu, möchte aber mit einer anderen Gliederung der Artikel und einigen Änderungen noch deutlicher machen, dass es insgesamt drei Player gibt, nämlich die Versicherer, die Versicherten und die Leistungserbringer. In der Formulierung der Kommission wird deutlich, dass es sich in diesem Absatz um zwei Verträge handelt: einerseits um den Vertrag zwischen dem Versicherer und dem Versicherten und andererseits um den Vertrag zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer. Der Versicherer schliesst mit den Leistungserbringern, die sich zu einem Netzwerk zusammenschliessen, autonom einen Vertrag ab. In diesem Bereich besteht also Vertragsfreiheit. Deshalb entfällt auch die Tarifgenehmigung der Kantone. Anschliessend bietet der Versicherer diese Versicherungsform mit einem Standardvertrag den Versicherten an. Es liegt im freien Ermessen des Versicherten, ob er eines der Modelle will oder nicht. Der Versicherte wird sich wiederum per Vertrag verpflichten, künftig für eine Behandlung das von ihm gewählte Managed-Care-Modell zu beanspruchen.

Dabei möchte ich noch einmal festhalten, dass es die verschiedensten Modelle von gesteuerten Behandlungen gibt. Ich wie auch viele Kolleginnen und Kollegen aus der Kommission haben beim Eintreten darauf hingewiesen. So können zwei bis drei Grundversorger gemeinsam ein Netz bilden und dann zusätzliche Leistungen bei den Spezialisten einkaufen. Es kann sich aber auch um hochintegrierte Netze handeln, in welchen die verschiedensten Ärzte zusammenarbeiten und fast die ganze Palette von Leistungen anbieten. Es wird neben den herkömmlichen Modellen auch Modelle geben, welche sich insbesondere an Chronischkranke richten. Sie sind unter dem Namen «Disease Management» bekannt. Kollege David hat beim Eintreten bereits darauf hingewiesen. In diesen Modellen werden eben ganz spezielle Krankheiten angesprochen: Es geht um Herzpatienten, Diabetiker usw. Kollege David hat auch darauf hingewiesen, dass vor allem bei diesen Disease-Management-Modellen Einsparpotenzial vorhanden ist. Dem ist so. Die Versicherer können also diese Modelle durchaus auch in unserem Modell anbieten. Sie können sich auch zusammenschliessen und gemeinsame Angebote erstellen, damit Personen, die hohe Kosten zulasten der Solidarität verursachen, eben besser gesteuert werden.

Alles in allem werden sich, so die Meinung der Kommission, letztlich diejenigen Modelle durchsetzen, die eine optimale Steuerung der Patientinnen und Patienten erreichen und damit für alle Beteiligten am meisten Nutzen bringen. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in Managed-Care-Modellen versichert, das heisst, der Leistungskatalog wird in den Modellen nicht eingeschränkt. Wenn das Netzwerk nicht alle

Pflichtleistungen selber anbietet, müssen die entsprechenden Leistungen eingekauft werden.

David Eugen (C, SG): Ich bin froh um die Ausführungen der Kommissionspräsidentin. Ich habe beim Eintreten gesagt, dass nach meiner Überzeugung vor allem Managed-Care-Modelle im Bereich des Disease Managements für Chronischkranke eine grosse Chance haben. Ich denke, dass der Artikel so, wie er jetzt formuliert ist, das auch ermöglicht.

Mir ist es noch wichtig, auf einen Punkt hinzuweisen: Der zweite Satz von Artikel 41a Absatz 1 in der Fassung der Kommission lautet: «Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.» Es wurde hier auch bewusst das Wort «versichert» gewählt. Das heisst, die Versicherung muss dafür geradestehen – das ist ganz selbstverständlich –, dass alle Grundversorgungsleistungen, die die obligatorische Krankenversicherung zur Verfügung stellt, auch erbracht werden, wenn ein Patient ein Netzwerk wählt. Es ist aber nicht eine Kondition, dass das Netzwerk alle diese Leistungen erbringen muss. Das Netzwerk kann sich auch, wenn das angezeigt ist, auf jene Leistungen beschränken, die es aus Qualitätsgründen am besten erbringen kann, für die es sich auch zusammengeschlossen hat.

In diesem Sinne können andere Pflichtleistungen, wie das jetzt auch die Frau Kommissionspräsidentin gesagt hat, ausserhalb des Netzwerks erbracht werden. Es ist natürlich auf jeden Fall Sache des Versicherers, auch diese Leistungen zu übernehmen und sie zu bezahlen. Sie müssen aber nicht im Netzwerk erbracht werden. Ich finde, das ist eine wesentliche Verbesserung gegenüber der heutigen Situation; man ging davon aus, dass alles über das Netzwerk geleistet werden müsse.

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

Abs. 1ter – Al. 1ter

Sommaruga Simonetta (S, BE): Wir haben in Absatz 1bis festgelegt, was in einem Managed-Care-Vertrag zwischen einem Versicherer und den Leistungserbringern geregelt werden muss. Ich möchte Ihnen mit der Minderheit beantragen, dass solche Verträge eben auch eine finanzielle Mitverantwortung der Leistungserbringenden regeln. Ich weiss, dass dieses Thema bei den Leistungserbringern umstritten ist, und ich bin mir bewusst, dass vor allem jene Generation von Ärzten, die schon jahre- und jahrzehntelang im Beruf ist, vor jeder Form von finanzieller Verantwortung zurückschreckt. Diese Ärzte befürchten, dass ihr Verhältnis zum Patienten leidet, wenn sie bei einer Behandlung auch noch ans Geld denken müssen. Ich weiss auch, dass in der Ausbildung von Ärzten die Auseinandersetzung mit den wirtschaftlichen Aspekten ihrer Tätigkeit bis heute weitgehend fehlt und auch weitgehend tabuisiert ist.

Ich habe Verständnis dafür, dass Ärzte Angst davor haben, sich auch noch mit den finanziellen Folgen von medizinischen Entscheidungen auseinandersetzen zu müssen; hingegen finde ich es völlig verfehlt, wenn man davon ausgeht, dass eine Behandlung automatisch schlechter wird, weil ein Arzt auch darüber nachdenkt, welche Kostenfolgen mit einem Entscheid verbunden sind, und sich mit dem Patienten darüber unterhält. Es ist nicht so, dass die teuerste Behandlung immer die beste ist. Es ist auch nicht so, dass das teuerste Medikament immer das beste ist. Es gibt zwar Kreise, die daran interessiert sind, dass wir das weiterhin glauben, aber es stimmt nicht.

Da mir aber wie gesagt bekannt ist, wie vehement sich gewisse Ärzte gegen jede Form von finanzieller Mitverantwortung wehren, habe ich meinen Minderheitsantrag sehr vorsichtig und offen formuliert. Der Vertrag zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringenden soll den Umfang der finanziellen Verantwortung der Leistungserbringenden regeln. Es kann also eine sehr kleine Verantwortung sein, aber auch bis hin zur vollumfänglichen Budgetverantwortung gehen. Auch für die Art und Weise, wie die

Leistungserbringer finanzielle Verantwortung mittragen sollen, sind verschiedenste Modelle möglich; gerade eine Bonus-Malus-Regelung lässt für die Verhandlungen sehr viel Spielraum offen.

Ich habe Verständnis für die Haltung der Mehrheit, wenn sie sagt, dass wir mit dieser Vorgabe die Leistungserbringer unnötigerweise gegen Managed Care aufbringen, weil sie sich eben gegen jede Form der finanziellen Mitverantwortung wehren werden. Wir können diesen Minderheitsantrag auch weglassen und es den Versicherern und Leistungserbringern überlassen, ob sie eine solche finanzielle Verantwortung regeln wollen oder nicht. Es ist aber eine Tatsache – das zeigen sämtliche Studien über bisherige Managed-Care-Modelle –, dass nur in jenen Ärztenetzen nebst der Qualitätssteigerung auch eine gewisse Effizienzverbesserung eintritt, wo sich die Leistungserbringer eben auch mit den Kosten, die sie durch ihre Behandlung auslösen, auseinandersetzen müssen. Wenn man sich vor Augen führt, dass 80 bis 90 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen von den Hausärzten wesentlich beeinflusst werden, bin ich halt doch der Meinung, dass sich auch diese mit den Kostenfolgen auseinandersetzen sollten.

Dass das Arzt-Patienten-Verhältnis gestört wird, nur weil die beiden auch darüber reden, welche Kosten mit welcher Behandlung verbunden sind, kann ich übrigens nicht nachvollziehen, im Gegenteil: Empowerment, also die Befähigung des Patienten, einen informierten Entscheid zu treffen, beinhaltet doch, dass er über die verschiedenen Aspekte informiert ist, und dazu gehören eben auch die Kosten.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen. Ich traue den Leistungserbringern zu, dass sie fähig sind, nebst den medizinischen auch wirtschaftliche Überlegungen anzustellen; das tun sie übrigens auch, wenn es um ihr Einkommen geht. Ausserdem sollten wir damit aufhören, die Patienten zu bevormunden, indem wir ihnen nicht einmal die Möglichkeit geben, sich auch mit den wirtschaftlichen Aspekten ihrer Behandlung auseinanderzusetzen.

Heberlein Trix (RL, ZH): Ich möchte Ihnen beantragen, hier der Mehrheit zuzustimmen.

Dass die Übernahme einer finanziellen Verantwortung durch die Anbieter für die medizinische Versorgung wünschenswert ist, darüber waren wir uns in der Kommission, glaube ich, alle einig, auch diejenigen, die heute den Minderheitsantrag nicht unterstützen. Einsparungen werden am ehesten dann gemacht, wenn sie auch ans eigene Portemonnaie gehen; ich glaube, das ist eine Binsenwahrheit. Aber wir dürfen auch nicht voraussetzen, dass sämtliche Ärzte, die sich nicht an einem Managed-Care-Modell mit finanzieller Verantwortung beteiligen, nicht kostengünstig arbeiten, nicht echte Managed Care betreiben. Ich glaube, das wäre auch eine ungerechte Voraussetzung, denn es gibt heute Ärztenetze, die gut funktionieren, die aber keine finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Es sind ja, ich habe dies im Eingangsreferat bereits erwähnt, nur gerade zwei Prozent der Organisationen, welche dies machen.

Auch wir von der FDP haben es immer – und das bereits in einem Grundsatzpapier von 2002 – als wünschenswert erachtet, dass diese finanzielle Beteiligung Platz greifen kann, aber ich denke, der Schritt zum Obligatorium ist doch recht gross. Die einzige Begründung bestünde darin: Wenn bei Artikel 64 der Minderheit zugestimmt würde, hätten wir mindestens eine klare Voraussetzung für die Managed-Care-Modelle. Wenn wir einfach generell eine obligatorische Reduktion des Selbstbehaltes von 20 auf 10 Prozent machen, müssen für mich die Voraussetzungen dafür, was ein Managed-Care-Modell ist, ganz klar sein. Denn nicht jeder, der irgendwo bei einem Callcenter oder wo auch immer mitmacht, kann diese Reduktion dann erhalten. Das wäre beim Antrag der Minderheit aber der Fall.

Ich denke daher, dass man sich diese Fragen und die Zusammenhänge dieser beiden Artikel nochmals gut überlegen muss, dass man hier jetzt aber eine Gangart einschlägt, die den Entwicklungen Rechnung tragen kann. Ich denke, und ich möchte dies nochmals betonen, dass es weitgehend

in der Verantwortung der Versicherungen und der Leistungsanbieter liegt – diese müssen ihre Verantwortung für alle Beteiligten jetzt wahrnehmen –, dass hier sinnvolle Angebote gemacht werden, aber nicht mit einem Obligatorium der finanziellen Beteiligung.

David Eugen (C, SG): Der erste Satz, den Frau Sommaruga in ihrem Antrag vorschlägt, macht durchaus Sinn; er ist für mich aber selbstverständlich. Ein Problem bildet der zweite Teil, wo sie ganz bestimmte Vergütungssysteme per Gesetz vorschreibt. Das ist, finde ich, nicht sachgerecht, denn das Vergütungssystem ergibt sich daraus, wie das Preis-Leistungs-Verhältnis mit diesem Netzwerk festgelegt werden kann, und da spielt die Qualität eine immense Rolle. Wenn Netzwerke also eine hohe Qualität leisten, dann können sie unter Umständen auch teuer sein, aber sie sind eben wegen einer besseren Qualität immer noch viel effizienter. Also muss man im konkreten Einzelfall die Regelung mit dem Netzwerk treffen, man muss die Freiheit für Vergütungssysteme haben, die wir jetzt nicht voraussehen können.

Es wäre daher nicht zweckmässig, einfach zwei Vergütungssysteme ins Gesetz zu schreiben und zu sagen: Diese zwei muss man umsetzen, etwas anderes gibt es nicht. Ich finde, wir können uns auf Artikel 43 des KVG stützen; wir haben das ja auch in der Kommission intensiv diskutiert. Dort wurde, auch vom Bundesrat, klar zum Ausdruck gebracht, dass dieser Artikel die Freiheit bietet, alle möglichen Vergütungssysteme zu wählen; sie müssen einfach sachgerecht sein. Das ist für mich der richtige Weg – und nicht eine gesetzgeberische Vorschrift für ganz bestimmte Vergütungssysteme, die in einzelnen Fällen, aber sicher nicht in den meisten, richtig sein können.

Ich bitte Sie also, hier auch der Mehrheit zu folgen.

Pfisterer Thomas (RL, AG): Als Nichtkommissionsmitglied masse ich mir ohnehin nicht an, hier etwas zu verstehen. Aber jetzt bin ich mehr oder weniger vollständig verunsichert: Wäre es nicht sinnvoll, der Mehrheit und der Minderheit zuzustimmen? Ich erlaube mir, diese Frage wenigstens zu stellen.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Frau Forster, es ist an Ihnen, die Mehrheit zu vertreten, obwohl Sie in der Minderheit sind.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Es wurde bereits sehr viel seitens der Mehrheit dargelegt. Ich möchte als Kommissionspräsidentin nur noch einmal klar auf die Gründe hinweisen, die in der Kommission dargelegt wurden, das heisst die Gründe dafür, weshalb es eben nicht zwingend ist, dass die Budgetmitverantwortung vorgeschrieben wird. Es entspricht dem Ziel der Kommission, möglichst offen zu sein und keine Vorgaben zu machen. Es können ja durchaus Modelle vereinbart werden, welche eine Capitation-Regelung oder eine Beteiligung am Jahresergebnis im Sinne einer Bonus-Malus-Regelung beinhalten. Es soll aber keine generelle Bestimmung aufgenommen werden. Diese Modelle sind denkbar, und beim Eintreten wurde – ich glaube von Ihnen, Herr Stähelin – auch erwähnt, dass man dann in zwei, drei Jahren, wenn offensichtlich wird, dass das Anliegen Managed Care eben doch zwingend Anreize braucht, diese dannzumal noch aufnehmen kann.

Herr Präsident, Sie gestatten, dass ich jetzt als Unterzeichnerin der Minderheit doch noch ganz kurz einige Worte sage. Ich habe mich sehr wohl in die ganze Thematik eingearbeitet und bin zur Überzeugung gelangt, dass wir Anreize setzen müssen, denn diese Netze wurden bis dato eben viel zu wenig genutzt. Ich gehe davon aus, dass das zum grossen Teil daran liegt, dass die Anreize nicht wirklich gesetzt sind. Deshalb habe ich mich auch dem Minderheitsantrag Sommaruga Simonetta angeschlossen.

Herr Pfisterer, auf die Frage von Ihnen, ob es nicht sinnvoll wäre, sowohl der Mehrheit als auch der Minderheit zuzustimmen, Folgendes: Nach meiner Meinung ist das nicht möglich; denn die Mehrheit will alles offen lassen, also den

Versicherern die Möglichkeit geben, auch solche Modelle anzubieten, während die Minderheit klar der Meinung ist, dass in diesen Modellen eine risikogerechte Pauschalvergütung oder eine Beteiligung am Jahresergebnis im Sinne einer Bonus-Malus-Regelung zwingend sein muss. Deshalb schliessen sich die beiden Möglichkeiten aus. Man kann nicht beiden zustimmen; entweder geht man in die eine Richtung oder in die andere.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Dans la révision de la loi qui a été repoussée par les chambres à fin 2003, l'idée était d'obliger toutes les compagnies d'assurance à offrir des modèles de Managed Care sur l'ensemble du pays. C'était un des éléments qui a été critiqué. Ce n'est pas pour cela seulement que cette loi a été repoussée, mais cela en était une des raisons, notamment parce qu'on avait l'impression qu'on allait faire des systèmes de Managed Care alibis pour être en conformité avec la loi. Dans certaines régions, il aurait fallu «monter» des systèmes qui étaient très difficiles à justifier du point de vue de l'efficacité.

La commission a pris l'exact contre-pied de cette volonté unificatrice qui s'était manifestée dans le passé, en laissant le plus de liberté possible dans l'organisation du système du Managed Care.

Madame Sommaruga et les cosignataires de sa proposition de minorité viennent nous proposer une définition particulière d'un modèle de Managed Care avec des critères précis. Je crois que même si le système de Managed Care qu'elles proposent est un système possible parmi d'autres, cela ne doit pas être un système exclusif. Cela ne correspond pas à la philosophie de la commission qui a voulu laisser la plus grande liberté possible.

Tout à l'heure, Monsieur Frick parlait de révolution; il faut évoquer ici Mao: «Que cent fleurs s'épanouissent!» Les cent fleurs sont les multiples possibilités d'organiser le système du Managed Care qui ne vont pas manquer de fleurir grâce à l'enthousiasme des responsables de caisses ici présents et de ceux à qui ils porteront le message à l'extérieur de cette enceinte. Du moins je l'espère!

J'ai de la sympathie pour l'idée qu'il puisse y avoir des systèmes de Managed Care comme celui proposé par Madame Sommaruga, mais je ne crois pas que cela doive être exclusif. C'est la raison pour laquelle il faut en rester, suivant l'axe de vos autres décisions, à la solution de la majorité.

Madame Forster, vous avez manifesté presque un peu de désespoir en disant: «Finalement, qu'est-ce que je peux faire pour que les gens soient incités à rejoindre un système de Managed Care?» On a le sentiment que vous n'avez pas une conviction absolue, mais que vous vous dites: «Au moins cela.» Je ne crois pas qu'il faille céder au désespoir; il faut faire confiance aux gens qui vont utiliser cette loi et se dire que dans trois, quatre ou cinq ans, on reviendra une fois – expérience faite – avec des propositions non pas plus coercitives, mais plus impératives que dans le système actuel.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 13 Stimmen
Dagegen 19 Stimmen

Abs. 2–5 – Al. 2–5

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Absatz 4 wird festgehalten, dass im Rahmen dieser Modelle Mehrleistungen erbracht werden können, die über das Leistungsspektrum der Grundversicherung hinausgehen. So kann z. B. in diesen Modellen Komplementärmedizin oder können andere Leistungen zugelassen werden, dies aber lediglich dann – es ist sehr wichtig, das zu betonen –, wenn die Leistungserbringer im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten übernehmen, d. h., dass die Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer vertraglich vorgesehen ist. Nur so wird sichergestellt, dass es zu keiner Erweiterung des Leistungskataloges kommt. Das

Ausmass der Vergütung der Leistungen ist Gegenstand des Leistungskataloges.

Stähelin Philipp (C, TG): Erlauben Sie mir eine kurze Bemerkung zu dieser Bestimmung. Sie haben gehört, dass die Verträge nach dieser Bestimmung auch über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen zulasten der Grundversicherung, der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, vorsehen können. Das ist eine etwas gefährliche Entwicklung, trotz des zweiten Satzteils, der hier wieder eine Einschränkung bringt. Trotzdem werden die Grenzen zwischen der Grundversicherung und der Zusatzversicherung aufgeweicht. Das birgt gewisse Gefahren. Für die Versicherten wird das kaum erkennbar sein. Heikler ist aber der andere Punkt, dass natürlich auch Probleme bei der Aufsicht entstehen. Es sind zwei unterschiedliche Departemente, es sind zwei unterschiedliche Gesetzeswerke damit befasst. Ich stelle selbstverständlich keinen Antrag, aber ich bitte den Bundesrat, der Entwicklung hier besondere Aufmerksamkeit zu schenken und nötigenfalls rechtzeitig einzugreifen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je remercie Monsieur Stähelin de son intervention. Je crois qu'en effet, il soulève un problème qui est réel parce que, finalement, les offres de Managed Care qui seront faites dans les différentes régions ne seront pas multiples. Si un système de Managed Care qui contrôle – si on peut utiliser cette expression – une région n'offre que des contrats avec des prestations en plus de l'assurance de base, on risque d'avoir un effroyable résultat: on court le risque que l'assuré normal, qui ne veut rien d'autre que des prestations de base, ne puisse pas adhérer à ce système de Managed Care, ou même à aucun système de Managed Care, parce que celui qui existe n'offrirait qu'un type d'assurance qui dépasse la couverture de base. Je crois donc que Monsieur Stähelin a raison de soulever ce problème; il faudra que, si cette loi est adoptée – ce que je souhaite –, on soit très attentif à cela au niveau des ordonnances et à celui de l'application de la loi.

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

Art. 41b

Antrag der Kommission

Titel

Andere besondere Versicherungsformen

Abs. 1

Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

- die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht. (Entspricht Art. 41a Abs. 3 Bst. a und b gemäss Entwurf des Bundesrates)

Abs. 2

Streichen (vgl. Art. 41c)

Art. 41b

Proposition de la commission

Titre

Autres formes particulières d'assurance

Al. 1

Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, notamment celles dans lesquelles:

- l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'article 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;
- le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations. (Correspond à l'art. 41a al. 3 let. a et b selon le projet du Conseil fédéral)

Al. 2

Biffer (voir art. 41c)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Artikel 41b Absatz 1 entspricht Artikel 41a Absatz 3 Buchstaben a und b des Bundesratsentwurfes über weitere Versicherungsformen. Es geht darum, dass eine stärkere Differenzierung bezüglich der Kostenbeteiligung erfolgen kann. In Buchstabe a wird die Möglichkeit einer höheren Wahlfranchise, bei welcher man eine Prämienreduktion erhält, postuliert. Buchstabe b regelt die Frage der Bonusversicherung. Diese beiden Formen sind exemplarisch aufgelistet. Der Bundesrat kann im Rahmen der Verordnung weitere Formen zulassen.

Angenommen – Adopté

Art. 41c

Antrag der Kommission

Titel

Dauer des Versicherungsverhältnisses

Abs. 1

Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 41a und 41b, sofern er für diese eine Prämienermässigung nach Artikel 62 Absatz 1 gewährt, eine Dauer des Versicherungsverhältnisses von bis zu drei Kalenderjahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleiben vorbehalten.

Abs. 2

Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 entschieden, so kann sie den Versicherer vor Ablauf dieser Dauer in folgenden Fällen wechseln:

- bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen; oder
- gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Austrittsprämie.

Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person bei Vertragsabschluss die Austrittsmodalitäten. Eine Änderung der Prämie bildet keine wesentliche Änderung der Versicherungsbedingungen.

Abs. 3

Streichen

Antrag Brunner Christiane

Abs. 2 Bst. c

c. wenn die Leistungen offensichtlich qualitative Mängel haben.

Art. 41c

Proposition de la commission

Titre

Durée du rapport d'assurance

Al. 1

Lorsque pour les formes particulières d'assurance, au sens des articles 41a et 41b, une réduction de prime, conformément à l'article 62 alinéa 1, est octroyée, l'assureur peut prévoir une durée du rapport d'assurance allant jusqu'à trois années civiles. L'article 7 alinéas 3 et 4 est réservé.

Al. 2

Si l'assuré opte pour une forme particulière d'assurance avec une durée du rapport d'assurance plus longue au sens de l'alinéa 1, il ne peut changer d'assureur au cours de cette durée que dans les cas suivants:

- en cas de modifications importantes des conditions d'assurance; ou
- contre paiement de la prime de sortie convenue par voie contractuelle.

L'assureur convient des modalités de sortie avec l'assuré. Une modification de la prime ne constitue pas une modification importante des conditions d'assurance.

Al. 3

Biffer

Proposition Brunner Christiane

Al. 2 let. c

c. si les prestations sont clairement inférieures à la qualité requise.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier geht es um die Dauer des Versicherungsverhältnisses; der Bundesrat hat das in seinem Entwurf in Artikel 41b geregelt. Die Dauer ist unter anderem auch eine Frage der Versicherungsmathematik. Man wird sich überlegen, wie die Risiken verteilt werden können. Je kürzer die Dauer ist, die gewählt wird, desto geringer ist die Möglichkeit der Risikoverteilung. Es soll aber auch verhindert werden, dass die Versicherten das Krankheitsrisiko abwägen und die Franchise wechseln, sobald ein Krankheitsfall eintritt.

Für das Funktionieren der Netzwerke ist andererseits ein stabiles Patientengut ein zentrales Element. Es ist daher auszuloten, was vom System her akzeptabel ist und was vom Versicherten noch akzeptiert wird. Gemäss einem Expertenbericht im Zusammenhang mit der Revision des Versicherungsvertragsgesetzes wird festgestellt, dass Verträge auf höchstens drei Jahre abgeschlossen werden können. Danach sind sie um je ein Jahr verlängerbar. Die Kommission hat sich nach einlässlicher Diskussion dafür entschieden, dass ein Versicherungsverhältnis von bis zu drei Jahren vorgesehen werden kann; dies ist ja auch im Modell des Bundesrates so vorgesehen. Das zu Absatz 1.

In Absatz 2 wird festgehalten, unter welchen Umständen der Versicherer vor Ablauf der vorgesehenen Dauer von drei Jahren den Versicherer wechseln kann. Dieser Wechsel soll mit einer Rückerstattung der Prämienermässigung für die restliche Vertragsdauer verbunden sein. Wir postulieren mit Buchstabe a, dass der Versicherer gewechselt werden kann, wenn eine wesentliche Änderung der Versicherungsbedingungen eintritt. Unter «wesentliche Änderung der Vertragsbedingungen» sind z. B. eine vollständige Umorganisation des Netzwerkes oder eben andere Versicherungsbedingungen zu verstehen. Das zu Absatz 2; hierzu hat Frau Brunner Christiane noch einen Antrag gestellt.

Brunner Christiane (S, GE): Je ne peux pas m'empêcher de penser que dans ce projet de loi on a laissé beaucoup de liberté aux assureurs et qu'on a peu tenu compte des exigences de qualité. On vient d'adopter l'article pertinent: le Conseil fédéral «peut» poser des exigences de qualité, mais il ne «doit» pas le faire.

Je comprends que les assureurs aient demandé que l'on puisse fixer une durée obligatoire d'affiliation et qu'on soit empêché de changer d'assureur si l'on tombe malade. Mais je trouve qu'à propos des conditions nécessaires pour quitter une assurance en cas de problème, on n'a pas fait tout à fait le tour du sujet. On peut payer, c'est une chose – c'est une peine conventionnelle habituelle; ou alors ce n'est possible qu'«en cas de modifications importantes des conditions d'assurance». Madame la présidente de la commission vient de dire en deux mots ce que cela recouvre; ce n'était pas très explicite.

Je propose d'ajouter qu'on peut aussi résilier un contrat d'une durée de trois ans si les prestations sont inférieures à la qualité que l'on peut exiger. Je crois que c'est une condition qu'il faut inscrire dans la loi. Si l'on entre dans un réseau de soins intégrés et qu'on s'aperçoit que ce n'est pas du tout ce qu'on en attend au niveau de la qualité – il faut en faire la démonstration –, il faut pouvoir dire: «C'est du mauvais travail, je suis mal soignée, alors je peux résilier mon contrat d'une durée de trois ans.»

C'est la raison pour laquelle je vous propose d'ajouter cette possibilité, cela pour rompre un rapport contractuel d'une durée déterminée de trois ans au maximum, comme le souhaitaient les assureurs.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Auch dieser Antrag hat der Kommission nicht vorgelegen, wir haben darüber nicht diskutiert. Ich habe eine gewisse Sympathie für den Antrag Brunner Christiane. Wenn offensichtlich quali-

tative Mängel bestehen, möchte ich als Versicherte die Möglichkeit haben, aus diesem Vertrag auszusteigen. Ich weiss nicht, wieweit die Beweisführung bezüglich dieser offensichtlich qualitativen Mängel Probleme macht. Das wird uns aber Herr Bundesrat Couchepin sicher sagen können.

Zu Absatz 3: Wir haben bereits entschieden, dass die Budgetmitverantwortung nicht gegeben sein soll.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Durant les auditions qui ont précédé le traitement de cette affaire, on a reçu en commission des représentants de systèmes de Managed Care. Quelqu'un leur a demandé ce qui se passait lorsqu'un client était insatisfait, s'il était retenu contre son gré – ce qui est autorisé. Ils ont répondu que non. Par définition, si quelqu'un est mécontent, il causera plus de dommage en restant dans le système du Managed Care, l'abreuvant de plaintes et de contre-plaintes, qu'en en sortant. Cela rejoint un peu les préoccupations de Madame Brunner. Dans la pratique, personne ne retiendra avec une corde un client mécontent. Faut-il mettre cela dans la loi? Faut-il préciser, comme le veut Madame Brunner, qu'on a le droit de sortir du système si les prestations sont si inférieures à la qualité requise? Honnêtement, je pense que cela ne trouble pas le système. C'est une possibilité qui est pratiquement acquise aux gens et si on l'introduit dans la loi, on ne fait que confirmer la pratique.

Monsieur David n'est pas enthousiaste parce qu'il craint que cela donne pratiquement la liberté à chacun de quitter le système quand il le veut, comme il le veut, prétextant une qualité non requise. Et ces malheureuses compagnies d'assurance, déjà accablées de travaux administratifs, de soucis et de volonté de faire le bien devront perdre une partie de leur temps pour lutter contre des clients qui veulent les quitter. Bon, je crois qu'on peut leur faire supporter cela sans trop de dommages.

Je pense que si vous acceptez la proposition Brunner Christiane, vous mettez en accord le droit avec la réalité. Par conséquent, je la soutiens.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Brunner Christiane 20 Stimmen

Für den Antrag der Kommission 11 Stimmen

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 4; 52a Titel, Abs. 2, 3

Antrag der Kommission

Streichen (siehe neue Vorlage 2, welche später behandelt wird)

Art. 52 al. 1 let. b, al. 4; 52a titre, al. 2, 3

Proposition de la commission

Biffer (voir nouveau projet 2, qui sera traité ultérieurement)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wir wollen die Frage der Medikamentenpreise neu in eine separate Vorlage ausgliedern. Wir werden diese Frage noch umfassender diskutieren und Ihnen dann im März 2007 eine spezielle Vorlage vorlegen. Das betrifft Artikel 52 Absätze 1 Buchstabe b und 4 sowie Artikel 52a. Das wird gemäss dem Antrag der Kommission in eine separate Vorlage ausgegliedert. Der Bundesrat hat sich der Kommission angeschlossen.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Ich habe in der Eintretensdebatte auch gehört, dass der Bundesrat damit einverstanden ist.

Angenommen – Adopté

Art. 56 Abs. 3bis

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 56 al. 3bis

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Noch kurz zum neuen Absatz 3bis von Artikel 56, hier geht es um Vergünstigungen.

Diese Bestimmung steht im Kontext der Wirtschaftlichkeit der Leistungen und hat an und für sich nicht direkt mit dem Thema Managed Care zu tun. Trotzdem soll nun die Frage der Weitergabe der Vergünstigungen in dieses Gesetz aufgenommen werden, was seit Jahren diskutiert wird und immer wieder zu Problemen führt. Es handelt sich konkret um Vergünstigungen, die von Personen oder Einrichtungen gewährt werden, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern. Im Bereich der Krankenversicherung hat der Leistungserbringer Vergünstigungen grundsätzlich weiterzugeben. Trotzdem sind immer wieder Probleme entstanden, weil es keine individualisierten Vergünstigungen sind. Deshalb soll neu nun vorgesehen werden, dass die gewährten Vergünstigungen zumindest der gesamten versicherten Gemeinschaft zugutekommen müssen. Entsprechend sollen sie künftig der gemeinsamen Einrichtung, d. h. der Stiftung nach Artikel 18 des KVG, überwiesen werden. Der Bundesrat bestimmt über die Verwendung der Gelder.

Die Kommission hat mit 7 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung zugestimmt.

Angenommen – Adopté

Art. 57 Abs. 9

Antrag der Kommission

Die Versicherten können mit den Managed-Care-Modellen nach Artikel 41a vereinbaren, die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen den in diesen Modellen zusammengeschlossenen Leistungserbringern zu übertragen.

Art. 57 al. 9

Proposition de la commission

Les assureurs peuvent convenir avec les modèles de Managed Care au sens de l'article 41a que les tâches et les compétences des médecins-conseils sont confiées aux fournisseurs de prestations regroupés dans ces modèles.

Angenommen – Adopté

Art. 62

Antrag der Kommission

Abs. 1

Der Versicherte kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach den Artikeln 41a und 41b vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

Abs. 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2bis

.... nach Artikel 41b dürfen weder

Abs. 3

.... nach den Artikeln 41a und 41b fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 18a bleibt

Art. 62

Proposition de la commission

Al. 1

L'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d'après les articles 41a et 41b ou prévoir des ristournes.

Al. 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2bis

.... à l'article 41b ne peuvent

Al. 3

.... selon les articles 41a et 41b. La compensation des risques selon l'article 18a reste dans tous les cas réservée.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In diesem Artikel wird die Möglichkeit einer Prämienvergünstigung oder einer Rückvergütung für die Modelle vorgesehen. Ich bitte Sie zuzustimmen.

Bei Absatz 2bis geht es um eine Anpassung des Verweises. Es geht um Artikel 41b und nicht um Artikel 41a.

In Absatz 3 haben wir auch eine Verweisanpassung. Wir verweisen hier auf Artikel 18a, Risikoausgleich, wie wir ihn in der Spitalfinanzierung aufgenommen haben. Es wird also nicht mehr auf Artikel 105, sondern auf Artikel 18a verwiesen.

Angenommen – Adopté

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 2bis

Die Krankenversicherer können die Kostenbeteiligung für Leistungen herabsetzen, die im Rahmen von Managed-Care-Modellen nach Artikel 41a erbracht oder veranlasst werden.

Abs. 6 Bst. c

Aufheben

Antrag der Minderheit

(Sommaruga Simonetta, Forster)

Abs. 2

Die Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
- b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Leistungen, die im Rahmen von Managed Care im Sinne von Artikel 41a bezogen werden, sowie für sämtliche Leistungen, sofern der Versicherte in wenig dicht besiedeltem Gebiet wohnt, in welchem diese Versicherungsmodelle von seinem Versicherer nicht angeboten werden. Der Bundesrat bestimmt nach Anhörung der Kantone, welche Gebiete als wenig dicht besiedelte Gebiete gelten;
- c. 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), sofern die Leistungen nicht gemäss Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b bezogen werden.

Abs. 3

Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Dieser wird für Leistungen, die nicht im Rahmen eines Versicherungsmodells oder eines Netzwerks im Sinne von Artikel 41a erbracht werden, verdoppelt.

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 2bis

Les assureurs peuvent abaisser la participation aux coûts pour les prestations fournies ou ordonnées dans le cadre des modèles de Managed Care selon l'article 41a.

Al. 6 let. c

Abroger

Proposition de la minorité

(Sommaruga Simonetta, Forster)

Al. 2

La participation comprend:

- a. un montant fixe par année (franchise); et
- b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) s'ils concernent des prestations fournies dans le cadre d'un modèle de Managed Care au sens de l'article 41a, ou l'ensemble des prestations si l'assuré habite dans une région faiblement peuplée où de tels modèles d'assurance ne sont pas proposés par son assureur. Le Conseil fédéral détermine, après avoir entendu les cantons, les régions réputées faiblement peuplées;
- c. 20 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) si les prestations n'ont pas été fournies conformément à l'article 64 alinéa 2 lettre b.

Al. 3

Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part. Le montant maximal

annuel de la quote-part est doublé pour les prestations qui ne sont pas fournies dans le cadre d'un modèle de Managed Care au sens de l'article 41a.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Es geht hier um ein Konzept der Mehrheit, das dem Konzept der Minderheit gegenübergestellt wird.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich spreche hier für die Mehrheit der Kommission, obwohl ich auch hier der Minderheit angehöre.

Hier geht es darum, in welchem Umfang sich die Versicherten an den Kosten für die Leistungen, die für sie erbracht wurden, beteiligen. Das bestehende Gesetz sieht vor, dass die Kostenbeteiligung aus einem festen Jahresbetrag und 10 Prozent Selbstbehalt besteht. Der Ständerat – Sie mögen sich erinnern – hat auf Antrag des Bundesrates in einer Teilrevision bereits entschieden, dass der prozentuale Selbstbehalt für Erwachsene auf 20 Prozent des die Franchise übersteigenden Betrags festzulegen sei. Gleichzeitig wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, die Kostenbeteiligung herabzusetzen oder aufzuheben. Da der Nationalrat darüber aber noch nicht befunden hat, das heisst seinen Entscheid zusammen mit der Managed-Care-Vorlage fällen will, müssen wir vom bestehenden Gesetz, das heisst von 10 Prozent Selbstbehalt, ausgehen.

In Absatz 2 haben wir die Frage zu beantworten, wie Anreize geschaffen werden können, damit die Versicherten in die Managed-Care-Modelle gehen. Dabei geht es in erster Linie darum, dass wir Lösungen finden, die es kranken Leuten schmackhaft machen, in diese Modelle einzutreten.

In Absatz 2bis soll nun den Krankenversicherungen ermöglicht werden, die Kostenbeteiligung für Leistungen, die in Managed-Care-Modellen erbracht werden, herabzusetzen. Die Mehrheit ist der Meinung, dass es den Versicherern zu überlassen ist, den Selbstbehalt in den einzelnen Modellen zu bestimmen. Wenn es sich ökonomisch rechnen werde dieser Parameter von den Versicherern mit Sicherheit gesetzt. Mit der Vorgabe von bestimmten Parametern würden keine Entwicklungen mehr zugelassen. Zudem würden auch ineffiziente Modelle davon profitieren. Die Lösung der Mehrheit beinhaltet auch Anreizindikatoren. Sie sollten aber nur dort zum Tragen kommen, wo die Effizienz der Modelle dies auch zulasse. Die qualitativ guten Netze, welche Erfolg hätten, würden den Selbstbehalt senken und so die Effizienzgewinne an die Versicherten weitergeben. Nur so könne der gewünschte Wettbewerb unter den Versicherern spielen.

Die Kommission hat mit 5 zu 3 Stimmen bei 2 Enthaltungen so entschieden.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Der Antrag der Minderheit Sommaruga Simonetta zu Absatz 3 ist zurückgezogen worden.

Das neue Konzept der Minderheit besteht aus dem Antrag der Minderheit Sommaruga Simonetta zu Absatz 2 und dem Antrag Sommaruga Simonetta zu Ziffer II Absatz 3.

Sommaruga Simonetta (S, BE): Die Kommissionssprecherin hat bereits darauf hingewiesen, dass unser Rat im September 2004 die sogenannte Kostenbeteiligungsvorlage verabschiedet hat. Wir haben in dieser Vorlage entschieden, dass wir den Selbstbehalt von heute 10 auf 20 Prozent erhöhen, dass wir aber gleichzeitig den maximalen Selbstbehalt bei 700 Franken belassen. Die Vorlage wurde im Nationalrat noch nicht behandelt. Ich möchte Ihnen nun beantragen, dass wir auf dieser Basis legislieren. Wir haben es gehört: Der Nationalrat wird dann die Managed-Care-Vorlage und die Kostenbeteiligungsvorlage ohnehin zusammen behandeln.

Mein Konzept besteht nun darin, dass ich, ausgehend von einer Erhöhung der Kostenbeteiligung auf 20 Prozent, für diejenigen Versicherten, die einem Ärztenetz angeschlossen sind, den Selbstbehalt auf 10 Prozent absenken möchte. Diese Differenzierung tritt aber nur in Kraft, wenn eben die Kostenbeteiligungsvorlage in Kraft tritt, das heisst, wenn

also der Selbstbehalt für alle auf 20 Prozent erhöht wird und dann diejenigen, die ein Managed-Care-Modell wählen, belohnt werden, indem sie nur noch 10 Prozent Selbstbehalt bezahlen.

Die Managed-Care-Vorlage, wie wir sie bis jetzt verabschiedet haben, enthält viele schöne Formulierungen: Die Versicherer können, die Versicherten können, die Leistungserbringer können. Alle können, wenn sie wollen. Das ist wunderbar. Aber das alles hatten wir schon bis heute. Das Resultat ist bekannt: Zehn Jahre nach Inkrafttreten des KVG sind wir im Bereich Managed Care kaum weitergekommen, obwohl alle sagen, sie würden das begrüßen und sie fänden das wichtig, und auch die OECD hat das noch einmal festgehalten. Heute sind gerade einmal zehn Prozent der Versicherten in besonderen Versicherungsformen versichert. Das ist zu wenig. Wenn wir noch schauen, was heute alles unter dem Titel «Besondere Versicherungsformen» angeboten wird, dann sehen wir, dass vieles davon mit dem eigentlichen Managed-Care-Gedanken wenig bis nichts zu tun hat. Deshalb stellt sich heute die Frage, ob wir wollen, dass Managed Care, die koordinierte und betreute Behandlung, in unserem Gesundheitssystem eine wichtige Rolle spielen soll oder nicht.

Wenn wir Managed Care eine Bedeutung geben wollen, dann müssen wir etwas dafür tun. Das hat uns die Vergangenheit gelehrt. Es braucht also konkrete Anreize, aber keinen Zwang. Zwang wäre nicht gut. Deshalb steht in dieser Vorlage auch nicht, dass die Versicherer Managed-Care-Modelle anbieten müssen oder dass die Leistungserbringer in Managed-Care-Modellen arbeiten müssen. Auch die Versicherten sollen nicht gezwungen werden, sich in Managed-Care-Modellen zu versichern, aber man soll ihnen einen Anreiz geben. Dieser sieht wie folgt aus: Wer in keinem Ärztenetz versichert ist, bezahlt in Zukunft 20 Prozent Selbstbehalt bei maximal 700 Franken; wer in einem Ärztenetz versichert ist, wird belohnt und bezahlt nur die Hälfte, nämlich 10 Prozent Selbstbehalt, also das heisst insgesamt maximal 350 Franken. Damit die freie Arztwahl weiterhin gewährleistet ist, sollen die Versicherten auch Leistungen ausserhalb des Ärztenetzes beziehen können; dafür bezahlen sie dann allerdings den höheren Selbstbehalt.

Nun wurden mir im Zusammenhang mit meinem Minderheitsantrag immer wieder vor allem zwei Fragen gestellt: erstens die Frage, ob ein solcher Anreiz für die sozial und wirtschaftlich Schwächeren nicht diskriminierend sei. Ich sage mit Überzeugung Nein, und zwar deshalb, weil von einer betreuten und koordinierten Behandlung gerade jene Menschen profitieren können, die sich weniger wehren können und heute zum Teil wie eine heisse Kartoffel von Arzt zu Arzt weitergereicht werden. Sie können davon profitieren, wenn sie selber einen Arzt auswählen können, zu dem sie Vertrauen haben, der sich um sie kümmert, der sie auch im Spital begleitet und der mit ihnen die richtigen Spezialisten auswählt usw. Von einer Diskriminierung kann nicht die Rede sein. Die Qualitätssicherung im Ärztenetz wird auch sicherstellen, dass gerade sozial Schwächere nicht diskriminiert oder schlechter behandelt werden. Ausserdem profitieren sie eben vom tieferen Selbstbehalt, was ja auch wirtschaftlich vorteilhaft ist.

Zweitens wurde mir entgegengehalten, dass dieser differenzierte Selbstbehalt, sofern jetzt eben der Höchstbetrag bei 700 Franken bleibt, für all jene mit hohen Gesundheitskosten gar keinen Anreiz beinhalte, da sie ja ohnehin den Höchstbetrag erreichen. Das stimmt. Doch um den Höchstbetrag zu erreichen, müssen sie ja Gesundheitskosten von über 7000 Franken pro Jahr auslösen, und ich kann Ihnen sagen, dass es heute gerade 3 bis 4 Prozent der Versicherten sind, die Kosten von über 7000 Franken pro Jahr verursachen, also eine kleine Minderheit. Wenn es uns mit dem Anreiz, wie ihn die Minderheit vorschlägt, aber gelingt, einen grossen Teil jener in die Ärztenetze zu bringen, die Kosten zwischen 0 und 7000 Franken pro Jahr auslösen – das sind immerhin etwa 75 Prozent der Versicherten –, haben wir unser Ziel erreicht. Ich möchte Ihnen noch kurz sagen, warum ich Ihnen eine Differenzierung beim Selbstbehalt und nicht zum Beispiel

bei der Prämie vorschlage: Ein tieferer Selbstbehalt kommt ja erst dann zum Tragen, wenn ein Versicherter krank wird und Kosten verursacht, und genau dann zeigen sich die Vorteile einer koordinierten Behandlung. Der Versicherer geht also kein Risiko ein, wenn er für Managed-Care-Modelle einen tieferen Selbstbehalt anbietet, weil er ja im Vertrag mit den Leistungserbringern geregelt hat, wie diese Behandlung erfolgen soll, damit sie qualitativ gut und gleichzeitig kosteneffizient ist. Oder ganz konkret in Zahlen ausgedrückt: Der Versicherer nimmt bei einem Versicherten, der Kosten von mehr als 7000 Franken verursacht, mit dem differenzierten Selbstbehalt 350 Franken weniger ein. Er muss in seinem Vertrag, den er mit den Leistungserbringern abschliesst, also dafür sorgen, dass die Behandlung dank einer guten Koordination und Begleitung insgesamt maximal 5 Prozent weniger kostet. Wenn Sie aber wissen, dass man heute in guten Managed-Care-Modellen Kosteneinsparungen von 10 bis 25 Prozent erzielt, dann sehen Sie sofort, dass eine Kosteneinsparung von maximal 5 Prozent durchaus erzielt werden kann. Da diese Managed-Care-Modelle gut sind und gut funktionieren, kann der Versicherer, der ja nicht untätig ist, in den Verträgen mit den Leistungserbringern ja genau darauf hinwirken.

Ich bitte Sie also, bei Absatz 2 die Minderheit zu unterstützen. Es ist der einzige echte Anreiz in dieser Vorlage für eine integrierte und koordinierte medizinische Betreuung. Wenn wir diesen Schritt nicht tun, dann ist diese Vorlage das Papier nicht wert, auf welchem sie gedruckt ist. Es ist eine Schöne-Worte-Vorlage, die uns keinen Schritt weiterbringt. Das können wir uns im Gesundheitswesen wirklich nicht leisten.

Frick Bruno (C, SZ): Frau Sommaruga hat ihren Antrag mit viel Verve und Energie vertreten, und ich kann ihr zu einem guten Teil folgen. Ihr Antrag hat einen grossen Vorteil, aber auch einen sehr grossen Nachteil. Der grosse Vorteil liegt darin, dass Managed Care für Versicherte attraktiv wird, wenn sie nur die Hälfte des Selbstbehaltes tragen müssen; das ist ein wichtiger Anreiz.

Nun hat der Antrag aber auch einen grossen Nachteil, und dieser Nachteil liegt aufseiten der Versicherer: Die Versicherer erhalten bei Managed Care nur 10 Prozent Beteiligung der Patienten, das Übrige zahlen sie selber. Sie haben also gegenüber dem traditionellen System 10 Prozent Verlust. Wenn wir nun in Betracht ziehen, dass durch Managed Care zwischen 10 und 20 Prozent Kosten eingespart werden können, ist mindestens die Hälfte des Gewinns aus dem System – zum Teil der ganze Gewinn – wieder weggefressen. Das ist ein entscheidender Nachteil. Wenn dieser Nachteil bestehen bleibt, werden die Versicherer weniger Impuls und weniger Anreiz haben, solche Systeme zu propagieren. Sie bringen am Schluss auch dem Versicherten nicht das, was man sich erhofft.

Diesen Nachteil kann man aber ausgleichen; und da muss ich auf unseren Antrag zu Artikel 18a zum Risikoausgleich vorgreifen. Es ist unbestritten, dass ein Teil des Gewinns in Managed Care via Risikogewinn abfließt. Wenn wir nun hier weniger Kostenbeteiligung verlangen und gleichzeitig noch ein Teil der Kosteneinsparung abfließt, dann leiden am Ende die Managed-Care-Systeme doppelt. Darum haben wir Ihnen den Antrag zu Artikel 18a gestellt: Da können wir wieder ausgleichen.

Jetzt bin ich im Dilemma: Soll ich dem Minderheitsantrag Sommaruga Simonetta zustimmen? Nur dem puren Antrag, ohne Einbezug unseres Antrages zum Risikoausgleich, vermag ich nicht zu folgen. Aber im System beider Anträge gleichen sie sich wieder aus. Nun muss man im Leben hin und wieder Vorleistungen erbringen, und die erbringe ich hier, indem ich dem Minderheitsantrag Sommaruga Simonetta zustimme, aber auch erwarte und hoffe, dass der Rat unserem Minderheitsantrag zu Artikel 18a ebenfalls zustimmt. So schaffen wir den Ausgleich und den Anreiz, Managed-Care-Systeme zu benutzen.

Ich hoffe also, Sie können auf dieses Geschäft einsteigen. Ich steige ein, sollte unser Rat jedoch nur hier zustimmen

und am anderen Ort nicht, behalte ich mir vor, bei der zweiten Lesung darauf zurückzukommen.

Brunner Christiane (S, GE): D'abord, on n'est pas au souk! On ne peut pas dire: «Si je m'engage maintenant sur la proposition Sommaruga Simonetta, il faut que vous vous engagiez en faveur de ma propre proposition.» Je dois dire que je partage totalement le point de vue de Madame Sommaruga dont la proposition n'a rien à voir avec la proposition Frick. En effet, si on fait des économies dans un système de Managed Care, en général on les restitue sous forme de baisses de primes. Mais le problème, c'est qu'il n'y a pas d'incitations à y rester pour des gens qui sont malades et à y entrer pour des gens qui sont malades ou qui n'ont pas une santé florissante. Il faut donc introduire un élément qui tende à la participation aux coûts.

Au Conseil des Etats, nous avons admis 20 pour cent de participation aux coûts. Alors, je trouve que dans le système de Managed Care, il faut justement inciter les gens malades à y entrer, et diminuer la quote-part à 10 pour cent; c'est une économie dont ils peuvent profiter directement. C'est quand on a des gens malades qu'on fait des économies; ce n'est pas quand on a des gens en bonne santé.

Si on vend le système du Managed Care en cherchant des jeunes personnes en bonne santé, je comprends évidemment la proposition Frick. Puisque les gens ne sont pas malades, on ne peut pas faire des économies en leur prodiguant des soins. Or, l'objectif est quand même de faire des économies et d'avoir la qualité en leur prodiguant des soins. Le système vise donc prioritairement à soigner des gens et non pas seulement à avoir des assurés dans un système où – on y reviendra tout à l'heure – la solidarité est tout de même abandonnée par rapport à l'ensemble.

Je crois qu'il y a là une véritable incitation qui est juste, pour les personnes qui ne sont pas en bonne santé, à rester ou à entrer dans les systèmes de Managed Care. Elles vont y trouver une diminution de la participation aux coûts et la qualité des soins. C'est une double incitation positive: d'abord on les incite avec l'argent par une diminution de la participation aux coûts et ensuite elles s'aperçoivent qu'elles y ont gagné en qualité. C'est ce que Madame Saudan a démontré tout à l'heure.

Mais évidemment on ne fait pas des économies avec un réseau de soins intégrés où il n'y a que des jeunes qui n'ont jamais besoin d'être soignés.

Donc je crois que la proposition à l'article 64 est juste et qu'il n'y a pas besoin d'une autre compensation ailleurs en ce qui concerne les jeunes assurés. Si l'on trouve que le système de la compensation des risques est mauvais, ce n'est pas dans le projet de Managed Care qu'il faut en discuter.

David Eugen (C, SG): Der tiefere Selbstbehalt ist dann gerechtfertigt, wenn die Leistungen qualitativ gut und effizient sind, das heisst besser durchgeführt werden, als sie von den Übrigen durchgeführt werden. Es ist also eine Wenn-dann-Beziehung. Wenn der tiefere Selbstbehalt gerechtfertigt sein soll, muss auch die andere Bedingung erfüllt sein.

Was nun Frau Sommaruga mit ihrem Minderheitsantrag eigentlich wie eine gesetzliche Vermutung aufstellt, ist: Jedes Netzwerk erfüllt diese Bedingungen, jedes Netzwerk, welcher Art auch immer, ist effizienter und qualitativ besser. Auch in der Medizin gibt es die Gauss'sche Verteilungskurve, das ist einfach so. Es gibt überall qualitativ gute und qualitativ schlechtere Dienstleister. Wenn man vom Gesetz her vermutet, diejenigen, die sich ans Netzwerk anschliessen, hätten alle die gleiche Qualität und die gleiche Effizienz und darum gebe man ihnen von vornherein diese Selbstbehaltreduktion, macht man einen Überlegungsfehler. Es ist einfach in der Realität nicht so. Der Vorteil der Selbstbehaltensenkung muss vielmehr – das kann man von mir aus ins Gesetz schreiben, aber nur das – jenen Netzwerken gegeben werden, die den Leistungsausweis in Sachen Qualität und Effizienz erbracht haben.

Das ist ein dynamischer Vorgang, der sich auch entwickeln kann. Die Netzwerke können sich verbessern, das ist kein

Vorgang, den man quasi von Gesetzes wegen von einem Tag auf den anderen in Kraft setzen kann. Man kann nicht sagen: Heute senken wir den Selbstbehalt, und morgen sind alle qualitativ besser und effizienter. Das wird überhaupt nicht funktionieren. Ich finde diesen Ansatz gut gemeint, in dem Sinne, dass alle das machen sollen. Aber der Effekt, der eintreten wird, ist am Schluss gleich null.

Ich teile die Meinung von Frau Sommaruga nicht, dass das ein Anreiz ist. Im Gegenteil, ein Anreiz wird es sein, wenn wir sagen: Jene bekommen es, die die Leistung tatsächlich erbringen, jene Netzwerke, die qualitativ gut sind, und jene Netzwerke, die die Effizienz bringen, haben diesen grossen Vorteil. Dann werden sie sich bemühen, und es wird natürlich – was auch der Fall ist, was viele aber nicht wollen – einen Wettbewerb unter den Netzwerken geben. Denn es werden nicht alle gerade dieselbe Lösung haben, sondern die einen, die wirklich gut sind, werden bessere Kostenbeteiligungslösungen haben als jene, die schlecht sind. Das ist auch richtig und gut so.

Wenn wir alles über einen Kamm scheren, dann ist das nach meiner Meinung eine Totgeburt. Es wird nämlich gar nichts passieren.

Kollege Briner hat von dem Fall im Ruhrgebiet gesprochen, wo sich nachher 80 Prozent in diese Netzwerke begeben haben. Das funktioniert dann eben nicht, wenn das am Schluss so ist, dass 80 Prozent im Netzwerk sind. Es ist nicht so, dass 80 Prozent qualitativ gut und effizient sind. Das ist einfach nicht so, das ist eine Realität. Dann gibt man es einfach am Schluss allen wieder, und alle stehen dann wieder am gleichen Ort wie zu Beginn der Übung. Die Katze beisst sich dann in den Schwanz.

Ich bitte Sie, die Anreize richtig zu setzen, die Selbstbehaltvergünstigung, die gegeben werden soll, dort zu geben, wo die Leistung und die Effizienz auch da sind. Dort tritt diese Wirkung ein. Und wenn es nicht so ist, dann tritt sie eben nicht ein.

Fetz Anita (S, BS): Herr Schwaller hat es vorher beim Eintreten gesagt: 5 Jastimmen und 6 Enthaltungen, das war der Stand der Begeisterung der Kommission. Das hat damit zu tun, dass die Vorlage, wie sie mehrheitlich aus der Kommission kommt, nicht schlecht ist, aber einfach keine Dynamik hat, die in Richtung Netzwerke zeigt.

Sie sehen, dass ich bei der Minderheit nicht dabei bin. Ich habe mich sehr schwer getan bei Absatz 3. Ich finde, man soll die Leute mit Anreizen in Netze bringen; aber man soll sie nicht dafür bestrafen, wenn sie bei ihrem Arzt bleiben wollen. Deshalb bin ich sehr glücklich, dass jetzt der Minderheitsantrag zu Absatz 3 zurückgezogen wurde; ich kann umso überzeugter die Minderheit unterstützen. Denn etwas muss man einfach einmal klarstellen: Wenn die Netzwerke so gut sind, wie es die Literatur, wie es die internationalen Studien, wie es auch die Erfahrungen in der Schweiz mit den Netzwerken, die es gibt, insbesondere mit den HMO-Netzwerken, ausweisen, dann wird das ein guter Weg für unser Gesundheitssystem sein. Es muss dafür sorgen, dass insbesondere eben Kranke qualitativ optimal betreut werden. Gleichzeitig muss die Behandlungskette so effizient sein, dass auch Kosten eingespart werden. Das gelingt allerdings erst dann, wenn im System mehr als die Hälfte der Versicherten in einem Netzwerk sind. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen wir kluge Anreize schaffen. Der Anreiz einer differenzierten Kostenbeteiligung ist erstens nachgewiesen, er wirkt; ich habe es beim Eintreten gesagt, das Generika-Modell, das wir kennen, hat gewirkt. Zweitens ist das auch richtig, weil wir damit der ganzen Sache eine Dynamik geben.

Jetzt zu den Einwänden vonseiten der Kassen – um es mal so zu sagen –: Das Dilemma von Herrn Frick kann ich nicht ganz verstehen. Der optionale Nachteil für einen Versicherer wird ja dadurch kompensiert, dass in dieser Vorlage ein Dreijahresvertrag genannt ist. Das ist ein deutlicher Unterschied zur Situation der Leute, die nicht in den Netzwerken sind, die nämlich jedes Jahr wechseln können. Dieser allfällige Nachteil ist damit ausgeglichen.

Zu Kollege David: Entschuldigung, wir haben in dieser Vorlage Vertragsfreiheit. Wenn Ihre Kasse mit Netzwerken, die qualitativ nicht gut sind, Verträge abschliesst, dann ist das ein Problem Ihrer Kasse und nicht ein Problem der Netzwerke. Ich meine, die Kassen haben jetzt genügend Einsicht. Das Tolle, das damit verbunden wäre, wäre ja gerade die Qualitätsoptimierung. Das hätten Sie damit im Griff, Sie hätten alle Daten, Sie hätten auch die Qualitätsüberprüfung. Das sehe ich nicht als einen Nachteil an, sondern im Gegenteil als einen Vorteil. Sie haben nachher auch die entsprechende Kostenersparnis. Wenn mehr als die Hälfte der Leute dabei sind, wird sich auch die Vertragsfreiheit relativieren. Wenn ich im Verwaltungsrat einer Kasse wäre, fände ich dieses Konzept äusserst interessant.

Ein letzter Punkt: Herr Frick sagt, wenn wir hier zustimmen, dann müssen wir auch nachher zustimmen. Ich denke, wir sind jetzt nicht in einer Kommissionsberatung. Das andere: Ich muss jetzt auch auf Artikel 18a eingehen. Nur so viel: Lesen Sie dazu die Ausführungen des Bundesamtes für Gesundheit. Es stellt glasklar fest, dass der administrative und rechnerische Aufwand, um in jedem Netz, so klein es auch sei, den Risikoausgleich abzugleichen, weit höher ist, als wenn man das nicht macht. Hier steht die Gewinnchance – gerade auch für eine Kasse – in keinem Verhältnis zum administrativen Aufwand, den man betreiben muss.

Kurz gesagt: Die Minderheit bringt den richtigen Anreiz. Ich bitte Sie deshalb, ihr zuzustimmen. Damit geben wir dem Gesundheitswesen in der Schweiz die richtige Dynamik und den Leuten, die krank sind, wirklich eine qualitativ gute Betreuung.

Schwaller Urs (C, FR): Heute fallen gut zwei Drittel der Kostenbeteiligungen über die Franchise und nur ein Drittel über den Selbstbehalt an. Bei guten Risiken weiss man, dass bis zu 100 Prozent über die Franchise anfallen, bei schlechten Risiken dafür zwei Drittel über die Selbstbehalte, da schlechte Risiken meist tiefere Franchisen abschliessen – das versteht sich alles. Ich habe es einleitend gesagt: Ohne minimale überzeugende Anreize wird die Vorlage dann letztlich ein Papiertiger bleiben. Der Antrag der Minderheit Sommaruga Simonetta ist für mich ein Schritt, um die Minireform zu einem Erfolg zu führen. Nur solche Massnahmen können auch genügend Versicherte und vor allem nach meinen Einschätzungen auch Chronischkranke dazu bewegen, in Versorgungsnetze einzusteigen. Der Vorteil des Minderheitsantrages, wie er nun mit der Streichung von Absatz 3 daherkommt, ist, dass wir inskünftig Versicherte nicht bestrafen, sondern eben belohnen, wenn sie in Netzwerke gehen.

In diesem Sinne werde ich diesen Antrag ebenfalls unterstützen.

Stähelin Philipp (C, TG): Ich stelle etwas erstaunt fest, dass sich die Kommissionsmitglieder von der Mehrheit zur Minderheit hinbewegen. Das steht jedem frei; das ist klar. Ich wundere mich vor allem deshalb, weil die Mehrheit an sich eine Linie gefunden hat, welche dahin geht, den Vertragspartnern eine möglichst grosse Freiheit zu gewähren, damit hier möglichst gute Modelle gefunden werden, welche auch in Konkurrenz zueinander stehen können, und dass dadurch die Entwicklung gefördert werden soll. Wir haben das beim Eintreten behandelt. Wenn Sie jetzt mit der Minderheit stimmen, dann gehen Sie von diesem Weg völlig ab, dessen müssen Sie sich bewusst sein. Dann wählen Sie einen anderen Weg; dann wählen Sie den Weg, der wieder exakt vorschreibt: 10 Prozent oder 20 Prozent. Alle anderen Lösungen gehen dann nicht. Das sollten wir nicht tun. Wir sollten hier die Möglichkeiten offenhalten: Franchise, Selbstbehalt und übrigens auch Prämiengestaltung. Das geht dann auch nicht mehr.

Man muss hier also etwas vorsichtiger vorgehen. Ich bin auch alles andere als davon überzeugt, dass die Minderheit hier der Sache tatsächlich einen guten Dienst erweist. Sie müssen sich unter anderem auch überlegen, dass der Aufbau eines Managed-Care-Modells, eines Netzwerks, am An-

fang Geld kostet. Ich sage das ganz offen, weil die meisten Kantone hier kein Geld in die Hand genommen haben – mein Kanton war hier eine Ausnahme –, weil sich die Versicherer mit der Anfangsinvestition in der Regel zurückgehalten haben und weil die Leistungserbringer das Portemonnaie auch nicht hervorgehoben haben, um zu Beginn zu investieren. Deshalb ist die Sache vielerorts nicht in Bewegung gekommen. Wenn Sie jetzt aber der Minderheit zustimmen, dann haben die Vertragspartner am Anfang die Mittel gar nicht, um ein gutes Konzept in die Wege zu leiten. Es führt erst mit dem Gang der Dinge zu Kosteneinsparungen und damit auch dazu, dass Geld weitergegeben werden kann.

Man sollte hier vorsichtig vorgehen; ich bin deshalb nach wie vor für die Mehrheit.

Heberlein Trix (RL, ZH): Nur noch eine Zusatzbemerkung: Wir haben ja, es wurde jetzt von Philipp Stähelin erwähnt, klar gesagt, wir wollten die Freiheiten belassen.

Zur Vertragsgestaltung: Zu einer Gestaltung eines Vertrages gehören immer zwei Parteien, es sind nicht immer nur die Krankenkassen – die in der Ausgestaltung bis heute und im Angebot enttäuscht haben, das gebe ich zu. Es sind auch die Leistungsanbieter, die Modelle anbieten müssten. Dort ist natürlich die Frage: Wie können wir die fördern? Dort besteht für mich die grössere Problematik. Wir haben es den Kassen offengelassen – und ich denke, das gehört zu den Verträgen und Anreizen –, ob sie die Prämien reduzieren wollen, ob sie verschiedene andere Ausgestaltungen als Anreize konstruieren möchten. Und ich möchte noch einmal erwähnen: Für mich ist die Voraussetzung für eine echte Managed-Care-Organisation nirgends im Gesetz festgeschrieben. Wenn wir den Artikel übernehmen, wie er jetzt gemäss Minderheit steht, würde das beinhalten, dass alle Versicherten, die irgendwo mitmachen, sei es bei einfachen Hausarztmodellen, die sich als Managed-Care-Organisation bezeichnen, sei es bei Telefontragen oder aber bei Modellen komplexer Zusammenarbeit aller Beteiligten, wie es wirklich gewünscht wird für eine echte Managed-Care-Organisation, dass all diese Versicherten gleich behandelt würden. Die Alternative dazu wäre, dass das Bundesamt für Gesundheit ganz detailliert vorschreiben würde, was jetzt ein Managed-Care-Modell ist. Aber das wollen wir ja auch nicht, das behindert dann die Freiheit. Aber wenn obligatorisch festgeschrieben wird, dass man 10 respektive 20 Prozent Franchise nach Inkrafttreten des Gesetzes hat, dann müssen auch die Voraussetzungen für diese Privilegierung respektive Bestrafung bei nicht bei Managed Care versicherten Patienten genau formuliert werden. Dort habe ich eben Bedenken, dass das dann wiederum eine grosse Einengung ist. Daher habe ich mich der Mehrheit angeschlossen.

Saudan Françoise (RL, GE): Je comprends la nature de l'engagement à propos de cette disposition parce que c'est une disposition clé dans tout le système que nous allons mettre en place. Je suis tout à fait d'accord et je peux comprendre à la limite certaines positions qui ont été exprimées. Je comprends un peu moins celle de Monsieur Frick, parce que pour moi, la préoccupation majeure qui a prévalu tout le temps – et je suis encore à la tête du conseil paritaire de ce réseau –, c'est d'éviter que le réseau ne devienne un instrument dans lequel, en définitive, à travers la baisse des primes, on biaise de manière évidente la compensation des risques.

Je vous rappelle les discussions que nous avons déjà eues il y a environ cinq ans, lors du premier débat: à l'époque – j'étais membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique –, on était arrivés aussi à quelques résultats. Il est vrai qu'il y avait des éléments, et j'ai toujours regretté que le Conseil national n'ait pas amélioré notre projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'ait purement et simplement rejeté. Mais on ne refait pas l'histoire et, vraiment, je suis absolument persuadée que la proposition de la minorité, même si elle n'est pas parfaite, comporte beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients;

parce que le problème clé, c'est d'impliquer dans les réseaux de santé les personnes qui sont gravement malades, dont les pathologies lourdes se développent sur plusieurs années. A ce niveau-là, je crois que si l'on veut une incitation financière, ce ne peut être que celle qui vous est proposée par la minorité.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: On a évoqué les avantages de cette solution. Permettez-moi d'évoquer un ou deux désavantages qui ont été relativement peu évoqués. Monsieur Stähelin a dit avec raison que c'est un changement de philosophie qui est introduit. Mais regardez comment fonctionnera le système. Vous avez une participation aux coûts de 10 pour cent si vous êtes dans un système de Managed Care, sauf, bien sûr, dans les régions peu peuplées – qu'est-ce que c'est qu'une région peu peuplée par définition en Suisse? – où il n'y a pas de sociétés d'assurance qui offrent un système de Managed Care. Cela signifie que dans les régions peuplées – et on m'expliquera ce que sont les régions peuplées et les régions peu peuplées de la Suisse –, à une compagnie d'assurance qui est relativement petite et qui n'est pas en mesure d'offrir un système de Managed Care parce qu'elle est trop «faible», les gens paieront par définition 20 pour cent.

Cela signifie que dans la pratique vous introduisez, en adoptant cette règle, l'obligation d'avoir partout un système de Managed Care. Dans la pratique, c'est ça: vous obligez les compagnies d'assurance d'avoir partout un système de Managed Care! Aucune compagnie d'assurance ne pourra résister en disant à ses clients: «Si vous venez chez moi, vous aurez toujours 20 pour cent de participation aux coûts; si vous allez ailleurs, vous n'aurez que 10 pour cent.» Alors, qu'on oblige toutes les compagnies d'assurance à avoir le système de Managed Care; c'est bien si on sait de quel système il s'agit.

Comme on n'a pas défini le système dans la loi – Madame Sommaruga, à qui je rends hommage, voulait un système dans lequel il y a la responsabilité financière; elle voulait un système précis qui n'a pas été accepté pour des raisons que je trouve justifiées. Cela signifie que les compagnies d'assurance vont organiser n'importe quel système de Managed Care pour que leurs clients, dans toute la Suisse, peuplée ou faiblement peuplée, bénéficient du 10 pour cent.

Et ce sera très facile et malheureusement, vous allez ridiculiser le système du Managed Care en poussant les compagnies d'assurance à utiliser n'importe quel modèle inefficace pour que leurs clients bénéficient des 10 pour cent.

Si vous avez une définition du Managed Care telle que vous dites: «Tous ceux qui font le Managed Care selon telle formule ont droit à 10 pour cent et les autres à 20 pour cent», d'accord; mais ce n'est pas le cas. N'importe quel système peut être qualifié de système de Managed Care! Le système du «gatekeeper» évoqué par Madame Saudan n'est pas toujours efficace; il y a d'autres systèmes plus efficaces, mais dès l'instant où vous avez baptisé une offre «Managed Care» – c'est la réalité, Madame Saudan! –, vous aurez 10 pour cent au lieu de 20 pour cent. Tout le monde va faire cela et à la fin vous allez tuer le système de Managed Care, en désignant n'importe quelle forme d'organisation sous ce nom béni!

Alors je crois, avec Monsieur Stähelin, que dans la philosophie de votre système, vous ne pouvez pas adopter cette proposition. Encore une fois, Madame Sommaruga avait une autre vision qui dit: «Seuls les systèmes de Managed Care avec responsabilité financière sont acceptables.» Alors, si l'on partage cette vision des choses, on peut dire qu'on donne une récompense, 10 pour cent, 20 pour cent, parce qu'il est probable que les systèmes de Managed Care avec responsabilité financière – c'est probable, pas certain, parce que ce n'est pas facile à organiser – ont une probabilité d'efficacité plus grande. Je crois qu'on en est au point où vous ne pouvez pas introduire cet élément étranger, parce que cela aboutira à des contrefaçons. C'est la raison pour laquelle je vous propose de suivre la majorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 20 Stimmen

Für den modifizierten Antrag der Minderheit 16 Stimmen

Art. 18a

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Wir behandeln nun den verschobenen Antrag der Minderheit zu Artikel 18a Absatz 5bis.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wie Sie sich sicher erinnern, haben wir bereits in der Spitalfinanzierung in einer Vorlage 2 beschlossen, den Risikoausgleich zu verfeinern. Damit von den Versicherern keine Risikoselektion betrieben werden kann, haben wir mit Artikel 18a eine Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen. Neben dem Alter und dem Geschlecht sollen die Spitaltage des vergangenen Jahres in den Risikoausgleich unter den Versicherern Eingang finden. Dieses zusätzliche Risikoausgleichskriterium soll dazu führen, dass auch die jungen Krankenversicherten vermehrt von der neuen Risikoausgleichsformel als Empfänger von Zahlungen und nicht als Zahler in den Risikoausgleich erfasst werden.

Kollege Frick beantragt nun, dass darüber hinaus die bei Managed Care nachgewiesenen Kosteneinsparungen zu einer finanziellen Entlastung des jeweiligen Versicherers im Risikoausgleich führen. Dadurch können die Prämien für alternative Versicherungsmodelle deutlich tiefer angesetzt werden. Damit werden diese Versicherungsvarianten im Vergleich zu traditionellen Versicherungen und insbesondere zu Billigkassen günstiger und damit attraktiver. Auch könne die Risikoselektion noch weiter eingeschränkt werden.

Der Bundesrat und die Kommissionsmehrheit vertreten demgegenüber die Meinung, dass es nicht opportun sei, den Risikoausgleich erneut zu ändern. Mit der vom Ständerat beschlossenen Verfeinerung komme man dem berechtigten Anliegen bereits vollumfänglich nach. Zudem würde mit dem Antrag Frick den Versicherern ein neues Risikoinstrument in die Hand gegeben, das relativ starke Anreize schaffen würde, gesunde Junge in Gruppen zusammenzufassen und in die Managed-Care-Modelle zu bringen. An der Gleichbehandlung der Versicherten im Risikoausgleich würde nicht mehr festgehalten, das käme einer Entsolidarisierung der Versicherten gleich. Zudem würde sich das Bestimmen von Kosteneinsparungen äusserst schwierig gestalten. Die auf Kostenspareffekten basierenden Entlastungsfaktoren für Risikoausgleichsausgaben könnten kaum erhoben werden. Es wäre mit erheblichen Datenlieferungsproblemen zu rechnen. Der Anreiz, sich an den Modellen zu beteiligen, dürfe nicht via Risikoausgleich, sondern müsse über das Modell selbst gesetzt werden. Mit dem Risikoausgleich solle eine Gleichstellung unabhängig von der Risikolage der Versicherung erwirkt werden. Auf der Basis dieser Gleichstellung komme es dann zum Wettbewerb.

Deshalb empfiehlt Ihnen die Kommissionsmehrheit, den Minderheitsantrag abzulehnen.

Frick Bruno (C, SZ): Es geht bei diesem Minderheitsantrag darum, Patienten in die Managed-Care-Systeme zu bringen. Wir haben beim Eintreten ja ausgiebig darüber gesprochen: Eine Schwäche der Managed-Care-Systeme ist heute, dass vor allem gesunde Versicherte dort sind, jene, die keine Kosten verursachen und von billigen Prämien profitieren.

Es geht also darum, Managed-Care-Systeme für Kranke attraktiver zu gestalten. Attraktiver wird ein System über tiefere Prämien und tiefere Kosten. Mein Antrag will, dass die Kosteneinsparungen in einem Managed-Care-System nicht abfliessen. Heute fliesst ein grosser Teil der Kosteneinsparungen via Risikoausgleich wieder ab. Das ist unbestritten. Wenn das Geld abfliesst, muss man es dort holen, wo es hingeflossen ist – beim Risikoausgleich. Ich habe in der Diskussion in der Kommission oft gehört, dass der Risikoausgleich nicht dafür geschaffen sei. Aber wenn das Geld, das eingespart wird, vom Managed-Care-System in den Risikoausgleich abfliesst, müssen wir den Ausgleich dort schaffen.

Die Versicherer sollen im Managed-Care-System die eingesparten Kosten behalten können und sollen das Geld in vollem Umfang an die Versicherten weitergeben. Es ist keine Versichererschutzbestimmung, es ist eine Schutzbestimmung für die Versicherten. Kosten sparen wir im Managed-Care-System insbesondere bei der Behandlung von Kranken. Wenn ein System Kosten spart und das Geld im Managed-Care-System bleibt, kann der Versicherer mit diesem Antrag tiefere Prämien verlangen; das Geld fliesst an die Versicherten zurück.

Der Mechanismus ist einfach und ergibt sich klar aus dem Antrag: Zuerst werden Kosten eingespart. Es sind die Kostenersparnisse im Managed-Care-System gegenüber Behandlungen im traditionellen Versicherungssystem zu berechnen. Und diese Kosten können berechnet werden: Nach Darlegung von Krankenversicherern und Gesundheitsökonomien ist es ohne erheblichen Zusatzaufwand möglich zu berechnen, wie viele Kosten eingespart wurden.

Zum Zweiten: Für diese Einsparung erhalten die Krankenversicherer einen Bonus aus dem Risikoausgleich. Der Bundesrat regelt die Details.

Zum Dritten: Diese Gutschriften müssen vollumfänglich an die Versicherten weiterfliessen, sei es durch Prämienreduktion oder sei es durch Reduktion der Kostenbeteiligung.

Mit diesem Antrag, so sind wir überzeugt, können wir eine Hauptschwäche der Vorlage beseitigen: Zum Ersten wird die Vorlage für die Versicherten attraktiv, weil Einsparungen nicht abfliessen, sondern bei ihnen bleiben; zum Zweiten erhalten Versicherer dadurch einen Anreiz, Managed-Care-Systeme vermehrt zu propagieren.

Nun haben Sie auch einen Brief der FMH erhalten. Die FMH unterstützt dieses System, sie unterstützt unseren Antrag, wie sie auch den Antrag der Minderheit Sommaruga Simonetta unterstützt hat. Die Ärzte haben erkannt: Mit dieser Massnahme können wir Kosten sparen und die Einsparungen den Versicherten weitergeben. Es sind jene Ärzte, welche sich für diese Managed-Care-Systeme engagieren wollen. Ich bitte Sie, bei diesem Antrag die Unterstützung der FMH zu beachten.

Das Geld soll damit retour an die Versicherten gehen, nämlich an jene, welche es durch ihr Mitwirken am Managed-Care-System eingespart haben.

Ich danke Ihnen für die Unterstützung.

Brunner Christiane (S, GE): Je crois qu'on arrive à un point très délicat, dans la mesure où la disposition sur la compensation des risques dont nous discutons n'existe pas dans la loi à l'heure actuelle: il n'y a pas d'article 18a; il n'a pas encore passé à la moulinette du Conseil national et il n'est évidemment pas en vigueur.

Nous, nous avons affiné la compensation des risques en demandant des critères supplémentaires à l'âge ou au sexe, par exemple concernant la morbidité. Nous avons introduit cela lorsque nous avons décidé aussi du financement des hôpitaux.

Maintenant, il y a un peu de confusion dans les positions de la FMH et des autres organisations, parce qu'ils aimeraient bien que l'on affine la compensation des risques avec les critères de morbidité, mais pas seulement dans le cadre du Managed Care. Monsieur Frick joue avec ce qui a été exposé lors des auditions; j'ai tout relu, il est vrai que tout le monde est intervenu pour demander un affinement de la compensation des risques. Nous l'avons bien compris, nous l'avons fait. Si maintenant on introduit encore une autre catégorie dans la question du Managed Care, il ne s'agit plus seulement d'affiner les critères de la compensation des risques.

Monsieur Frick nous dit qu'on veut avoir dans les réseaux de soins intégrés surtout les malades et que sa proposition sert à faire en sorte que les malades en profitent. Mais cela n'est pas possible parce qu'en fait, si vous enlevez ce que vous devez payer pour les jeunes, dans la compensation des risques, vous n'attirez pas les malades, mais des jeunes puisque vous leur donnez en fait une réduction de prime importante à la charge de la compensation des risques.

Je crois qu'il y a vraiment une erreur de logique à vouloir introduire ici un attrait pour faire entrer les personnes dans les systèmes de Managed Care, dans la mesure où on va être surtout attirant pour les jeunes – que l'on a attiré d'ailleurs par des moyens publicitaires qui parfois me font tousser; mais enfin, c'est une autre question.

Je crois véritablement que cette proposition n'est pas faite pour attirer les malades. Elle est faite pour continuer finalement à attirer des jeunes et à pouvoir leur faire des réductions de prime sur la base de cette disposition. Il est vrai que si l'on n'a pas beaucoup de gens malades, on ne peut pas faire beaucoup d'économies. Alors, il est contradictoire de dire: «On veut attirer les gens malades», car ils ne vont pas venir pour que l'assurance fasse des économies!

Je crois donc que la proposition Frick, c'est vraiment quelque chose pour les assurances qui ont fait de la publicité pour des systèmes de Managed Care dans lesquels elles ont essentiellement intégré des jeunes et qui, maintenant, n'arrivent plus à leur proposer des primes suffisamment basses. C'est la raison pour laquelle on veut travailler ici en ne payant pas la part de la compensation des risques qui est due.

Sur l'ensemble du système, à part la complexité dont on a parlé tout à l'heure – chaque système de Managed Care sera pris pour lui-même, et ça, c'est d'une complexité énorme –, il y a encore le fait que la solidarité entre les plus âgés et les plus jeunes, avec en plus les facteurs de morbidité que nous avons introduits, entre les bien portants et les malades, va finalement disparaître. Avec cela, si la proposition de la minorité Frick est suivie jusqu'au bout, je pense qu'il n'y aura plus à la fin de compensation des risques du tout parce que ce ne sera ni praticable, ni justifié de faire un autre système pour les assureurs qui pratiquent le Managed Care.

Je pense qu'à l'article 18a alinéa 5bis, il faut impérativement rejeter la proposition de la minorité Frick.

David Eugen (C, SG): Nach meiner Meinung vermischt der Antrag der Minderheit Frick zwei Dinge, nämlich die Risiken und die Leistungen. Das sind zwei ganz unterschiedliche Dinge, die man nicht vermischen darf. Die Risiken im Krankenversicherungsbereich bestehen darin, dass die einen Versicherer ältere und kranke Versicherte haben und die anderen junge und gesunde. Zwischen diesen beiden unterschiedlichen Risikoebenen wird ein Ausgleich geschaffen; das ist die Aufgabe des Risikoausgleichs. Dessen Kriterien müssen auf den Risikoausgleich konzentriert sein; man darf keine anderen Elemente hineinbringen, wenn man ihn nicht verfälschen will.

Die Minderheit sagt jetzt aber mit ihrem Antrag: Wir wollen über den Risikoausgleich die Unterschiede bei den Leistungskosten ausgleichen, also die Unterschiede zwischen jenen, die gute Leistungen erbringen, und jenen, die schlechte Leistungen erbringen. Das darf man nicht über den Risikoausgleich machen; man muss es über die Prämien machen, über billigere Prämien und über tiefere Kostenbeteiligungen, was wir vorher besprochen haben. Man muss es also auf der Leistungsseite machen.

Wenn wir dem Antrag der Minderheit folgen würden – ich teile völlig die Meinung von Frau Brunner –, würden wir starke Anreize zu einer Risikoselektion setzen. Wir würden starke Anreize setzen, wenn Risikoausgleichszahlungen vermieden werden könnten. Risikoausgleichszahlungen kann man vor allem dann vermeiden, das wissen wir alle, wenn man Junge und Gesunde in eine Versicherung bringt. Dieser Anreiz besteht heute schon, aber wir haben ihn vermindert mit unserem Vorschlag, den wir im letzten Paket drin hatten, mit einer Verbesserung des Risikoausgleichs Richtung Morbidität. Das würden wir wieder zunichte machen, wenn wir auf diese Lösung einsteigen würden, die eigentlich den Anreiz, Risikogruppen mit jungen, gesunden Versicherten zu bilden, wieder verstärken würde.

Ich möchte Ihnen also empfehlen, diesen Weg nicht zu gehen, hier der Mehrheit zu folgen und Risikoausgleich und Managed-Care-Modelle auseinanderzuhalten. Die Vorteile

von Managed-Care-Modellen müssen auf der Leistungsseite liegen: Kostenbeteiligung und Prämie. Der Risikoausgleich soll die Risiken, die in unterschiedlichen Versicherungsgemeinschaften auftreten, objektiv ausgleichen. Risiken und Leistungen sind zwei unterschiedliche Dinge; ich bitte Sie, sie nicht zu vermischen.

Fetz Anita (S, BS): Ich bitte Sie auch, diesen Antrag nicht zu unterstützen; dies aus zwei Gründen.

1. Da kann ich an das Votum von Kollege David anknüpfen: Der Risikoausgleich, das wissen Sie, wird zurzeit revidiert, ist im Moment in unserem Schwesterrat und wird verfeinert. Das heisst, wir sollten nicht jetzt noch eine Änderung indirekt draufladen. Das würden wir tun, wenn wir den Risikoausgleich jetzt hier hineinnähmen.

2. Das habe ich vorhin gesagt, und das halte ich für wesentlich: Die Umsetzbarkeit dieses Antrages ist mehr als fraglich. Es ist sehr kompliziert, das alles auszurechnen, und damit wird er für die einzelnen Netzwerke nicht praktikabel. Ich zitiere Ihnen aus dem Gutachten des BAG: «Ein Anstieg der Fehlerquote der übermittelten Daten wäre zu erwarten. Zusätzliche Kontrollen bei den Versicherern durch die Revisionsstellen der Krankenversicherer und durch die gemeinsame Einrichtung, also die Netzwerke, wären notwendig. Es müsste von erheblichen zusätzlichen Aufwendungen ausgegangen werden.» Sonst sind Sie ja auch immer gegen administrativen Aufwand.

3. Der allerwichtigste Grund: Wenn wir den Risikoausgleich in die Managed-Care-Netze integrieren, dann ist das – das ist für mich klar – ein Anreiz für gesunde, nicht für kranke Versicherte. Genau das brauchen wir nicht. Wir brauchen einen Anreiz für jene, die davon profitieren, dass die Behandlungskette optimiert wird, und das sind die Kranken. So aber würde noch mehr Anreiz geschaffen, die Risikoselektion innerhalb von Netzwerken zu erhöhen.

Diese drei Gründe sprechen für mich ganz klar gegen diesen Antrag.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich spreche hier nicht als Kommissionspräsidentin, sondern als Vertreterin der Minderheit. Herr Kollege Frick, Sie haben vorher etwas voreilig nach dem Motto «Gibst du mir die Wurst, so lösch ich dir den Durst» für Ihr Anliegen geworben. Die Wurst wurde jetzt nicht gegeben, so müsste auch der Durst nicht gelöscht werden. Aber ich bin der Meinung, dass man diese beiden Anliegen nicht verbinden sollte und man somit der Optimierung des Risikoausgleichs zustimmen kann. Durch die neue Regelung sollen die vom jeweiligen Krankenversicherer in den Managed-Care-Modellen nachgewiesenen Kosteneinsparungen zu einer finanziellen Entlastung dieses Versicherers im Risikoausgleich führen. Die Einsparungen können nicht nur durch eine Prämienverminderung – das wurde verständlicherweise in keinem Votum der Mehrheit vorgetragen –, sondern allenfalls auch durch eine Reduktion der Kostenbeteiligung weitergegeben werden. Es ist also nicht so, dass dadurch nur Prämien vermindert und damit gesunde Leute in diese Modelle geholt werden. Es kann ebenso gut die Kostenbeteiligung vermindert werden, was die Kranken in die Modelle bringt. Das wollte auch Frau Sommaruga mit ihrem Antrag, den Sie leider abgelehnt haben. Deswegen vertrete ich die Meinung, dass man dieser Optimierung sehr wohl zustimmen kann, weil dadurch die Leute in die Modelle geholt werden.

Frau Fetz, Sie haben vorhin zitiert, was uns vom BAG zugegangen ist. Das BAG sagt ja, die Abwicklung sei viel zu kompliziert und diese detaillierten Angaben seien gar nicht vorhanden. Meine Informationen sind aber ganz anderer Art. Ich habe die Information, dass die Krankenversicherer schon heute dem BAG detaillierte Angaben über die Versichertenstruktur in den Modellen und über deren Kosten liefern müssen und dass anhand dieser Unterlagen das BAG schon heute prüft, ob die Prämienrabatte in den Alternativmodellen aufgrund der ausgewiesenen Kosteneinsparungen gerechtfertigt sind oder nicht. Deshalb sei die Datenlieferung zum Risikoausgleich auch kein Problem, weil die Krankenversi-

cherer schon heute über diese Daten verfügen und sie mit einer einmaligen Anpassung der Schnittstellen differenziert für traditionell oder für Managed-Care-Versicherte liefern können. Wahrscheinlich stellt sich einfach die Frage: Will man, oder will man nicht? Denn die Daten sind vorhanden, sie können geliefert werden. Da liegt für mich sicher nicht der Grund, weshalb man hier nicht zustimmen kann. Ich bitte Sie also, der Minderheit zu folgen.

Stähelin Philipp (C, TG): «Will man, oder will man nicht?» haben wir eben gehört, die Daten seien vorhanden. Aber lesen Sie diesen Text durch: Diese Übung kostet administrativ Geld, das ist verwaltungsmässig nicht einfach. Schauen Sie, es ist ja bezeichnend, dass dort, wo es um die Wurst geht, nämlich beim Vollzug, ausdrücklich gesagt wird: «Der Bundesrat legt in seinen Ausführungsbestimmungen fest» – wie wenn er das nicht ohnehin müsste. Das ist der Ausweg, weil man nämlich nicht sauber gesehen hat, wie das administrativ überhaupt lösbar ist.

Ich lese zurzeit im Vorfeld der nächsten Abstimmung über die Einheitskasse überall, wie hoch die Verwaltungskosten beim bisherigen System seien. Diese Geschichte treibt die Verwaltungskosten nach oben! Das ist für mich der Grund, hier Nein zu stimmen. Ich war aus dem gleichen Grund schon gegen die sogenannte Verfeinerung des Risikoausgleichs, wie wir ihn beschlossen haben. Es gibt einfachere Systeme. Ich habe mit Vergnügen oder Freude festgestellt, dass jetzt auch der Bundesrat die Hochrisikogeschichte prüfen will. Das scheint mir ein administrativ sinnvollerer Weg zu sein; ich hoffe, es geht in diese Richtung. Wenn wir hier diesen Artikel 18a noch einfügen, verlassen wir wieder einen Pfad der Tugend, den mindestens der Bundesrat jetzt offenbar einzuschlagen gedenkt.

Ich bitte Sie, hier aus diesen Überlegungen – Verwaltungskosten – Nein zu sagen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: J'allais conclure comme Monsieur Stähelin: lisez le texte! Lisez le texte pour voir si on peut ou si on ne peut pas réaliser cette proposition. D'abord, si on lit le texte, on a une première hésitation: s'agit-il de la compensation des risques entre les modèles d'assurance alternatifs, est-ce à l'intérieur d'une compagnie d'assurance spécifique, ou est-ce entre les compagnies d'assurance qu'elle doit être fixée? Si on lit le texte, on a le sentiment que la compensation est une deuxième compensation entre les différentes compagnies d'assurance, et pas seulement à l'intérieur d'une compagnie d'assurance.

Monsieur Frick, d'après ce que j'ai compris, dit non, c'est plutôt à l'intérieur d'une compagnie d'assurance qu'il faut faire une compensation des risques et faire bénéficier les assurés dans les systèmes alternatifs des économies qui ont été faites. Mais en effet, quelles économies? Elles sont attestées par les assurances.

Je prendrai la vision contraire de celle de Madame Brunner en arrivant à la même conclusion. Si vous avez réussi à inciter toute une série de gens qui coûtent très cher, parce qu'ils ont des maladies graves, à entrer dans un système d'assurance alternatif, il est possible, même probable, que vous ferez des économies par rapport à ce qu'ils auraient coûté s'ils n'avaient pas été membres de ce système. Mais de toute façon, elles ont coûté beaucoup plus cher que leurs primes.

Si vous avez un assuré atteint d'une grave maladie cardiaque ou d'un diabète grave, il va coûter plus cher que sa prime. Mais s'il est dans un système alternatif, s'il est bien traité, il coûtera moins cher que s'il n'avait pas été dans ce système, mais toujours beaucoup plus cher que la prime. Alors, les assurances devraient dire: «Cette personne nous a coûté 15 000 francs, mais si elle n'était pas dans le système d'assurance alternatif, elle nous aurait coûté 25 000 francs; par conséquent, je dois mettre 10 000 francs de plus encore à disposition du système alternatif pour récompenser l'ensemble de ce système alternatif qui nous a permis de faire cette économie.» C'est kafkaïen! Finalement, c'est impossible à réaliser.

Et les assurances? C'est le Conseil fédéral qui fixe la manière – on nous fait une grande confiance, merci! – dont les économies sont créditées en faveur des assurés des modèles alternatifs. Mais qui fixe l'économie réalisée? D'après le texte, ce sont les assureurs-maladie. Alors, les assureurs-maladie vont dire qu'ils auront économisé tant grâce à ça, et ils le remettront. Pourquoi faire tout ce détour? S'ils ont la conviction d'avoir économisé en ayant des gens dans les systèmes alternatifs, ils vont directement réduire les primes, ou donner un avantage aux gens qui veulent faire partie de ce système.

Je vois que Madame Brunner a un train à prendre. Je m'arrête là et je vous invite à voter non à cette proposition.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 14 Stimmen

Dagegen 20 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2

Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Antrag Sommaruga Simonetta

Abs. 3

Artikel 64 Absatz 2 tritt nur in Kraft, falls die Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (Kostenbeteiligung) vom in Kraft tritt.

Ch. II

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2

Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Proposition Sommaruga Simonetta

Al. 3

L'article 64 alinéa 2 entre en vigueur uniquement si la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (participation aux coûts) du entre en vigueur.

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Wir haben im Rahmen der Abstimmung über Artikel 64 bereits über den Antrag Sommaruga Simonetta entschieden.

Angenommen gemäss Antrag der Kommission

Adopté selon la proposition de la commission

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

Für Annahme des Entwurfes 16 Stimmen

Dagegen 3 Stimmen

(12 Enthaltungen)

Zwölfte Sitzung – Douzième séance

Mittwoch, 16. Juni 2010

Mercredi, 16 juin 2010

08.30 h

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

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

Fortsetzung – Suite

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)

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Gesundheitspolitische Reformen haben es schwierig: Sie stehen immer im Spannungsfeld divergierender Kräfte, und es gibt Blockaden durch Referendumsdrohungen von Interessenvertretern wie auch durch ideologische Grabenkämpfe. Die vorliegende KVG-Revision Managed Care oder Integrierte Versorgung – die Begriffe werden als Synonyme verwendet – versucht, für Patienten, Versicherte, Leistungserbringer und Versicherer eine Balance zwischen Regulierung und Wettbewerb sowie zwischen Rechten und Pflichten zu finden. Mit der Vorlage sollen die Behandlungsprozesse optimiert, soll die Behandlungsqualität gestärkt und das Kostenwachstum gebremst werden; sie lässt Versicherten wie auch Patienten Wahlfreiheit.

Zur Ausgangslage: Nach dem Scheitern der KVG-Revision in der Wintersession 2003 hat der Bundesrat im Mai 2004 die KVG-Revision dem Parlament in Form von Teilvorlagen unterbreitet, unter anderem die Vorlagen 1B, Vertragsfreiheit, und 1D, Kostenbeteiligung, und im September 2004 die Teilvorlage 2B, Managed Care. Letztere wurde vom Ständerat im Dezember 2006 verabschiedet, die Vorlage Kostenbeteiligung bereits im September 2004. In der Wintersession 2008 ist der Ständerat auf die Vorlage Vertragsfreiheit nicht eingetreten.

Weil ein innerer Zusammenhang zwischen den drei Teilvorlagen Managed Care, Kostenbeteiligung und Vertragsfreiheit besteht, hat die SGK beschlossen, die drei Teilrevisionen in einer Vorlage zusammenzufassen und sie als Vorlage Managed Care zu beraten und Ihnen zu unterbreiten. Die Subkommission KVG, welche mit der Ausarbeitung der Vorlage beauftragt wurde, hat Hearings mit sechs verschiedenen Netzwerkvertretern, mit Vertretern der Kantone und der FMH und mit Vertretern von Santésuisse durchgeführt. Die

Netzwerkvertreter haben trotz unterschiedlicher Ausgestaltung der Versorgungsnetze grundsätzlich alle die gleichen Erwartungen an die Gesetzgebung. Managed Care braucht optimale gesetzliche Bedingungen, insbesondere in folgenden Bereichen:

1. Neben einer Prämienvergünstigung braucht es auch eine tiefere Kostenbeteiligung für Versicherte im Netz.
2. Es braucht eine Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern.
3. Es braucht Budgetmitverantwortung. Die Versorgungsnetze haben damit positive Erfahrungen gemacht.
4. Es braucht eine gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

In der Folge hat die Subkommission Eckwerte für die Ausgestaltung der Managed-Care-Vorlage definiert. Gestützt auf diese Eckwerte sowie auf der Grundlage der drei bundesrätlichen Teilrevisionen wurde die heutige Gesetzesvorlage erarbeitet. Die Erfahrungen und Empfehlungen der Vertreter der integrierten Versorgungsnetze sind in die Vorlage eingeflossen.

Zum Inhalt der Revisionsvorlage: Die zentralen Elemente der Vorlage sind die Verpflichtung der Krankenversicherer, Managed-Care-Modelle anzubieten, Budgetmitverantwortung für die integrierten Versorgungsnetze sowie eine tiefere Kostenbeteiligung für Versicherte. Zu den wichtigsten Bestimmungen im Einzelnen:

1. Zur Verpflichtung der Versicherer, Managed-Care-Modelle anzubieten, Artikel 13 Absatz 2 Litera g: Da stellt sich die Frage, was in das Angebot einer obligatorischen Grundversicherung gehört. Wenn wir einen Paradigmenwechsel hin zur integrierten Versorgung wollen, müssen die Versicherer entsprechende Versicherungsprodukte anbieten.

2. Zur Budgetmitverantwortung für Netzwerke gemäss Artikel 41c Absatz 4: Leistungserbringer müssen neben der fachlich-qualitativen auch eine finanzielle Verantwortung für Behandlungen übernehmen. Koordinationsmängel und Schnittstellenprobleme gehören zur Tagesordnung und verursachen sinnlose Kosten ohne Nutzen für Patienten. Wenn Leistungserbringer auch für die Kosten Verantwortung haben, werden Behandlungsprozesse optimiert und nutzlose Leistungen nicht erbracht. Leistungserbringer sollen auch an der Gesundheit der Patienten verdienen können. Integrierte Versorgungsmodelle, beispielsweise mit Capitation, ermöglichen das. Es wird interessanter, mit Patienten Lebensstilfragen anzugehen, sodass durch ein gesünderes Leben Therapiekosten reduziert oder vermieden werden können.

3. Zur tieferen Kostenbeteiligung und zu weiteren Anreizen für Versicherte: Die freie Arztwahl bleibt den Versicherten erhalten. Sie wird in qualitativer Hinsicht gestärkt, weil Versicherte ihr Wahlrecht künftig bewusst ausüben. Wer das Wahlrecht als quantitative Option versteht, willkürlich jederzeit Ärzte aufsuchen und wechseln zu können, wird sich künftig stärker an den Kosten beteiligen müssen; für diese Personen gilt künftig ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Ein Selbstbehalt von 10 Prozent oder weniger kommt ausschliesslich in Managed-Care-Modellen zur Anwendung. Die Leistungen können gegenüber der ordentlichen Versicherung erweitert, aber nicht reduziert werden. Ein Vertrag kann für eine Dauer von bis zu drei Jahren abgeschlossen werden. Bei überdurchschnittlicher Prämienerrhöhung wie auch bei Versicherungsänderungen kann ein Wechsel erfolgen; Versicherte können sich zudem jederzeit wieder freikaufen. Grundsätzlich profitiert der Patient in einem Managed-Care-Modell von einer qualitativ optimierten Behandlung bei tieferen Prämien und tieferer Kostenbeteiligung.

Artikel 41c KVG ist der Kern der Gesetzgebung. «Managed Care» wird hier durch «integrierte Versorgung» ersetzt. Die Begriffe werden synonym verwendet. Ein integriertes Versorgungsnetz wird als Zusammenschluss von Leistungserbringern zwecks Koordination der medizinischen Versorgung und Steuerung des Behandlungsprozesses über die ganze Behandlungskette definiert. Detaillierte Vorgaben für Managed-Care-Modelle werden keine gemacht. Mit Rücksicht auf Patientenbedürfnisse, bestehende Strukturen, Innovationen, Regionen usw. können Netzwerke unterschiedlich aus-

gestaltet werden. Der Patient wählt den Arzt seines Vertrauens und wird von ihm durch das komplexe System der Gesundheitsversorgung gesteuert. In der Regel wird das der Hausarzt sein; denkbar ist aber auch, dass in speziellen Fällen, bei besonderen Krankheitssituationen, Spezialisten die Aufgabe des Gesundheitsmanagers oder Koordinators übernehmen. Ziel ist, durch einen strukturierten Behandlungsprozess über die ganze Behandlungskette sowohl die Qualität wie die Kosteneffizienz der Leistungen zu optimieren. Dadurch werden Überdiagnostik, Mehrfachbehandlungen, Interaktionen von Medikamenten sowie unnötige Arztkonsultationen und Spitaleinweisungen vermieden. In einem Vertrag zwischen dem Versorgungsnetz und dem Krankenversicherer werden Einzelheiten der Zusammenarbeit – Datenaustausch, Qualitätssicherung und Leistungsvergütung – geregelt. Subsidiär kann der Bundesrat Anforderungen an Qualität und Budgetmitverantwortung festlegen.

4. Besondere Versicherungsformen wie Listenmodelle, Wahlfranchisen, telefonische Beratungsdienste und einfache Hausarztmodelle sind weiterhin möglich. Die Versicherten können dabei von günstigeren Prämien, nicht aber von einer tieferen Kostenbeteiligung profitieren.

5. Zu den Übergangsbestimmungen und zur Verfeinerung des Risikoausgleiches: Die Managed-Care-Vorlage soll am 1. Januar 2012 in Kraft treten, mit einer Übergangsfrist von drei Jahren. Solange kein Managed-Care-Angebot besteht, gilt für Versicherte eine Kostenbeteiligung von 10 Prozent. Falls innerhalb der dreijährigen Übergangsfrist kein flächendeckendes Angebot geschaffen wird, schlägt der Bundesrat dem Parlament Massnahmen vor. Die SGK sieht davon ab, mögliche Folgen zu konkretisieren, obwohl es eigentlich nur zwei Möglichkeiten gibt: entweder eine selektive Aufhebung des Vertragszwanges oder eine staatliche Versorgungsplanung.

Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen von Managed Care ist ein gutfunktionierender Risikoausgleich. Die SGK schlägt daher vor, den Risikoausgleich neben dem bereits beschlossenen Kriterium eines Spitalaufenthaltes von mindestens drei Tagen per 1. Januar 2012 mit einem zusätzlichen Morbiditätsindikator zu verfeinern. Details dazu werden vom Bundesrat geregelt.

Seit der Einführung des KVG, ja, schon seit zwanzig Jahren – das Forum Managed Care feiert morgen in Zürich das zwanzigjährige Jubiläum – sind integrierte Versorgungsmodelle auf freiwilliger Basis möglich. Gut 30 Prozent der Versicherten sind mittlerweile Managed-Care-versichert, davon etwa 10 Prozent in einem Modell mit Budgetmitverantwortung. Für die einen, vor allem für die Pioniere, ist das eine erfreulich hohe Zahl; nach zwanzig Jahren Managed Care und vierzehn Jahren KVG ist es aber doch eher eine bescheidene Zahl, was vor allem auf die mangelnden Anreize zurückzuführen ist. Die Anreize müssen verbessert werden, wenn wir in der obligatorischen Krankenversicherung einen Paradigmenwechsel hin zur integrierten Versorgung herbeiführen wollen.

Wir haben es heute in der Hand, für die ambulante Versorgung eine solide, zukunftstaugliche Grundlage zu schaffen. Nach dem Grundsatz «So viel Handlungsspielraum wie möglich und so wenig Regulierung wie nötig» legt Ihnen die SGK eine ausbalancierte Gesetzesrevision vor, welche im Interesse einer optimalen, qualitativ guten und kosteneffizienten Gesundheitsversorgung allen Akteuren einen Beitrag abverlangt. Die SGK ist ohne Gegenstimme auf die Vorlage eingetreten und hat ihr in der Gesamtabstimmung mit 17 zu 5 Stimmen bei 4 Enthaltungen zugestimmt.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten und in der Detailberatung den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Cassis Ignazio (RL, TI), per la commissione: Quale medicina vogliamo in Svizzera nel 2020? Quale medicina vogliamo a livello ambulatoriale? Ogni anno assistiamo impotenti al lamento continuo della popolazione riportato dai media che i premi di cassa malati aumentano, aumentano, aumentano, e la politica impotente assiste e non fa nulla. Ora abbiamo la possibilità di fare qualcosa, non qualcosa di improvvisato

come purtroppo ci siamo trovati a fare l'anno scorso con le misure urgenti per il contenimento dei costi, ma qualcosa di strutturato, qualcosa che nasce da un lavoro approfondito e diligente, svolto nella commissione della sicurezza sociale e della sanità durante più di un anno. Questo qualcosa si chiama «managed care», una parola inglese. Questa «managed care» non ha nulla a che fare con i manager, con i boni dell'UBS e con la piazza finanziaria. «Managed care» significa semplicemente «cure gestite», significa cioè migliorare il coordinamento delle cure all'interno della medicina ambulatoriale, migliorarne di conseguenza la qualità e migliorarne di conseguenza anche l'efficienza. Oggi, questo modello di funzionamento del sistema sanitario esiste in Svizzera praticamente soltanto nella Svizzera tedesca, è invece assente nella Svizzera italiana, in Ticino in particolare, ed è quasi assente nella Svizzera romanda, con l'eccezione del Canton Ginevra che dispone di un'organizzazione importante. Questo spiega anche perché negli ultimi giorni che hanno preceduto questo dibattito parlamentare abbiamo ricevuto importanti opposizioni anche da parte di medici di queste regioni che in gran parte ignorano il funzionamento concreto di un sistema di managed care. Per non spaventare ulteriormente, abbiamo tolto dalla legge il termine «managed care» e abbiamo introdotto il termine di «reti di cure integrate». Quindi diciamo chiaramente che cosa vogliamo: Vogliamo l'integrazione delle cure, vogliamo una governanza delle cure, di modo che il tutto avvenga in modo razionale, senza dispersione di risorse e senza inefficienze, doppioni e insicurezze talvolta anche problematiche o nefaste per i pazienti. La commission s'est penchée sur cette importante réforme de la LAMal. C'est une réforme qui, juste quelque temps après la réforme du secteur stationnaire, vous propose un changement important qui a comme but de garantir la durabilité de notre système de santé pour les années à venir. Notre question, aujourd'hui, est la suivante: quelle médecine voulons-nous en Suisse en 2020? La réforme de la médecine ambulatoire dont on traite aujourd'hui est une réforme importante qui va dessiner le panorama de la médecine dans les dix à vingt prochaines années.

On entend toujours, aujourd'hui, que les Suisses sont satisfaits de leur système de santé. Nous savons que nous avons un très bon système de santé, mais, hélas! on entend chaque année le lamento de la hausse des primes qui nous frappe au printemps une première fois, puis en automne une deuxième fois. On dit tout le temps que la politique ne fait rien, ne sait rien faire; ce n'est pas vrai! La politique, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, a procédé à une grande réforme de cette loi en 2001. Une deuxième grande réforme était prévue par le Conseil fédéral, mais elle a échoué devant notre Parlement en décembre 2003. Dès lors, le Conseil fédéral a décidé de couper en morceaux cette grande réforme et d'en faire sept réformes partielles.

Parmi ces sept réformes, certaines concernaient la médecine hospitalière. Je pense au financement dual fixe, aux forfaits par cas. Ce sont des décisions que nous avons prises tous ensemble en décembre 2007. Cette importante réforme du secteur stationnaire entrera définitivement en vigueur au 1er janvier 2012.

Maintenant, nous voilà donc en train de toucher l'autre secteur de la médecine – un secteur qui touche certes moins les coûts de la santé, c'est vrai, mais qui les touche néanmoins profondément –, c'est le secteur de la médecine ambulatoire. Quand on dit «managed care», on pense surtout «médecine ambulatoire», mais attention, pas seulement «médecine ambulatoire»! Les réseaux de soins intégrés sont tout à fait imaginables et possibles avec des hôpitaux, des médecins qui collaborent de manière structurée et formelle avec des hôpitaux.

Les hôpitaux ne sont donc pas du tout exclus. Et quand je dis «médecins», je dis «fournisseurs de prestations». Les réseaux de soins intégrés ne sont pas que des réseaux de médecins: ce sont des réseaux de médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, toutes sortes de professionnels de la santé, qui sont en mesure de garantir à notre population les meilleurs soins possibles à un prix qui nous permet de

garantir la durabilité du système. Car c'est ça le véritable problème!

Nous investissons aujourd'hui 2 milliards de francs en plus chaque année pour notre système de santé sans nous poser la question de savoir quel est le retour sur investissement. Pourquoi chaque année ces 2 milliards de francs supplémentaires? Que se passe-t-il avec cet argent? Où est-ce qu'il finit? Sommes-nous en meilleure santé? Est-ce que tout va bien? Oui, nous sommes évidemment contents; nous avons un bon système. Mais nous dépensons chaque année 2 milliards de francs supplémentaires, c'est plus que ce qu'on devrait dépenser par rapport au coût de la vie. A moyen et à long terme, ce n'est pas viable. La politique le sait: nous devons agir!

La commission l'a fait. Elle a élaboré un projet de modification de la LAMal qui est cohérent, dont l'architecture est claire, qui est bien construit, qui prévoit des sacrifices pour tout le monde. Les assureurs sont obligés par exemple de garantir sur leur territoire d'action un contrat de soins intégrés, ce qu'ils ne voulaient pas au départ. Mais ils seront contraints de le faire si vous acceptez ce projet. Le sacrifice pour les médecins est d'accepter de collaborer dans des réseaux de soins. La plupart d'entre eux travaillent déjà dans des réseaux de soins, mais de manière informelle. Il s'agit donc de mieux travailler ensemble, de manière formelle, et de porter aussi une coresponsabilité financière – c'est la fameuse coresponsabilité budgétaire –, laquelle ne relève pas de la responsabilité du seul médecin, puisque c'est aussi une responsabilité de l'organisation qui regroupe les médecins.

Le troisième sacrifice est demandé aux assurés. Evidemment, nous les citoyens assurés avons aussi notre rôle à jouer. Si nous nous faisons soigner dans ces réseaux de soins, nous allons payer des primes moins élevées et notre participation aux coûts sera moindre. Si par contre nous décidons d'avoir le libre choix total du médecin, nous serons alors appelés à payer une prime un tout petit peu plus élevée et une participation aux coûts de 20 pour cent.

La grande angoisse de cette modification de la loi est que cela pourrait supprimer le fameux terme «libre choix du médecin». Mais quand vous allez à l'hôpital, vous êtes contents d'être soignés; vous n'avez pas le libre choix du médecin! On vous accueille; on vous soigne de manière correcte. Cela dérange-t-il quelqu'un?

Dans la médecine ambulatoire, si vous choisissez un réseau de soins, c'est-à-dire une organisation qui compte entre 20 et 50 médecins, vous avez un libre choix entre 20 et 50 médecins. Si ceci ne vous convient pas, vous pouvez changer de réseau et trouver d'autres médecins. Si finalement, tous les réseaux ne disposent pas des médecins que vous désirez, vous pouvez toujours choisir un médecin en dehors du réseau.

A partir du 1er janvier 2012, le moratoire sur l'installation de nouveaux cabinets médicaux sera caduc. A ce moment-là, tout médecin qui sera actif en Suisse et possédant un diplôme correct pourra exercer à la charge des caisses-maladie. L'obligation de contracter sera donc totale pour chaque médecin, à partir du 1er janvier 2012. Pourquoi notre Parlement accepte-t-il cela? Parce que la commission est convaincue que si la grande majorité de la population se fait soigner dans des réseaux de soins intégrés, il ne sera pas nécessaire d'introduire de nouvelles mesures de police sanitaire comme celles du moratoire.

Voilà toute une série de réflexions de base que je voulais vous proposer dans le débat d'entrée en matière, en vous disant que celle-ci a été soutenue par la commission, sans opposition. Finalement, la commission a accepté cette modification de loi, par 17 voix contre 5 et 4 abstentions.

Je vous demande donc d'accomplir aujourd'hui ce grand pas vers la réforme de la médecine ambulatoire, pour offrir un futur au système de santé.

Rossini Stéphane (S, VS): La pratique des soins par des réseaux fait presque l'unanimité sur le principe. Pourtant, une fois ce constat posé, on remarque que la réalité se trans-

forme rapidement car le bât blesse dans la mise en oeuvre. Ainsi, depuis 1996, la LAMal permet aux assureurs de réduire les primes pour les formes particulières d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations – HMO, médecin de famille. Malgré cette disposition, dans la réalité, les réseaux de soins se sont peu développés et sont restés l'exception, tant pour les fournisseurs de prestations que pour les assurés et les patients. Ceux qui existent se sont mis en place surtout dans les villes et les agglomérations, par ailleurs essentiellement en Suisse alémanique. Nous devons donc faire mieux.

De manière générale, la maîtrise des coûts et la qualité des traitements dépendent d'une prise en charge rigoureuse et cohérente des patients. La coordination des soins constitue donc l'une des conditions essentielles pour garantir la qualité de la prise en charge, tout en veillant à une utilisation optimale des ressources. Il fait donc sens que le réseau de soins soit au centre de tout le processus thérapeutique – outre le fait que cette forme d'assurance est restée marginale. Il permet au patient d'être au bon endroit, au bon moment, grâce à la collaboration entre médecins de ville ambulatoires, généralistes, médecins spécialistes, hôpitaux, soins à domicile, mais aussi pharmaciens – qu'on oublie trop souvent dans ce débat – et établissements médicosociaux.

Cette discussion sur la réforme des réseaux de soins doit, selon nous, s'articuler autour d'un certain nombre de principes qui sont autant de conditions qui s'imposent dans le développement du système de santé. Ces principes sont la solidarité par la justice sociale et l'égalité de traitement en matière d'offre de réseaux, d'accès aux soins et aux réseaux de soins pour les patients, et surtout la solidarité du financement.

Il y a le principe de la régulation par les services publics pour assurer la quantité et surtout la qualité de l'offre, et la couverture des prestations sur l'ensemble du territoire et pour toute la population. Enfin, la qualité des soins doit être garantie dans ce pays, indépendamment de la couverture d'assurance choisie. On mentionnera aussi la réduction des inégalités, voire l'innovation de la prise en charge.

Ces différents éléments se retrouvent dans le projet de «managed care» que nous traitons aujourd'hui. Ils sont aussi à la base des propositions développées par le groupe socialiste, qui sont contenues dans plusieurs propositions de minorité que nous vous soumettons et que nous vous invitons à soutenir.

En l'état d'avancement du dossier, deux de ces principes posent problème. D'abord la solidarité du financement et l'accès aux réseaux de soins pour tous sont les questions centrales de cette discussion. La Suisse applique le principe des primes par tête, indépendamment de la situation économique de l'assuré. Cela provoque, on l'a dit et répété depuis longtemps, une pression très forte sur les ménages, notamment sur les ménages modestes qui ne bénéficient juste pas de réductions de primes ou de subventions partielles. Nous savons que notre niveau de solidarité pour le financement des primes est mauvais; il faut donc l'améliorer. A cet égard, le projet de «managed care» est encore, à ce niveau de la discussion, insuffisant, tout simplement parce que plutôt qu'une incitation positive, il instaure une punition en augmentant la quote-part à 20 pour cent pour les personnes qui n'intègrent pas un réseau de soins. Nous affaiblissons encore davantage la solidarité dans l'assurance-maladie et cela n'est pas acceptable pour nous.

Ensuite, la régulation et la qualité devront trouver une concrétisation effective. Dans notre pays, nous devons impérativement éviter de créer de nouvelles inégalités relatives à l'accès aux prestations de santé et au niveau de qualité. Nous devons donc assurer que toute la population, dans toutes les régions, disposera effectivement de l'offre de réseaux de soins; or cela n'est pas encore garanti; il faudra y remédier lors des prochaines discussions.

Le groupe socialiste entrera donc en matière et arrêtera sa position définitive en fonction du sort qui sera réservé à ses différentes propositions.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die integrierte Versorgung, auch Managed Care genannt, löst nicht alle Probleme des Gesundheitswesens, aber sie gibt auf ein paar zentrale Herausforderungen eine Antwort. Ich erwähne hier fünf dieser zentralen Herausforderungen:

1. Die Zahl der Chronischkranken nimmt stark zu.
2. Die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe übernehmen immer mehr Aufgaben und Verantwortung.
3. Der Anteil der Frauen in der Medizin steigt stark, und damit wächst auch der Druck zur Schaffung neuer Arbeitsmodelle.
4. Es droht ein akuter Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten.
5. Der immer grösser werdende Druck führt zu einer versteckten Rationierung und Entsolidarisierung.

Aktuell wird die ambulante Versorgung von einem nachfrageorientierten Markt und den monetären Gewinnaussichten der verschiedenen Akteure gesteuert. Dies führt zu einer unkontrollierten Mengenausweitung und einem steigenden Konsum an Gesundheitsleistungen. Dies wiederum treibt die Kosten und damit die Prämien in die Höhe, ohne dass die Menschen durch diesen Mehrkonsum gesünder würden.

Wir brauchen deshalb neue Zusammenarbeitsmodelle. Wir brauchen insbesondere bei Chronischkranken jemanden, der die Behandlung steuert. Vergessen wir nicht: Über 70 Prozent der Kosten werden von jenen rund 10 Prozent Patientinnen und Patienten verursacht, die an schweren chronischen Krankheiten leiden. Wenn wir ihre Behandlung verbessern können, sparen wir Kosten und erhöhen gleichzeitig die Qualität der Behandlung. Mehr kann sich die Politik nicht wünschen!

Damit ist klar: Wir müssen die integrierte Versorgung fördern. Die Vorlage, über die wir heute beraten, ist deshalb eine Schlüsselvorgabe. Scheitert sie hier oder scheitert sie vor dem Volk, stehen wir vor einem Scherbenhaufen. Ich möchte Sie deshalb eindringlich bitten, auf die kritischen Stimmen zu hören und Hand zu Korrekturen und Kompromissen zu bieten.

Kritische Stimmen kommen vor allem aus dem Lager der Patientinnen und Patienten. Sie befürchten, dass mit dieser Vorlage die finanzielle Belastung für die Kranken erneut steigt. In keinem anderen vergleichbaren Land zahlen die Patientinnen und Patienten einen so hohen Anteil der Gesundheitskosten aus dem eigenen Portemonnaie, und dies trotz der hohen Grundversicherungsprämien. Kommt es nicht zu Verbesserungen in drei zentralen Punkten dieser Vorlage, werden die verschiedenen Kreise unter Führung der Patientenorganisationen deshalb das Referendum ergreifen, ob uns das passt oder nicht. Man muss keine Prophetin sein, um zu wissen, wie schwer es eine Vorlage vor dem Volk haben wird, wenn eine breite Nein-Allianz sie zu Fall bringen möchte.

Welches sind die drei zentralen Punkte, die verbessert werden müssen?

1. Wir müssen bei der Frage des Selbstbehaltes zu einer Lösung kommen, bei der Netzwerkversicherte 5 Prozent und Nichtnetzwerkversicherte 15 Prozent zahlen.
2. Wir müssen die Gewähr haben, dass die Modelle von den Versicherern flächendeckend angeboten werden.
3. Wir dürfen bei den Managed-Care-Modellen keine Austrittsbarrieren aufbauen, weil Austrittsbarrieren Eintrittsschwellen sind. Dies betrifft die Frage der Vertragsdauer. Ohne diese Korrekturen – ich kann und muss es Ihnen sagen – wird es zum Referendum kommen. Noch wichtiger ist aber die Umkehrung: Mit diesen Korrekturen wird das Referendum von diesen Kreisen nicht ergriffen werden.

Ich bin zutiefst überzeugt: Wir werden alle gewinnen, wenn wir hier noch einen Schritt aufeinander zu machen. Ich danke Ihnen für die Unterstützung.

Ineichen Otto (RL, LU): Frau Fehr, können Sie hierfür wirklich die Verantwortung übernehmen? Wenn Sie bereits jetzt wieder Löcher in diese Vorlage reissen, werden die Prämien im zweistelligen Prozentbereich anwachsen. Ist es nicht eine vernünftige Vorlage? Jetzt kommt wieder der Druck dieser

Lobbyorganisation. So geht es schlicht nicht mehr weiter; die Prämienzahler werden das nicht schlucken.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Kompromisse bei den drei Punkten, die ich erwähnt habe, führen alle zu einer tatsächlichen Verbesserung der Vorlage, die keine oder dann positive Auswirkungen auf die Prämienentwicklung hat. In dem Sinne kann ich das sehr gut verantworten.

Stahl Jürg (V, ZH): Die SVP-Fraktion will auf die KVG-Teilrevision zu Managed Care eintreten. Wir sind überzeugt, dass die integrierte Versorgung in Zukunft eine wichtige Rolle spielen kann und auch muss. Ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten und optimierte Betriebsgrössen müssen zu einer verbesserten Behandlungskette, zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten und damit auch zu tieferen Kosten führen. Vor allem erhofft sich die SVP, dass mit der integrierten Versorgung unnötige und teure Hospitalisationen verhindert werden können.

Tatsache ist, dass im KVG dringend Reformen nötig sind. Die SVP hat seit Jahren auf die Missstände aufmerksam gemacht und mit entsprechenden Vorschlägen versucht, dieser für Bürgerinnen und Bürger unannehmbaren Situation entgegenzutreten. Diese Managed-Care-Vorlage betrachten wir als einen kleinen Schritt zur Korrektur der Fehlleistungen, welche die Gesundheitspolitik in der Vergangenheit geprägt haben. Die SVP-Fraktion stellt vier besonders positive Punkte dieser Vorlage in den Vordergrund:

1. Mit dieser Vorlage können die Voraussetzungen zur Zusammenarbeit der Versicherer und der Leistungserbringer sowie für den Datenaustausch und die Qualitätssicherung geschaffen werden.
2. Mit der Budgetmitverantwortung sind für die Leistungserbringer erstmals Anreize für eine vernünftige und kostengünstige Behandlung vorhanden.
3. Beim Vertrag zwischen den Versicherten und den Versicherern kann eine Geltungsdauer von bis zu drei Jahren vorgesehen werden. Hier muss man klar feststellen, dass integrierte Versorgung, bei der ein Patient in einer Behandlungskette behandelt wird, eine gewisse Dauer voraussetzt. Hier nützt es nichts, wenn die Versicherten jedes Jahr zu einem anderen Versicherer wechseln.
4. Mit dem System des differenzierten Selbstbehalts – 20 bzw. 10 Prozent – ist in dieser Vorlage ein Instrument vorgesehen, welches für die Versicherten unmittelbare und monetäre Anreize darstellt.

Nun gut, ich habe mit den positiven Punkten begonnen, muss Ihnen jedoch mitteilen, dass die SVP-Fraktion betreffend diese Vorlage weitaus weniger euphorisch ist als die Kommissionssprecherin und der Kommissionssprecher, als die anderen Parteien und als der Bundesrat. Es wäre ein grosser Irrtum zu glauben, mit dieser Revision könnten die grossen Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz gelöst werden. Die Managed-Care-Vorlage hat diverse Schwachstellen. Unter anderem verpflichtet sie auf der einen Seite die Versicherungsunternehmen dazu, eine flächendeckende integrierte Versorgung mit Produkten anzubieten. Auf der anderen Seite gibt es wenig Restriktionen und Auflagen für die Leistungserbringer. Für die Konsumierenden bleibt – vorausgesetzt, sie wechseln in eines dieser Modelle – alles beim Alten: Es bleibt für sie bei den heutigen 10 Prozent. Es ist eine Tatsache, dass damit keine Anreize für mehr Eigenverantwortung und kostengünstigere Behandlung vorhanden sind.

Als negativ beurteilen wir ebenso den in den Kommissionsberatungen in letzter Sekunde gutgeheissenen Antrag zur Verfeinerung des Risikoausgleichs. Es überrascht Sie wahrscheinlich nicht, dass uns dieser Antrag nicht passt. Es ist eine erneute Kostenumverteilungsübung, welche – ich wiederhole mich – keinerlei Einfluss auf die grossen Kostenblöcke hat. 95 Prozent der Gesamtkosten fliessen in Form von Leistungen zurück; 5 Prozent betragen die Verwaltungskosten.

Die SVP stört sich daran, dass auch diese Vorlage einen grossen Bogen um den ganzen stationären und den statio-

när-ambulanten Bereich macht. Es ist klar: Wir sind jetzt in einem Teilbereich, aber die grossen Kostenblöcke sind nun einmal die stationären und ambulanten Spitalbereiche. Es ist eine Tatsache, dass in diesen beiden Blöcken im ersten Quartal dieses Jahres, verglichen mit dem ersten Quartal des Vorjahres, bereits wieder eine Kostensteigerung von 4 bis 8 Prozent entstanden ist.

Zum Schluss noch zwei Bemerkungen zum heutigen System:

Die erste Bemerkung: Wir haben heute bereits gute Modelle; das ist ein Kompliment an gutfunktionierende Netzwerke. Sie haben gezeigt, dass es möglich ist, zum Teil gegen den Widerstand von Arztekollegen eine optimierte Behandlungskette umzusetzen. Sie haben sich als Pioniere zusammengeschlossen; das ist zu würdigen. Wir müssen einfach anpassen, dass wir diese Modelle nicht mit irgendwelchen Scheinmodellen ersetzen oder kaputt machen; das wollen wir nicht. Es ist ihnen leider nicht gelungen, die bessere Qualität darzustellen. Aufgrund von überhöhten Rabatten der Versicherer ist es dazu gekommen, dass heute in diesen Modellen oftmals junge Gesunde sind – wo wollen Sie da optimieren? Junge Gesunde können Sie nicht besser behandeln, denn sie sind, jedenfalls mehrheitlich, nicht krank. Nach dem Kompliment an diese Hausarztmodelle und Netzwerke muss ich noch eine persönliche Bemerkung anfügen: Sie glauben doch nicht im Ernst, dass es Leistungserbringer gibt, die weniger Einkommen erzielen möchten! Ärzte sind eben auch nur Menschen.

Sie sehen, dass diese Vorlage aus der Sicht der SVP-Fraktion kein Allerweltsheilmittel ist. Aber es ist ein Geschäft, auf welches wir eintreten werden; dies mit der Aufforderung an Sie und den Vorsteher des Departementes, Herrn Bundesrat Burkhalter, weitere dringende Reformen im Gesundheitswesen umzusetzen.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Die Revision des KVG ist seit Jahren blockiert; Änderungen waren immer wieder chancenlos. Es besteht aber grösster Handlungsbedarf. Deshalb ist die Vorlage, die wir jetzt beraten, von grösster Wichtigkeit für das schweizerische Gesundheitswesen.

Die CVP/EVP/glp-Fraktion steht voll hinter dieser Vorlage, die auch ihre Handschrift trägt. Aus unserer Sicht ist es eine ausgewogene Vorlage, es sind ausgewogene Kompromisse. Deshalb ist es verfrüht, jetzt bereits weitere Kompromisse zu verlangen. Weshalb? Es werden alle Player des Gesundheitswesens in die Pflicht genommen: die Versicherer, die Leistungserbringer und die Versicherten. Alle Beteiligten müssen aber auch eine Kröte schlucken. Die Kommission war bestrebt, eine Opfersymmetrie zu erreichen. Die Vorlage ist umsetzbar und ermöglicht endlich einen Schritt vorwärts. Zugegeben, es mag ein kleiner Schritt sein. Ich bin aber überzeugt, dass es der bedeutendste Schritt seit der Einführung des KVG sein wird.

Die Eckpunkte der Vorlage sind genannt worden, sie sind unseres Erachtens von grösster Bedeutung: das flächendeckende Angebot durch die Krankenkassen, die Budgetverantwortung aufseiten der Netzwerke, also die Kostenverantwortung seitens der Ärzte, aber auch die Anreize für die Versicherten mit den tiefen Kostenbeteiligungen und den Prämienrabatten. Dass solche finanziellen Steuerungen funktionieren, haben die Versicherten bereits bei den Medikamenten und den Generika gezeigt. Last, but not least ist der verbesserte Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern dank dem Morbiditätsindikator zu erwähnen, womit eben die Jagd nach guten Risiken eingedämmt wird.

Auch die CVP/EVP/glp-Fraktion ist sich bewusst, dass mit der Vorlage nicht alle Probleme gelöst werden. Durch die Qualitätssteigerung – das ist ja der eigentliche Kern der Vorlage – werden aber auch Kosteneinsparungen resultieren. Die Leistungserbringer arbeiten koordinierter, es werden weniger Mehrfachdiagnosen und weniger Falschmedikationen erfolgen. Evaluationen zeigen eine Kosteneinsparung auf, in Extrembeispielen bis zu 48 Prozent. Gewichtet bleiben immerhin noch 10 Prozent. Diese Chance müssen wir nutzen. Die freie Arztwahl wird nicht angetastet, das wurde in der

Kommission bewusst so belassen. Aber sie wurde um ein Qualitätselement erweitert und dadurch gestärkt.

Noch ein Wort zu den Ärzten, ihrer Wahrnehmung und ihrem Selbstverständnis: Das ist im Wandel. Die Ärzte wandeln sich von Einzelkämpfern zu Teamplayern, und genau auf dieser Änderung baut die integrierte Versorgung auf.

Wir von der CVP/EVP/glp-Fraktion sind überzeugt, dass das Gesundheitswesen diese Vorlage braucht; es braucht diese Änderungen. Entsprechend werden wir die Vorlage gemäss den Mehrheitsanträgen unterstützen.

Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR): Le groupe PDC/PEV/PVL entre en matière sur ce projet et vous demande d'en faire de même. Ce projet est nécessaire pour obtenir une optimisation de la qualité des soins, au coût le plus juste.

En 1996, la LAMal a introduit un système qui visait trois buts principaux: premièrement, l'accès aux soins pour tous, indépendamment de l'âge, de l'état de santé et du sexe; deuxièmement, la solidarité, puisque les primes sont les mêmes par région et par caisse-maladie dès l'âge de 25 ans et que 4 milliards de francs sont investis pour abaisser les primes des personnes modestes et des familles avec enfants; troisièmement, la maîtrise des coûts – et c'est le volet le plus difficile à concrétiser –, puisqu'il a pour conséquence une augmentation des primes. C'est ce qui motive le projet que nous présentons aujourd'hui.

Après des révisions concernant le financement des hôpitaux, les soins, la réduction des primes et la compensation des risques, la commission a décidé de fusionner les trois projets – liberté de contracter, participation aux coûts et «managed care» – en un seul projet, que nous présentons aujourd'hui et qui devient un modèle de réseaux de soins intégrés. Je me rends compte que cette proposition est mal comprise. En tant que présidente de la commission, j'ai en effet reçu des dizaines de lettres de tous bords, qui décrivent le modèle d'une façon erronée. Je conçois bien que tous les changements font peur, et il est vrai que ce nouveau modèle est un défi. Il introduit un changement de paradigme dans l'assurance de base pour optimiser en premier lieu la qualité de la prise en charge, à un coût plus juste.

Il est vrai que ce changement demandera un effort à tous les acteurs de la santé: les assureurs devront négocier avec les prestataires de soins pour offrir des réseaux de soins intégrés dans toutes les régions. Il faudra qu'ils le fassent d'une manière qui crée la confiance et qui permette toujours un traitement optimum, sans rationnement. Les prestataires de soins – médecins, généralistes et spécialistes, pharmaciens, physiothérapeutes, Spitex, etc. – devront collaborer étroitement pour piloter les soins tout au long du traitement: plus de qualité, moins de gaspillage et de moyens.

Dans mon canton, nous avons l'exemple des cercles de qualité, qui réunissent des médecins et des pharmaciens, et qui ont permis dès les premières années déjà d'économiser 30 000 francs par médecin, seulement par rapport à la prescription de médicaments, et avec une plus grande qualité de traitement. C'est donc possible avec une meilleure qualité. L'obligation de contracter est maintenue, dans et hors des réseaux, et il ne faut pas l'abolir, parce que sinon le projet va échouer à coup sûr! Les patients devront faire un effort, en confiant leur traitement à un réseau choisi, dans lequel ils auront droit à toutes les prestations, mais dans lequel ils accepteront un pilotage de leur traitement.

L'incitation à entrer dans les réseaux de soins intégrés vient du fait que les primes pourront être plus basses et les prestations plus étendues: c'est une participation aux coûts différenciée – 10 pour cent dans les réseaux et 20 pour cent hors des réseaux. Cette disposition fait couler beaucoup d'encre, mais il faut savoir que ces montants sont limités annuellement, ce qui pondère beaucoup l'effort demandé.

Actuellement, la participation personnelle maximale pendant l'année ne peut excéder 700 francs. Dans le futur, pour les patients qui opteront pour les réseaux de soins, on articule le chiffre d'environ 500 francs par année. Donc, la participation va baisser pour ceux qui s'affilient à un réseau. Pour les autres, qui n'acceptent pas ce pilotage, qui veulent garder la

liberté complète de s'adresser à qui ils veulent quand ils veulent, on leur demandera une participation de 20 pour cent, mais avec un maximum de 1000 francs par année – ce n'est pas non plus excessif.

De plus, ce projet introduit une compensation des risques affinée qui empêchera la chasse aux bons risques. Les dispositions transitoires donnent trois ans à partir de l'entrée en vigueur pour la mise en place de tout ce nouveau système. Tous les changements demandent des efforts; les gens crient chaque année que leurs primes augmentent trop. Il faut saisir aujourd'hui la chance d'avoir en premier lieu une qualité des soins accrue, mais aussi une meilleure maîtrise des coûts, un coût plus juste, et tout ceci sans rationnement.

Gilli Yvonne (G, SG): Das Berufsbild des Hausarztes und der Hausärztin durchläuft zurzeit einen Strukturwandel, weg von der traditionellen Einzelpraxis hin zur vernetzten Tätigkeit in der Gruppenpraxis. Was die Hausärztin betrifft, entspricht dieser Strukturwandel auch einem Generationenwechsel: Mit dem Generationenwechsel geht eine Feminisierung des Berufs einher. Die junge Hausärztin hat völlig andere Bedürfnisse als der typische ältere Hausarzt, den wir heute kennen. Teamarbeit und geregelte Arbeitszeiten sind Stichworte dazu.

Ich spreche heute nicht nur als grüne Politikerin zu Ihnen, sondern eben auch als Hausärztin und als Managed-Care-Engagierte. In meiner Praxistätigkeit bin ich von diesem Strukturwandel unmittelbar betroffen. Der laufende Strukturwandel in der ärztlichen Praxis verändert nicht nur den Berufsalltag der Hausärzte, mit betroffen sind die Patienten und alle Berufsgruppen, die mit dem Hausarzt zusammenarbeiten, vom Spezialarzt über den Apotheker bis zu den Pflegefachkräften. Dies ist auch der Grund, warum Sie eine Vielfalt von teils widersprüchlichen Stellungnahmen erhalten haben, alle basierend auf der negativen Erfahrung der letzten Jahre, in denen die Ärzteschaft, wie viele andere Branchen auch, unter einer zunehmenden Ökonomisierung und Bürokratisierung ihres Berufsalltags litt. Die Patienten ihrerseits mussten einen immer grösseren Anteil der Gesundheitskosten privat mitfinanzieren. Managed Care entwickelte sich in der Schweiz in dieser Zeit und wirkte diesem negativen Trend entgegen. Aber das wissen nur diejenigen, die bis heute Managed Care erleben durften. Im Kanton St. Gallen sind dies ungefähr die Hälfte aller Hausärztinnen und Hausärzte und zwischen 10 und 20 Prozent der Patientinnen und Patienten. Der Gesetzentwurf zu Managed Care, auch integrierte Versorgung genannt, vollzieht die notwendige Anpassung des KVG an genau diesen Strukturwandel, indem er die Rahmenbedingungen für die unmittelbar betroffenen Vertragspartner formuliert. Es sind dies die Praxisärztinnen und -ärzte, die Patienten und die Krankenversicherer. Die Essenz dieses Gesetzes liegt im zukünftigen politischen Verständnis von Managed Care. Managed Care ist eine besondere Versicherungsform, für die es von Gesetzes wegen – das ist eben das Neue – drei Vertragspartner braucht: das Ärztenetz, die Patienten und die Krankenkassen. Alle erfahren Vorteile, gehen aber auch Verpflichtungen ein. Die Ärztinnen und Ärzte gründen ein Netzwerk, das es ihnen erlaubt, die Behandlung ihrer Patienten zum Zweck der Qualitätsverbesserung zu koordinieren. Der Patient verpflichtet sich, bei gesundheitlichen Problemen zuerst seinen von ihm gewählten Hausarzt zu kontaktieren, und profitiert deshalb von einer günstigeren Krankenversicherung. Die Krankenkassen verpflichten sich vertraglich, das Ärztenetz für seine Arbeit zu entschädigen, während das Ärztenetz sich umgekehrt zur Budgetmitverantwortung verpflichtet.

Die Grünen anerkennen das Bedürfnis nach Förderung von Managed Care; Eintreten ist für sie deshalb unbestritten. Ob wir dem Gesetz am Schluss zustimmen können, wird der Verlauf der Detailberatung zeigen – noch liegen einige wichtige Stolpersteine im Weg. Hier die wichtigsten Eckpfeiler, an denen sich eine Mehrheit der Grünen orientieren wird:

1. Wir werden sorgsam darauf achten, dass es zu keiner weiteren Kostenverlagerung auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten kommen wird. Eine Kostenbeteiligung

von 20 Prozent bzw. 10 Prozent würde eine deutliche Verlagerung zur «Out of pocket»-, also zur privaten Finanzierung bedeuten. Wir werden dies nicht akzeptieren.

2. Wir werden keine Vertragsfreiheit akzeptieren. Vertragsfreiheit wäre ein weiterer politischer Schlag gegen die praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte.

3. Wir werden darauf achten, dass es zu keinen regionalen Benachteiligungen von Patienten kommt, die noch nicht die Möglichkeit haben, eine Managed-Care-Versicherung abzuschliessen, weil in ihrem Wohngebiet noch keine Ärztenetze vorhanden sind.

Wir werden uns im Verlauf der weiteren Beratung noch detaillierter zu diesen Punkten äussern.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Managed Care hat ein grosses Potenzial. Die Minderheit hat deshalb auch ein Konzept vorgelegt. Das heisst, eigentlich besteht bei ihr eine Unterstützung der Managed-Care-Idee, aber sie hat eine grosse Skepsis gegenüber der Vorlage der Mehrheit.

Die Zusammenarbeit in Netzen ist sinnvoll. Verschiedenste Hausärzte und Hausärztinnen schliessen sich zusammen, ergänzt mit Vertretern von verwandten oder spezialisierten Berufen, beispielsweise aus den Bereichen Physiotherapie, Gynäkologie – auch eine Hebamme kann dem Netz angehören –, Pflege, Spitex, Kindermedizin, vielleicht sogar Psychotherapie und sicher auch Alternativmedizin. Nicht jedes Netzwerk muss gleich aussehen. Varianten sind sinnvoll und entsprechen auch dem Bedürfnis von Patienten. Wichtig ist die Qualität; sie muss im Zentrum stehen. Das Ziel ist eine optimale Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung, organisiert in den verschiedensten Gesundheitsnetzwerken, auch in Zusammenarbeit mit Spital und Spezialpraxen.

Es ist auch sinnvoll für die Patienten und Patientinnen, nur eine Ansprech- oder Anlaufstelle zu haben: den Hausarzt oder die Hausärztin, der oder die dann die Fäden in den Händen hält, ihre ganze Geschichte kennt und sie wenn nötig an den Spezialisten oder die Spezialistin überweist. Die Leute müssen dann nicht an x Orte – zuerst vielleicht zum Spezialisten bzw. zur Spezialistin oder gleich zur Notfallstation – hinlaufen.

Es ist heute auch nicht mehr möglich, dass ein Arzt oder eine Ärztin alles alleine managt – in der heutigen komplexen Welt und in einem Gesundheitswesen, das sich immer ändert. Es ist aber auch nicht sinnvoll, allein die gesamte Infrastruktur zu haben; das ist definitiv zu teuer. Hier liegt auch ein gewisses Sparpotenzial; sonst, denken wir, ist es im Bereich der Hausarztmedizin nicht sehr gross, auch nicht mit Managed-Care-Modellen.

Managed Care kann also sowohl für Ärzte und Ärztinnen wie auch für Patienten und Patientinnen sinnvoll sein. Es hat aber auch gefährliche Seiten. Es darf nicht sein, dass es keine flächendeckende Versorgung gibt, aber zu einer massiven Verteuerung für die Patienten kommt. Es darf auch nicht sein, dass es ein Kassendiktat gibt, statt dass die medizinische Qualität im Zentrum steht. Einige Anpassungen sind deshalb dringend nötig, denn Sie wissen, dass das Referendum bereits angekündigt worden ist.

Unsere Anliegen sind in den Minderheitsanträgen formuliert; es sind unter anderem auch die Anliegen der GDK, die sich ebenso wie die Gewerkschaften gegen die jetzige Variante wehrt. Die Ziele müssen die folgenden sein:

1. Zugang zu Managed Care für alle, auch in Randregionen und auch für sogenannte Risikopatienten und -patientinnen, beispielsweise chronischkranke Menschen oder pflegebedürftige alte Menschen;
2. keine Knebelverträge über drei Jahre;
3. ein Vertragszwang in Bezug auf alle Netze, die die Qualität erfüllen;
4. keine derartige Erhöhung von Selbstbehalt und Franchise für Patienten und Patientinnen.

Wir sind für Eintreten. Aber sagen Sie Ja zu den Minderheitsanträgen im Sinne einer patientinnen- sowie qualitätsorientierten Managed-Care-Vorlage.

Ruey Claude (RL, VD): Etre pris en charge non pas comme un cas, mais comme une personne, bénéficiant du conseil et des compétences de soignants qui se focalisent sur le patient, qui s'organisent autour du patient, qui s'organisent pour le patient, connaître un suivi interdisciplinaire coordonné sans rupture des connaissances, sans multiplication des examens inutiles, mais aussi sans omissions dues à une mauvaise transmission d'un dossier, disposer des meilleurs soins possibles de professionnels organisés en cercles de qualité et échangeant en permanence sur les meilleures pratiques à adopter, le tout dans une relation de confiance, voilà ce qu'est un réseau de soins intégrés, voilà ce qu'est un «managed care». Alors, comment ne pas souhaiter vivre l'expérience de tels réseaux de soins coordonnés? Comment s'opposer à des dispositions-cadres qui permettent de faciliter et de développer les réseaux de soins dans notre pays? C'est la question que je vous pose.

Ai-je fait un tableau idyllique des réseaux de soins intégrés? Ai-je été irréaliste? Est-ce de la pure théorie? Eh bien, même pas! Les réseaux de soins ne sont pas qu'un projet théorique dont on espère voir un jour la lointaine réalisation; ils existent déjà. Il y en a 88 en Suisse: Meconex, Medix, Delta, Argomed, pour ne citer que ces réseaux-là. Ces réseaux sont bel et bien des réalités concrètes; ils ont bel et bien une activité positive pour le bien des patients. Ce sont déjà près de 30 pour cent des assurés en Suisse qui se voient prodiguer des soins dans un réseau, 20 pour cent dans un réseau de soins avec responsabilité budgétaire. L'expérience est positive.

Les patients peuvent choisir librement leur réseau de soins et donc leurs médecins. Les soignants, médecins en tête, se focalisent sur la personne, sur le patient, échangent leurs renseignements, orientent le patient, travaillent en cercles de qualité, réfèrent le patient à un confrère ou à un autre intervenant sanitaire, que ce soit un hôpital, un physiothérapeute ou un pharmacien, ceci en assumant une responsabilité entrepreneuriale et sanitaire. Et cela, pour quel résultat? La qualité d'abord, et c'est là le principal, car la qualité des réseaux améliore la prise en charge qui est optimale.

Le deuxième point positif, c'est que les coûts n'explorent pas. Une certaine maîtrise des coûts, ça n'est pas négligeable non plus. Dans ces conditions, on comprend que la sous-commission, et ensuite la commission aussi, soient arrivées à se mettre d'accord sur la base de compromis et d'un large consensus. Je n'aimerais pas que ce consensus et ces compromis réalisés soient aujourd'hui démolis par des exigences supplémentaires.

Je le répète: il ne s'agit pas de créer des réseaux de soins intégrés – ils existent déjà – mais de favoriser leur développement, leur extension dans tout le pays. Malgré tout, ils ont progressé remarquablement ces dernières années. Entre 2004 et 2008, le nombre de réseaux de soins intégrés a augmenté de 30 pour cent; entre 2008 et 2010, de 30 pour cent supplémentaires. Cela s'est fait de manière volontaire et cela doit continuer ainsi.

Cela étant, les conditions-cadres peuvent être améliorées. Il s'agit de trouver les incitations permettant d'accélérer la création de réseaux de soins intégrés. C'est précisément le but du projet qui nous est soumis. Il définit des règles de base: autonomie; indépendance; coordination; bases contractuelles librement consenties; responsabilité budgétaire; extension possible à des prestations extérieures autres que les prestations de base selon la LAMal; compensation des risques affinée à terme; incitations, qu'il s'agisse de la quote-part ou des franchises. Ce projet incite donc sans céder à la surréglementation – qui semble être une menace qui serait très dommageable à la créativité, à l'esprit d'innovation et qui, finalement, tuerait ce qui fait la force des réseaux de soins intégrés.

Au nom du groupe libéral-radical, je mets un bémol à ce qui précède: l'offre obligatoire de réseaux de soins intégrés imposée aux assureurs, nous y reviendrons.

Globalement, ce projet est donc très bon. Il donne plus de choix, propose une plus grande transparence, offre plus de sécurité et plus de qualité pour le patient. Je pense en parti-

culier aux patients atteints de maladies chroniques pour lesquels les réseaux de soins intégrés sont précisément une bonne solution. Vous savez qu'en Suisse 20 pour cent des patients entraînent 80 pour cent des coûts; ils doivent être soignés le mieux possible.

Un autre élément est à mentionner: plus de liberté et moins de bureaucratie pour les prestataires de soins. De plus, on peut espérer parvenir à une meilleure maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire. Alors je suis désolé de voir certaines oppositions se faire jour. Le rapporteur de langue française et la rapporteure de langue allemande ont fait droit à ces mauvais procès et notamment à une certaine ignorance observée dans certaines organisations, en particulier en Suisse romande, où, il est vrai, il y a très peu de réseaux de soins intégrés.

Comment faire croire que le libre choix va disparaître? Comment faire croire que les incitatifs vont empêtrer, si vous me permettez l'expression, les patients? Et comment faire croire en plus à un diktat des caisses, alors que justement on veut des réseaux qui soient indépendants des caisses? Le seul diktat qui est fait, il est fait aux caisses, c'est le fameux «Angebotszwang».

Il faut entrer en matière sur ce projet. C'est une manière de sortir des blocages dans lesquels nous nous trouvons parfois. Les médecins de famille suisses qui connaissent bien le projet et qui sont les premiers concernés vous invitent à en faire de même.

Le groupe libéral-radical, unanime, entrera en matière et soutiendra le projet.

Rielle Jean-Charles (S, GE): Bien sûr, nous discutons des réseaux de soins aujourd'hui et j'ai le plus grand respect pour ces réseaux: certains fonctionnent très bien, comme REMED ou comme d'autres, vous l'avez dit.

Mais est-ce qu'on doit comprendre, après cette apologie des réseaux de soins, que les réseaux certes plus informels – cela peut être des généralistes qui travaillent avec des spécialistes, avec l'hôpital, avec tous les acteurs de la santé –, ces autres réseaux informels des médecins indépendants, qui travaillent correctement au jour le jour avec notamment les malades chroniques, seraient moins performants? Est-ce cela votre message?

Ruey Claude (RL, VD): Je vous remercie de m'avoir posé cette question. Comme je n'avais que cinq minutes, je ne pouvais pas compléter mon propos. Je suis heureux de le faire. En effet, j'avais précisément ajouté une petite ligne à mon texte pour dire: bien sûr que les réseaux de soins améliorent les processus, bien sûr qu'ils entourent le patient et qu'ils sont focalisés sur lui, mais il ne faudrait pas caricaturer – aurais-je voulu ajouter, et maintenant je peux le faire grâce à vous –, parce que nos médecins indépendants font excellentement bien leur travail. Simplement, il y a un avantage qualitatif et quantitatif lorsqu'on travaille en réseau.

Kleiner Marianne (RL, AR): Die FDP-Liberale Fraktion will eine hochstehende Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung; diese Versorgung lassen wir uns auch viel kosten. Es wird wohl unvermeidlich sein, dass diese Kosten weiterhin steigen werden, nur schon wegen des zunehmenden Alters der Bevölkerung und wegen der Fortschritte der Medizin. Das heisst aber nicht, dass die Kosten in dem Masse steigen dürfen, wie das im Moment der Fall ist. Die Zunahme sollte im Rahmen der Steigerung des BIP bleiben, sonst verdrängen die Gesundheitskosten und zunehmend auch die ebenso überproportional steigenden Sozialkosten wichtige andere Bereiche staatlicher Tätigkeit wie Bildung, Verkehr, Landwirtschaft und Landesverteidigung.

In der Öffentlichkeit ist das Bewusstsein gereift, dass endlich gehandelt werden muss. Die Bevölkerung weiss, dass es an uns ist, Lösungen auszuarbeiten. Die Bevölkerung weiss auch, dass wir in den vergangenen Jahren ungenügende Arbeit geleistet haben. Seit dem unnötigen Absturz der umfassenden KVG-Revision im Nationalrat im Jahr 2003, also vor beinahe sieben Jahren, ist zwar einiges gelungen, aber nicht

genug. Der Bundesrat hat die abgestürzte Revision in sieben Teilrevisionen aufgeteilt, von denen unterdessen einige wichtige, z. B. die Spitalfinanzierung und die Pflegefinanzierung, unter Dach gebracht werden konnten.

Heute können wir im Nationalrat einen weiteren wichtigen Baustein, nämlich Managed Care, beraten. Managed Care ist ein Modell, das durch Optimierung der Behandlungsqualität Einsparungen bei den Leistungskosten erzielen soll. Der Leitsatz dazu lautet: «verbindlich geregelte Steuerung von Patientinnen und Patienten über den gesamten Behandlungsprozess». Der Patient profitiert von der besseren Qualität und den tieferen Kosten, die durch die effizientere Behandlung erreicht werden. Das Beste an Managed Care ist also, dass sich die Qualität und die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessern werden und dass gleichzeitig die berechtigte Hoffnung besteht, dass sich der Kostenanstieg bremsen lassen wird, dass die Kosten im besten Fall sogar sinken werden. Das ist es doch, was wir brauchen: eine bessere Versorgung bei gleichbleibenden oder mit einer gewissen Sicherheit sogar sinkenden Kosten.

Wir wissen, dass 20 Prozent der Patientinnen und Patienten 80 Prozent der Kosten verursachen. Durch eine koordinierte Behandlung vor allem der polymorbiden Patienten werden die Behandlungsprozesse optimiert und aufeinander abgestimmt. Wir wissen, dass gerade bei polymorbiden Patienten gesundheitliche Risiken, ja Schäden entstehen, weil jeder Arzt und jedes Spital in bester Absicht das gesundheitliche Teilproblem bearbeitet, das sich ihm beim Patienten zeigt, dabei aber häufig übersieht, dass der Patient auch bei anderen Spezialärzten in Behandlung steht und dass die Wirkungen jener Behandlungen unter Umständen nicht kompatibel sind mit der momentanen Behandlung. Managed Care verbessert die Koordination der medizinischen Behandlungen, sodass Mehrfachuntersuchungen, Mehrfachdiagnosen, Doppelspurigkeiten, Falschmedikationen, Inkompatibilitäten der verschiedenen Behandlungen usw. vermieden werden können, zum Gewinn des Patienten und der prämierten und steuerzahlenden Allgemeinheit.

Die Subkommission hat sehr gute Vorarbeiten geleistet, und auch in der Plenarkommission hat das heute vorliegende Gesetz gute Resultate erzielt. Wir bitten Sie daher, einzutreten und den Anträgen der Kommissionsmehrheit zu folgen, ausser beim Angebotszwang für die Versicherer.

Hassler Hansjörg (BD, GR): Nach unendlich langem Hin und Her in der Gesundheitspolitik scheint jetzt mit dieser Vorlage Managed Care ein kleiner Durchbruch gelungen zu sein. Wir haben uns über Jahre mit verschiedensten Aspekten wie Kostenentwicklung, Kostenbeteiligung, Risikoausgleich und Vertragsfreiheit beschäftigt, die jetzt in diese Vorlage integriert werden. Das begrüßen wir ausdrücklich; es ist dringend nötig, hier einen Schritt vorwärtszukommen, um die Kosten im Gesundheitswesen einigermassen in den Griff zu bekommen.

Mit dieser Vorlage soll aber auch die medizinische Versorgung und Betreuung der Patienten verbessert werden. Wir von der BDP begrüßen das integrierte Versorgungssystem, bei dem sich eine Gruppe von Leistungserbringern zum Zweck einer kombinierten medizinischen Versorgung zusammenschliesst, damit die Patienten effizient und besser betreut werden können. Wir begrüßen es auch, dass Anreize für die Versicherten geschaffen werden, damit sich möglichst viele einem solchen Netz anschliessen. Wir unterstützen daher den Antrag der Kommission, dass, wer sich einem solchen integrierten Versorgungssystem anpasst, wie bisher 10 Prozent Selbstbehalt zu bezahlen hat, und dass die anderen Versicherten 20 Prozent Selbstbehalt bezahlen müssen. Dabei ist es richtig, dass der Bundesrat wie bisher eine Obergrenze für den Selbstbehalt festlegen kann.

Wir sind auch mit der vorgeschlagenen Übergangsfrist für das Angebot von integrierten Versorgungssystemen einverstanden. Es ist realistisch, wenn die Krankenversicherer innert dreier Jahre solche Verbundmodelle im Angebot haben müssen. Sollte dies entgegen den Erwartungen nicht möglich sein, kann der Bundesrat dem Parlament geeignete

Massnahmen vorschlagen. Umgekehrt ist es auch richtig, dass in Regionen, in denen solche Modelle schon früher angeboten werden, die neuen Selbstbehaltsregeln bereits früher angewendet werden dürfen. Wichtig ist uns aber auch, in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die medizinische Versorgung in den ländlichen und peripheren Gebieten auch mit den neuen Versorgungsmodellen sichergestellt ist.

Die vorberatende Kommission hat auch die Anforderungen definiert, denen Anbieter von integrierten Versorgungsnetzen genügen müssen. So müssen sie alle Grundversorgungsleistungen anbieten. Sie dürfen in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu einem Versicherer stehen, und sie tragen auch eine Budgetverantwortung. Die Versicherer dürfen für solche Modelle eine Mindestvertragsdauer von drei Jahren vorsehen. Der Patient darf den Versicherer aber vorher wechseln, wenn sich die Versicherungsbedingungen stark verändern oder die Prämie stärker ansteigt als im kantonalen Durchschnitt. Die BDP-Fraktion begrüsst auch die Ergänzung der Liste der Kriterien für den Risikoausgleich. Es scheint uns richtig zu sein, beim Risikoausgleich neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Spitalbesuche des Vorjahres und die Morbidität der Versicherten zu berücksichtigen.

Insgesamt geht die Managed-Care-Vorlage viel weiter als die ursprünglichen Vorschläge des Bundesrates zu den besonderen Formen der Krankenversicherung. Sie ersetzt zudem Entwürfe der Regierung aus dem Jahre 2004 zur Kostenbeteiligung und zur Vertragsfreiheit. Es ist daher richtig, auf die entsprechenden Vorlagen nicht einzutreten. Die BDP-Fraktion wird auch in diesen Punkten die Anträge der Kommission unterstützen. Insgesamt hoffen wir nun sehr, mit dieser Vorlage den Hauptzielen der Gesundheitsversorgung einen wichtigen Schritt näher zu kommen: die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern und den stetigen Kostenanstieg im Gesundheitswesen eindämmen zu können.

Die BDP-Fraktion ist für Eintreten und wird die Hauptstossrichtung der Vorlage unterstützen.

Walter Hansjörg (V, TG): Kollege Hassler, gestatten Sie mir eine Frage: Sind Sie überzeugt, dass die Managed-Care-Modelle, die den Krankenversicherern nun verordnet werden, in den ländlichen Regionen tatsächlich umgesetzt werden können?

Hassler Hansjörg (BD, GR): Ich bin der Überzeugung, dass das auch in ländlichen Gebieten möglich ist. Es braucht dort ganz sicher grössere regionale Zusammenschlüsse in solchen Netzwerken, dann wird die Versorgungssicherheit auch in ländlichen Gebieten gewährleistet sein.

Wenn es zu Schwierigkeiten führen sollte, dann erwarte ich vom Bundesrat, dass er die entsprechenden Massnahmen ergreift, damit die Gesundheitsversorgung in den ländlichen Gebieten sichergestellt werden kann. Das hat für mich als Bewohner einer solchen Gegend natürlich einen sehr hohen Stellenwert.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: On parle beaucoup de politique de la santé. Je ne sais pas si l'on écoute beaucoup, mais en tout cas on parle beaucoup de cela. On le fait avec des termes un peu froids, souvent très techniques, et pourtant la santé est l'un des domaines les plus chaleureux, les plus humains, et où l'on travaille sans trop parler, beaucoup, 24 heures par jour, 365 jours par an. Le projet d'aujourd'hui est très révélateur de cette apparente contradiction. Derrière le terme un peu froid de «managed care», il y a une multitude de volontés. C'est vrai, c'est juste, c'est normal; elles ne vont pas toutes dans le même sens pour le moment. C'est normal, mais cela rappelle aussi que c'est au politique de donner la direction générale, et en particulier au Parlement. Certains d'entre vous ont dit qu'il s'agissait d'un «Schlüsselvorlage». C'est en tout cas un projet important, et cela pour plusieurs raisons. J'en citerai trois.

Premièrement, c'est un projet important en soi, parce qu'il concerne directement les êtres humains, chaque personne

de ce pays. La santé, cela concerne tout le monde, mais en quelque sorte la santé n'appartient à personne.

Deuxièmement, c'est un projet important parce qu'il fait évoluer la culture, les valeurs. Voilà un aspect qui n'a pas toujours été évoqué aujourd'hui; on a essentiellement entendu des termes froids – comme je l'ai dit tout à l'heure –, mais il s'agit fondamentalement d'un projet de culture et de valeurs. On passe d'une culture individuelle à celle d'un monde en réseau; on passe de la vision sectorielle à la vue d'ensemble. Ces valeurs sont très importantes. Il y a aussi des valeurs comme la méfiance ou la confiance. Evidemment, ce serait plutôt la confiance qui devrait régner, mais il y a souvent beaucoup de méfiance entre les acteurs et, si on veut les rassembler, il faut retrouver de la confiance.

Il faut aussi trouver de la responsabilité. On a inventé le terme de «coresponsabilité» dans cette loi, et je crois qu'il convient très bien pour la future politique de la santé. Il s'agit bien d'une coresponsabilisation – pas seulement au niveau financier, d'ailleurs, mais aussi au niveau des générations. Les choses évoluent. Toutes les questions de mise en réseau – même s'il est un peu schématique de le dire ainsi – se font quand même en rapport avec les changements de générations, tout spécialement les changements actuels de générations.

Troisièmement, c'est un projet important parce qu'il transpose clairement dans la réalité l'objectif le plus important de la politique de la santé, qui est tout simplement de mieux soigner, de sauver davantage de vies. Et quand on parle de mieux soigner, en l'occurrence, cela concerne également la prévention secondaire. Donc, c'est la qualité; et en termes économiques plus froids – si on en revient aux termes un peu plus froids –, c'est l'efficacité.

Du point de vue de la politique, beaucoup de questions de détail se posent. Si vous avez étudié le dépliant dans le détail – et j'imagine que vous l'avez tous fait –, vous aurez vu que beaucoup de questions de détail se posent sur ce sujet, mais qu'en fait une seule question est fondamentale. Et si à la fin de cette session vous souhaitez que l'on simplifie les choses, la seule question à laquelle vous devrez répondre par oui ou par non est la suivante: est-il de notre responsabilité d'agir, de montrer la voie, de progresser, ou peut-on laisser les choses en l'état en raison de résistances au changement, en raison d'intérêts sectoriels qui ont tous une bonne justification, mais qui n'en restent pas moins sectoriels – ce qui est peut-être leur défaut? Si l'on se concentre sur le rôle politique, poser la question, c'est y répondre. Bien sûr qu'il faut montrer la voie, bien sûr qu'il faut dessiner l'évolution et l'avenir, bien sûr que la nouvelle génération des acteurs de la santé doit le faire. Cette réponse a été appliquée dès le début par la majorité de votre commission.

Madame Jacqueline Fehr a parlé d'un référendum. J'aimerais dire ici au Parlement que, pour le Conseil fédéral, le référendum n'est pas une menace, c'est un droit populaire. Au fond, il faut toujours voir les choses sous deux angles: dans une démarche populaire ou dans une démarche de décision supplémentaire, comme le référendum, il y a à la fois un risque et une chance. Ici, évidemment, le risque encouru est essentiellement la perte de temps – une grande ou une petite perte de temps –, selon le résultat final, parce qu'un référendum avec un non à la clé serait un coup d'arrêt aux réformes de santé. On le sait, cela coûterait quelques années. La chance, par contre, c'est que l'on pourrait gagner la population au débat et à cette dynamique, à ce changement de générations. En soi, un référendum est un droit populaire qui ouvre également un débat, ce qui n'est pas forcément négatif. Pour ma part, donc, je ne prends pas vos trois conditions comme des menaces – et le Conseil fédéral ne le fait pas non plus. Nous reviendrons sur ces trois conditions surtout lors de la discussion par article; on en discutera. Ce ne sont pas des menaces, ce sont des domaines de débat; on peut en discuter, si vous souhaitez vous-mêmes mener ce débat. Il est évidemment un peu ennuyeux que l'on pose un ultimatum du type: «soit c'est cela, soit c'est le référendum». Encore une fois, je crois que le but de la politique est d'abord de chercher la meilleure solution.

Sur certains points de fond, vos conditions seraient contre-productives pour l'objectif général. Le Conseil fédéral a répondu depuis longtemps à la question générale: faut-il agir ou non? Votre commission, dans sa grande majorité, a suivi ce point de vue. Elle va même plus loin. Il faut dire ici très clairement que la commission a très bien travaillé, elle a fait un travail en réseau. Vous avez quasiment une «commission intégrée», on peut le dire, car dans la commission elle-même, on a senti la volonté de dépasser les frontières, de mettre en réseau les différents courants politiques afin de trouver une solution. Nous pouvons dire ici au nom du Conseil fédéral que nous soutenons clairement toutes les propositions de la majorité.

Cette loi est aussi, et nous aimerions le préciser ici, un important élément de la stratégie globale du Conseil fédéral dans le domaine de la politique de la santé. Les autres éléments principaux sont le financement en général, et celui des hôpitaux en particulier, dès 2012, la clarification des compétences et des rôles de la gouvernance entre la Confédération et les cantons, et la politique de prévention, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir ici même prochainement, qui doit mobiliser les ressources nationales contre les maladies chroniques. Et cette stratégie globale est faite de parties qui ont toutes un sens. Si on les met ensemble, on peut réellement faire avancer les choses. Aujourd'hui, nous discutons d'un des éléments, mais c'est une dynamique générale. Cette réforme partielle, mais très importante, a pour but d'améliorer, cela a été dit et c'est juste, avant tout la qualité. Nous voulons orienter la concurrence vers la qualité et vers l'innovation.

J'aimerais insister sur un point tout simple: il s'agit d'une loi assez ardue mais précise, qui définit un cadre au sein duquel les choses restent relativement libres. Le danger pour la politique, c'est de vouloir définir le cadre et ensuite de vouloir définir tous les détails à l'intérieur de ce cadre. Si vous parlez avec les gens sur le terrain qui ont lancé et qui développent ces réseaux, ils disent toujours: «Attention! Laissez-nous la liberté, laissez-nous la capacité d'innovation à l'intérieur du cadre.» Cet élément est très important pour la discussion sur les éléments de détail.

Le projet qui vous est soumis définit très clairement les réseaux de soins intégrés, c'est un point important. On a enfin des jalons, des «Eckwerte», ce qui est un élément important, car les assurés font un choix au départ.

Mais il y a aussi le fameux suivi thérapeutique, qui figure maintenant clairement dans la loi comme un élément central. Ce suivi est très important; il est en effet démontré que ce suivi thérapeutique a des effets très importants pour augmenter la qualité et l'efficacité des soins, bref pour sauver des vies, notamment lorsqu'il s'agit de maladies chroniques. Je vous rappelle que cela concerne 10 à 20 pour cent des malades et que cela représente 70 à 80 pour cent des coûts. Il y a évidemment aussi le jalon du contrat entre les fournisseurs de prestations et les assureurs et il est très important que vous laissiez la possibilité aux partenaires d'agir véritablement librement dans le cadre de ce contrat, mais dans le cadre précis qui est fixé par la loi, qui définit les domaines dans lesquels il faut qu'il y ait un accord par contrat.

Ce qui m'a beaucoup frappé ces derniers mois, c'est que tout le monde a un peu l'impression que tout ce qui proviendra de la politique posera problème. Vous avez la possibilité de délimiter un cadre, mais vous devez en quelque sorte faire confiance au monde de la santé pour définir à l'intérieur de ce cadre quelque chose qui soit réellement positif pour l'ensemble des partenaires. De plus, il y a aussi la coresponsabilité budgétaire; c'est l'un des jalons les plus importants, auquel on doit absolument tenir. D'ailleurs, beaucoup de choses ont déjà été faites jusqu'à présent, même sans cette loi.

Le «managed care» est aussi un état d'esprit; c'est un concept positif. On a parlé ici et là de sacrifices, de risques, mais j'aimerais vous demander d'imaginer aussi le développement de ces réseaux de soins en termes de potentiels et de chances, parce qu'on cherche par là à additionner les potentiels pour tous les partenaires. Les patients devraient être

mieux soignés si ces réseaux fonctionnent bien, en particulier en raison du traitement coordonné; les médecins devraient profiter de l'échange d'expériences. Les médecins s'engagent d'ailleurs dès le départ de manière contractuelle à participer à des cercles de qualité, à mettre en commun leurs expériences et à critiquer leur travail respectif, de manière à l'améliorer constamment. Et si vous parlez avec eux, vous verrez qu'il y a là quelque chose de stimulant dans l'exercice d'un tel métier.

J'ajouterai qu'il faut aussi imaginer ce projet comme une partie de la réponse pour les médecins généralistes qui sont à la recherche d'une perspective d'avenir. Et c'est quelque chose qu'on ne peut pas laisser de côté. Ensuite, il y a aussi les assureurs, et ce projet va assez loin par rapport à eux. En particulier parce qu'à l'obligation faite aux assureurs d'offrir des modèles de réseaux de soins intégrés s'ajoute encore le fait que nous mettons fin à la sélection des risques, c'est-à-dire à la concurrence par la seule sélection des risques, pour passer à une concurrence par l'innovation et par la qualité.

Nous nous donnons les moyens de réussir à passer en quelques années d'un système à un autre. La concurrence du type gadget ou concours n'est pas l'avenir; la concurrence se fera par la qualité qui sera offerte dans ces différents modèles par les divers partenaires et par les assureurs également.

Cette modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ne vise pas à économiser sur le plan de la santé, mais à améliorer la qualité des soins, je l'ai dit. Les actuels réseaux de soins intégrés montrent qu'une amélioration de la qualité peut aller de pair avec une utilisation plus efficace et meilleur marché de la structure que le modèle traditionnel. Le «managed care» sera attrayant avant tout par son orientation vers la qualité.

Cela fait une dizaine d'années que les choses sont bloquées sur bien des points en matière de santé, mais, évidemment, si on veut aller vite – j'ai là aussi un message à vous transmettre –, il faut des incitations claires. Mon message ne consiste donc pas à dire que les réseaux de soins intégrés sont particulièrement favorables parce qu'ils sont intéressants uniquement au niveau financier, mais qu'ils le sont par la qualité, le suivi thérapeutique. L'efficacité doit se retrouver rapidement dans des incitations financières pour que nombre de patients franchissent le cap et choisissent ce type de modèle.

C'est là que la discussion sur la question de la participation aux coûts prend toute sa signification – nous y reviendrons dans la discussion par article. Je crois qu'il faut que vous preniez chacun le temps de bien comprendre comment le système fonctionne. Nous sommes tous assurés, mais je ne suis pas sûr que tous fassent attention à tous ces détails qui ont leur importance. Ne vous braquez pas sur la seule question du pourcentage de la quote-part, réfléchissez plutôt à la question beaucoup plus importante du montant maximal de la quote-part – nous y reviendrons le moment venu. Nous avons nos idées à ce sujet et nous souhaitons que vous les connaissiez, mais laissez au Conseil fédéral la liberté de décider du montant maximal de la quote-part. Il est évident que si le montant maximal de la quote-part – et non pas son pourcentage – est particulièrement attractif, les réseaux de soins intégrés le seront d'autant plus, en particulier pour les malades chroniques.

Il reste à boucler la boucle de la cohérence – j'y reviens – avec la compensation des risques. Le projet prévoit, en plus de ce qui est déjà décidé, un indicateur de plus au niveau de la morbidité. Laissez là aussi au Conseil fédéral une liberté dans ce cadre, à savoir celle de choisir le type d'indicateur qui permettra d'améliorer la situation et d'augmenter l'attractivité non seulement pour les assureurs, mais aussi de manière générale pour l'ensemble des partenaires en présence dans ces différents modèles.

Ce modèle exige de tous qu'ils bougent un peu – voire beaucoup, pour certains – et assez rapidement, mais quand même pas d'un jour à l'autre, puisqu'il y a des mesures transitoires. Cette loi donne une direction claire, mais vous avez

un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur pour atteindre le but fixé.

En résumé, le projet consiste à passer d'une médecine avec un maximum de soins à une médecine optimisée. C'est au monde politique de s'exprimer clairement, et nous espérons que vous saurez le faire d'une manière aussi claire que l'a fait votre commission. Nous vous demandons évidemment d'entrer en matière – mais je crois que cela n'est pas contesté – puis, ensuite, de garder une ligne cohérente à l'ensemble de ce projet, en particulier par le biais des propositions faites par votre commission sur d'autres points qui sont encore en discussion. On peut imaginer aussi que le débat se poursuive au niveau du Conseil des Etats, mais les points adoptés par votre commission donnent au projet une très grande cohérence.

Steiert Jean-François (S, FR): Monsieur le conseiller fédéral, estimez-vous judicieux, possible et opportun, par rapport à la proposition qui nous est soumise aujourd'hui, de garantir la neutralité financière de l'opération, c'est-à-dire d'éviter que, contrairement au projet de la commission, les patientes et les patients doivent assumer, sans doute, plusieurs centaines de millions de francs de charges supplémentaires? Le cas échéant, comment envisagez-vous de garantir cette neutralité financière?

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Nous entrons ici dans un des débats de détail, mais je sais que pour vous – et pas seulement pour vous d'ailleurs – la question de la participation aux coûts est une question fondamentale. Je me permets de l'expliquer en quelques mots.

La participation aux coûts se fait d'abord par la franchise, ensuite par la quote-part; et dans la quote-part, il s'agit d'un pourcentage et d'un montant maximal. La solution à la question que vous posez, c'est un modèle qui permette de faire pression de manière générale sur les coûts, et une fois que cela est fait, ce modèle doit être très attractif pour les réseaux de soins et pour les patients en matière de coûts qu'ils devront eux-mêmes prendre en charge.

Nos premières analyses montrent très clairement que la solution est au niveau du montant maximal de la quote-part; ce montant pourrait être inférieur à celui d'aujourd'hui dans le cadre des réseaux de soins – j'aimerais dire ici très clairement que nous nous réservons encore le droit de pouvoir discuter cela dans le détail avec le Conseil des Etats. On pourrait donc imaginer que la solution permette en effet aux assurés, en tout cas aux personnes intégrées dans un réseau de soins, d'être à la fin dans une situation financière nettement meilleure. Ce modèle-là, dont le montant maximal de la quote-part pourrait être par exemple de 500 francs dans les réseaux de soins – contre 700 francs aujourd'hui – pourrait être très attractif, en particulier pour les personnes qui sont certaines ou presque certaines de devoir utiliser ces soins, par exemple pour les malades chroniques.

Mais nous devons aussi faire attention à ce que cette évolution dans ce domaine-là n'ait pas un effet trop grand sur le montant des primes. D'ailleurs une des demandes – je ne sais plus si c'est la vôtre ou celle de votre groupe; de votre groupe, je crois – est également de faire en sorte que les modèles de «managed care» proposent toujours des primes inférieures à tous les autres modèles. C'est évidemment presque impossible et il serait assez dangereux de partir dans une situation dans laquelle nous aurions une sorte de «Billigmedizin». Ce que nous voulons montrer, c'est que le montant des primes sera limité; il sera peut-être progressivement inférieur à celui des autres modèles. Mais ce qui est important, c'est la quote-part et en particulier la question du montant maximal de celle-ci.

C'est pourquoi, à l'article 64, je vous demande de ne pas voter la proposition de la minorité Rossini, mais celle de la majorité – laisser les pourcentages à 10 et 20 –, et de travailler sur le montant maximal de la quote-part.

Rielle Jean-Charles (S, GE): Monsieur le conseiller fédéral, ma question va un peu dans le même sens. Vous voulez

maintenant remettre tous les acteurs de la santé autour de la table, et je vous en remercie. Vous avez dit tout à l'heure qu'il fallait définir le cadre mais pas les détails. Cette quote-part de 20 pour cent ne devrait-elle pas notamment être pré-définie avec l'ensemble des acteurs et pas forcément par le politique, justement dans ce souci d'intégrer tout le monde?

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Monsieur Rielle, en politique vous pouvez discuter, intégrer, mais à un moment donné il faut décider.

La décision qui avait été prise il y a peu de temps prévoyait que la participation aux coûts serait, pour ce qui est du taux – et c'est vers cela que se tournent tous les regards, mais encore une fois c'est beaucoup plus complexe –, de 20 pour cent pour tout le monde. C'était cela l'intention politique. Avec ce projet, nous pouvons fixer le taux de participation aux coûts à 20 pour cent pour les modèles traditionnels et à 10 pour cent ou moins pour les modèles de réseaux de soins intégrés puisqu'ils sont libres d'aller plus bas. Nous pouvons discuter à l'infini de cette question, mais, à mon avis, nous devons faire une appréciation politique. Les primes augmentent d'une manière très forte. Nous devons avoir des incitations vers des modèles qui nous permettent non pas de baisser les coûts, parce que ceux-ci ne baisseront pas, mais au moins de maîtriser leur augmentation et, à un moment donné, cette direction doit être marquée.

Concernant la nouvelle façon de faire pour fixer le taux de la participation aux coûts, si on l'explique bien dans le cadre des commissions, et on le fera encore avec la commission du Conseil des Etats, je suis convaincu que l'on peut trouver une solution qui sera acceptée par tout le monde. En revanche, je suis un peu déçu, je vous le dis clairement, que d'emblée des conditions soient posées: soit c'est cela, soit on lance un référendum. Ce n'est pas sérieux, parce que le dossier est extrêmement compliqué et qu'il y a dans les décisions de détail des solutions qui permettent de répondre, peut-être pas entièrement, mais en tout cas en partie, à vos soucis. Laissez aussi le politique travailler. Vous êtes une des chambres; le Conseil des Etats le fera aussi sérieusement que vous et, à la fin, le projet sera bon.

van Singer Christian (G, VD): Monsieur le conseiller fédéral, ne craignez-vous pas, avec une telle disposition relative à la participation des assurés à hauteur de 20 pour cent, de donner l'impression que nous travaillons dans l'intérêt unique des caisses-maladie? Ce serait fort dommage. Bien sûr, vous dites qu'un référendum n'est pas une menace, c'est la manière dont travaillent nos institutions, mais il serait quand même dommage de condamner ce projet presque dès le départ.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Encore une fois, essayez de dédramatiser cette histoire de 20 pour cent, car elle n'est objectivement pas aussi grave que vous le pensez. Prenez votre situation, ou la situation d'un assuré. Il a une franchise et s'il consomme – même si ce terme n'est pas très bien accepté – des soins pour un montant équivalent à celui de sa franchise, il paie lui-même. C'est sa responsabilité. S'il consomme pour un montant supérieur à celui de sa franchise, il paie une partie. C'est la quote-part, pendant un moment, et le Conseil fédéral fixe la limite maximale. Si on doit payer 10 ou 20 pour cent des coûts qui dépassent la franchise, mais qu'on a toujours une limite maximale située aux alentours de 700 francs, pour la plupart des malades chroniques, cela ne change rien. Cela veut simplement dire que, si le taux est de 20 pour cent, l'assuré va payer plus rapidement les premières factures et, si le taux est de 10 pour cent, il va payer plus lentement. Ce qui est important, c'est le montant maximal de la quote-part. Et si dans les réseaux de soins le montant maximal de la quote-part n'est pas aussi élevé que maintenant, alors la situation est encore meilleure. Cela veut dire que, même avec une participation de 20 pour cent pour les modèles traditionnels et de 10 pour cent – voire moins – pour les modèles de réseaux de soins intégrés, les malades chroniques auront intérêt à opter pour les

réseaux de soins, non seulement en raison de la prime pour les éventuelles ristournes qui sont possibles à la fin de l'année, mais en plus pour la participation aux coûts.

Franchement, je crois qu'on peut expliquer cela à la population: on peut lui dire que nous souhaitons que, dans les modèles traditionnels, la responsabilité soit plus grande par le biais de la quote-part et que, dans les modèles de réseaux de soins intégrés où vous faites le choix de vous engager dans un suivi thérapeutique – cela concerne beaucoup de gens qui ont un risque de maladie –, eh bien vous avez une situation dans laquelle, à la fin, «on ne prend pas plus dans leur porte-monnaie». Et cela, on peut l'expliquer. Mais si vous continuez à vous braquer sur l'idée d'une participation de 10 à 20 pour cent des coûts au-delà de la franchise, vous avez tous l'impression qu'il y en a qui paient la moitié moins que d'autres, alors que c'est beaucoup plus complexe. Si vous mettez 10, 15 ou 20 pour cent, mais que vous augmentez le montant maximal de la quote-part, c'est pire. Et c'est précisément là que vous devriez mettre des conditions. Faites-le, car nous sommes d'accord avec ces conditions. Mais, en plus, ce serait vraiment là qu'il y aurait un effet pour les gens, et c'est dans cette direction qu'on doit travailler.

Maintenant, je dirai encore un mot sur les assureurs. Cela ne me gêne pas qu'on travaille aussi pour les assureurs, dans la mesure où ils font partie de l'ensemble du système et qu'ils ont un rôle à jouer. Il ne faut simplement pas que ce rôle dépasse celui qui leur est attribué. Mais arrêtez de crier au grand méchant loup: il faut aussi des assureurs, dans ce système de santé! Il faut des partenaires. Chacun a sa place.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Obwohl Eintreten auf die Vorlage unbestritten ist, gab es schon eine gewisse Wahlkampfretorik. Es war die Rede von Verlust der Wahlfreiheit, von Knebelungsvertrag, von Kassendiktat und von Ökonomisierung der Medizin.

Zum Thema Verlust der Wahlfreiheit: Es gibt keine grenzenlose Wahlfreiheit. Wir können nicht einerseits die Kosten- und die Prämiensteigerung dämpfen und andererseits in jeder Situation allen alle Wahlmöglichkeiten offenhalten. Gemäss Vorlage sollen sich die Versicherten bewusst für ein System entscheiden und sich in diesem System auch steuern lassen. Die Wahlfreiheit bleibt also bestehen, sie wird eigentlich in qualitativer Hinsicht gestärkt.

Zu den Themen Knebelungsvertrag und Kassendiktat: Es ist möglich, auf freiwilliger Basis einen Vertrag auf drei Jahre abzuschliessen, der definiert, unter welchen Umständen ein Wechsel stattfinden kann. Von einem Knebelungsvertrag kann also keine Rede sein, wie auch nicht von einem Kassendiktat. Wo finden Sie eine Stärkung der Krankenversicherer im Sinne eines Kassendiktates? Wir haben für die Krankenversicherer einen Angebotszwang vorgesehen, wir haben vorgesehen, dass der Risikoausgleich gestärkt wird, und wir haben vorgesehen, dass die Versorgungsnetze von den Krankenversicherern unabhängig sein müssen.

Zum Thema Ökonomisierung der Medizin: Ich möchte in diesem Zusammenhang an die Ausgangssituation erinnern. Die Kosten in der Grundversicherung steigen jedes Jahr um eine Milliarde Franken an, und jedes Jahr steigen auch die Krankenversicherungsprämien entsprechend an. Studien zeigen, dass jährlich über 2 Milliarden Franken für Wunschbehandlungen ohne jede medizinische Indikation anfallen, weil sie von versicherten Patienten gewünscht werden. Wir kennen das Problem der Mehrfachuntersuchungen, der Falschbehandlungen. Es wird auch geschätzt, dass für 500 Millionen Franken Medikamente abgegeben werden, die direkt entsorgt werden müssen, also nicht eingenommen werden. Wir sehen ein Rationalisierungspotenzial im System. Es geht darum, dieses Potenzial zu nutzen, was keinem Patienten, keinem Versicherten schadet. Wenn man das nicht will, wenn man einfach Besitzstände wahren will, wenn keine Seite einen Schritt machen will, dann werden wir die Kostenentwicklung nie in den Griff bekommen. Ich erinnere noch einmal an das Ziel der Managed-Care-Vorlage: Sie will die Behandlungsprozesse über den ganzen Behand-

lungspfad optimieren. Sie will die Qualität sichern oder verbessern, und sie will auch die Kostenentwicklung dämpfen. Zur Frage von Herrn Walter in Bezug auf die Probleme der Landregionen: In den Landregionen ist es in der Regel heute schon so, dass die Versicherten zuerst zu einem Hausarzt gehen. In verschiedenen Regionen gibt es bereits Hausarztmodelle. Dort wird sich für die Versicherten kaum etwas ändern; dort geht es darum, dass sich die Ärzte noch besser organisieren, dass die Grundversorger koordinierter mit den Spezialisten, mit den Apothekern, mit den Spitälern und mit Spitex zusammenarbeiten.

Es ist eine Stärkung der Hausarztmedizin. Nachdem wir in letzter Zeit verschiedenste Klagen der Hausärzte gehört haben, haben wir mit dieser Vorlage die Möglichkeit, die Position der Grundversorger, der Hausärzte, zu stärken. Die Vorlage wird denn auch von der Vereinigung Hausärzte Schweiz unterstützt.

Das Parlament steht in der Öffentlichkeit im schlechten Ruf, sämtliche Reformen verhindern, verzögern oder nicht durchbringen zu wollen. Seit 2003 wartet man auf eine Neuordnung des ambulanten Bereichs. Wir haben es heute in der Hand. Wir sollten uns nicht jetzt schon von Referendumsdrohungen erpressen lassen. Wir unterbreiten Ihnen eine ausgewogene Vorlage, welche von allen Akteuren, von Versicherten, Patienten, Leistungserbringern und Versicherern, ein Entgegenkommen fordert. Wenn wir einzelne Elemente herausbrechen, ist die Balance der Vorlage nicht mehr gegeben.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten und den Mehrheitsanträgen zu folgen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: La santé est un domaine sensible, complexe. C'est un domaine pour lequel nous investissons 60 milliards de francs chaque année; c'est un domaine dans lequel il y a 505 000 travailleuses et travailleurs, employés et employés; c'est un domaine qui touche donc plus du 10 pour cent de notre population active et qui touche directement le porte-monnaie de cette population active. Il n'est donc pas difficile d'imaginer que tout changement est difficile dans un domaine qui touche autant de personnes.

Nous avons aujourd'hui devant nous un projet que je me permets de considérer comme équilibré. J'ai bien apprécié les mots de Monsieur le conseiller fédéral Burkhalter lorsqu'il a dit que la mentalité «intégrée» était déjà initiée dans la commission; c'est tout à fait le cas. Nous avons fait un effort de réflexion pour le bien de notre système de santé au-delà des frontières des partis. Nous avons cherché le compromis où ceci était possible. Nous avons trouvé les meilleurs équilibres, vous avez aujourd'hui le résultat sur la table. Je suis sûr que le Conseil des Etats sera encore en mesure de le perfectionner ultérieurement.

Il y a un point qui, à mes yeux, est central, c'est celui de la compensation des risques. La compensation des risques dus à la structure des assurés est l'alpha et l'oméga de cette réforme. Sans une compensation des risques, cette réforme n'aboutirait jamais à un résultat concret. La compensation des risques était un thème tabou dont on ne voulait plus parler pour un certain temps. La commission, à une forte majorité, a de nouveau introduit cette correction nécessaire qui est due à une faillite politique. Cette correction figure maintenant dans ce projet. Je vous invite à la soutenir avec conviction.

La médecine est de plus en plus complexe. Le patient a besoin de proximité, de pilotage. La médecine de demain est une médecine d'équipe. Les années 1970 et 1980 sont derrière nous. Nous devons regarder l'avenir: le monde change, les patients changent, les médecins changent et la médecine change. Nous avons maintenant un problème de gouvernance avec notre système de santé. Monsieur le conseiller fédéral vient de dire qu'une réflexion était en cours autour de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Il y a quatre ans, l'OMS et l'OCDE nous ont dit dans leur rapport que la Suisse manquait de gouvernance dans son système de santé, au niveau macroéconomique.

Eh bien, ce même manque de gouvernance existe tout autant au niveau microéconomique, c'est-à-dire au niveau de la gestion du patient.

Cette modification de loi que nous vous proposons vise à améliorer de manière claire et définitive cette gouvernance microéconomique au niveau du patient. C'est un projet équilibré. Il est temps d'agir.

Je vous invite à soutenir cette modification de loi.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen

L'entrée en matière est décidée sans opposition

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 13 Abs. 2 Bst. g

Antrag der Mehrheit

g. alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren anderen Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anbieten, welche die Leistungen unabhängiger Organisationen von Leistungserbringern nach Artikel 41c umfassen.

Antrag der Minderheit

(Kleiner, Borer, Cassis, Gilli, Parmelin, Ruey, Stahl, Triponez)

Streichen

Antrag Prelicz-Huber

g. ... Versicherern für ihre Versicherten in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich flächendeckend besondere Versicherungsformen anbieten, welche die Leistungen unabhängiger Organisationen von Leistungserbringern nach Artikel 41c umfassen.

Schriftliche Begründung

Alle Organisationen nach Artikel 41c sollen allen Versicherten, unabhängig von der Krankenkasse, bei der sie versichert sind, offenstehen. Ziel ist ein möglichst flächendeckendes Angebot, das allen interessierten Versicherten zur Verfügung steht.

Antrag Barthassat

g. Der Versicherer hat mit sämtlichen integrierten Versorgungsnetzen des Kantons oder der Region des Versicherten einen Vertrag abzuschliessen.

Art. 13 al. 2 let. g

Proposition de la majorité

g. offrir à leurs assurés, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs autres assureurs, une ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations d'organisations indépendantes des fournisseurs de prestations visés à l'article 41c.

Proposition de la minorité

(Kleiner, Borer, Cassis, Gilli, Parmelin, Ruey, Stahl, Triponez)

Biffer

Proposition Prelicz-Huber

g. offrir à leurs assurés sur la totalité de leur rayon d'activité territorial, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs autres assureurs, des formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations d'organisations indépendantes des fournisseurs de prestations visés à l'article 41c.

Proposition Barthassat

g. L'assureur a l'obligation de conclure une convention avec tous les réseaux de soins intégrés du canton ou de la région de l'assuré.

Développement par écrit

Le 1er juin 2008, le peuple suisse à près de 80 pour cent et le peuple genevois à 90 pour cent ont très clairement démontré leur attachement au libre choix du médecin. La fin de l'obligation de contracter était clairement rejetée. La modification de la LAMal en discussion aujourd'hui pourrait d'une façon indirecte et peut-être non voulue réintroduire le choix des médecins par les assurances-maladie. Le texte n'est pas clair. Il spécifie que les assurances-maladie doivent proposer au moins un réseau de soins intégrés.

Actuellement dans chaque canton il existe plusieurs réseaux de soins intégrés et d'autres vont probablement être créés.

Si nous laissons aux assurances le choix du réseau avec qui elles désirent travailler nous limitons drastiquement le choix du médecin. Nous supprimons indirectement l'obligation de contracter, avec le risque que les médecins lancent un référendum.

Nous rendons également le travail du médecin de famille très difficile, alors que nous sommes tous d'accord pour qu'il devienne la pierre angulaire du système. Les médecins de famille ne pourront pas être membres de tous les réseaux de leur canton. Alors comment vont-ils faire si une majorité de leurs patients est dans un autre réseau? Pour éviter cet écueil, clarifions la loi et ajoutons que les assurances sont tenues de contracter avec tous les types de réseaux présents dans un canton. Je vous rappelle que les médecins exercent un métier libéral et qu'ils sont des entrepreneurs. Faites leur confiance et ne leur mettez pas dès le départ des bâtons dans les roues.

Laissez jouer la libre concurrence. Donnons-nous cinq ans pour juger des économies et des types de réseaux qui fonctionnent. Pour toutes ces raisons, je vous demande de voter mon amendement.

Kleiner Marianne (RL, AR): Die Minderheit Ihrer Kommission möchte vorderhand keinen Angebotszwang. Managed Care wird nach unserer Ansicht dann zum Erfolgsmodell, wenn die Anreize stimmen. Wir haben es heute in der Hand, Managed Care für Gesunde und mehr noch für Kranke attraktiv zu gestalten. So entstehen ohne Zwang auch Angebote. Das Produktangebot in der integrierten Versorgung befindet sich in einem ständigen Wachstum. Die Zahlen des Forums Managed Care widersprechen den Behauptungen im Brief der GDK, den wir alle bekommen haben. Jedes Jahr werden neue Managed-Care-Netzwerke gegründet; knapp die Hälfte der Grundversorger macht bereits mit. Immer mehr Versicherte profitieren von diesen Angeboten; je nach Region sind es bis zu einem Drittel aller Versicherten. Vergessen wir nicht: Managed Care ist ohne Angebotszwang entstanden.

Ohne Ärzte, Versicherer und Versicherte als freiwillige Vertragspartner gäbe es heute kein Managed-Care-Angebot. Gegenüber dem Diktat des Staates ist aus liberaler Sicht eindeutig diese Partnerschaft zu bevorzugen. Was heute unter freiheitlichen Spielregeln wächst und sich weiterentwickelt, wird durch Zwang, Paragrafen und Bürokratie eher gestört, und es besteht die Gefahr, dass es zum staatlich verordneten Standardangebot verkommt. Was wir auch bedenken müssen, ist, dass der Angebotszwang kontrolliert werden muss. Kassen, Ärzte und Kontrollbehörden werden mit zusätzlicher Administration belastet, was teurer ist, und unter dem administrativen Aufwand leiden doch heute schon alle Player in diesem Geschäft. Auch schafft weder ein Angebotszwang für Versicherer noch einer für Leistungserbrin-

ger auch nur einen einzigen Anreiz für Versicherte, Managed-Care-Angebote zu wählen.

Es braucht darum Anreize für Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte. Managed-Care-Angebote müssen für gesunde und vor allem für kranke Versicherte attraktiv sein, müssen vor allem im Krankheitsfall ihre Wirkung entfalten und nicht zu reinen Prämiensparmodellen für gesunde Versicherte verkommen. Deshalb ist im KVG der Grundsatz zu verankern, dass der Prämiennrabbat und die Kostenbeteiligung mit Managed Care attraktiver sind als ohne. Die Krankenversicherer haben ein vitales Interesse daran, dass insbesondere die kranken Versicherten in ihrem Kollektiv ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Managed-Care-Angebot wählen können, denn gesunde Versicherte beeinflussen die Kosten der kassenpflichtigen medizinischen Leistungen nicht. Mit einem optimalen, ganzheitlichen Kernmanagement und einer entsprechend kosteneffizienten medizinischen Betreuung ohne zeitraubende und teure Mehrfachkonsultationen steigen die Patientenzufriedenheit und die Qualität der medizinischen Behandlungen, währenddem die Kosten sinken. Wo die Nachfrage steigt, werden auch Angebote geschaffen oder attraktiver gestaltet.

Last, but not least gelten bei Hausarztmodellen und deren medizinischen Angeboten die gleichen Vorteile mit Prämiennrabbatten und Kostenbeteiligungen wie für Managed Care; dann gibt es auch keine Versicherten, welche benachteiligt sind, weil in ihrer Region noch keine Managed-Care-Angebote existieren. Gute Managed-Care-Angebote werden einzig durch die richtigen Anreize geschaffen, die es durch uns umzusetzen gilt.

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass die Einzelanträge Prelicz-Huber und Barthassat nicht mündlich begründet werden können.

Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je prends position sur la proposition de la minorité Kleiner et sur les propositions Prelicz-Huber et Barthassat.

Je vous invite tout d'abord à rejeter nettement la proposition de la minorité Kleiner. En biffant l'obligation faite aux assureurs d'offrir des réseaux de soins intégrés, on en reste à la situation de 1996, donc au statu quo. Après tout ce qui a été dit lors du débat d'entrée en matière sur la pertinence de développer des réseaux de soins intégrés et surtout sur la nécessité de donner des impulsions et de prévoir des incitations pour que la pratique de la fourniture des soins, par une meilleure coordination, au travers des réseaux de soins intégrés, soit effective, on ne peut pas soutenir de manière cohérente la proposition de la minorité Kleiner.

Depuis 1996, on a assisté au développement des réseaux de soins intégrés. Ils se sont développés principalement dans les villes et en Suisse alémanique, cela de manière extrêmement modeste au point que cela ne concerne que peu d'assurés. C'est justement à inverser cette tendance que vise ce projet. Le but est de faire en sorte que le patient soit au bon endroit, au bon moment, reçoive le bon traitement, pour éviter la multiplication d'actes médicaux inutiles, etc.

Par conséquent, nous devons donner un signal: ou nous voulons des réseaux de soins intégrés et nous faisons le pas proposé dans cette révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie, ou nous ne voulons pas de réseaux de soins intégrés et nous en restons à la situation qui prévaut depuis 1996.

Je vous invite donc à suivre la majorité et à rejeter la proposition de la minorité Kleiner.

Je vous invite par contre à soutenir la proposition Prelicz-Huber qui vise à ce que, sur la totalité de leur rayon d'activité territorial, les caisses-maladie offrent des formes d'assurance qui comprennent les prestations des réseaux de soins intégrés. C'est un élément extrêmement important. Le souci qui se manifeste dans le pays, c'est qu'une inégalité de traitement entre assurés apparaisse. Dans le domaine de la santé, il y a déjà suffisamment d'inégalités, notamment sur le plan du financement. Il faut que nous évitions avec cette

législation de créer une inégalité d'accès aux soins. Si les réseaux de soins intégrés ne se sont pas développés, c'est parce qu'en Suisse la situation géographique de la personne influe sur son accès à des réseaux de soins intégrés. La proposition Prelicz-Huber renforce les mesures en faveur d'une offre de prestations qui soit égale pour tout le monde sur l'ensemble du territoire.

Enfin, permettez-moi encore un petit mot concernant la proposition Barthassat. La problématique de l'obligation pour les assureurs de contracter avec les réseaux de soins intégrés existants est extrêmement importante. La formulation qui nous est proposée, à savoir une nouvelle lettre g à l'article 13 alinéa 2, est problématique. En effet, il y a une incohérence entre la formulation proposée par Monsieur Barthassat et celle de la majorité de la commission. En revanche, il est important que les réseaux de soins intégrés, s'ils veulent contracter, répondent aux critères de cette législation. C'est notamment le problème qui est posé par les réseaux qui n'ont pas de coresponsabilité budgétaire. Cet élément de fond doit bien évidemment être pris en considération. Il est donc important que le deuxième conseil, le Conseil des Etats, approfondisse notamment la question de l'obligation de contracter avec les réseaux de soins intégrés qui respecteront bien évidemment les principes définis dans la législation telle qu'elle sortira de nos délibérations.

Ruey Claude (RL, VD): Monsieur Rossini, que pensez-vous des mariages forcés? Quand un futur époux est obligé de se marier avec une personne avec laquelle il ne veut pas se marier, est-ce juste? Or, vous venez de soutenir la position qui consiste à dire que les assureurs doivent former un réseau. Qu'en est-il si les médecins ne veulent pas participer à un réseau? Va-t-on les obliger à un mariage forcé?

Rossini Stéphane (S, VS): Monsieur Ruey, pour avoir été ministre de la santé dans un grand canton de ce pays, vous savez très bien que dans le domaine de la santé, les bonnes intentions, ça ne suffit pas! Il faut des incitations fortes; il faut des règles strictes; sinon on ne changera strictement rien du tout! Il y a des intérêts de tous côtés, des intérêts du côté des patients, des assurés, des contribuables, des médecins, des hôpitaux, etc. Si l'on n'agit pas avec une certaine détermination, rien ne bougera, et ça vaut pour l'ensemble des acteurs!

Weibel Thomas (CEg, ZH): Die Angebotspflicht für Krankenkassen ist Teil der im Eintreten beschriebenen Opfersymmetrie. Es ist ein wichtiges Element der Ausgewogenheit. Wenn wir hier das Gleichgewicht nicht einhalten, dann stürzt das ganze Gebilde in sich zusammen. Stellen Sie sich vor, Sie haben einen dreibeinigen Tisch und sägen ein Bein ab. Die Folge ist Ihnen, glaube ich, klar.

Der Angebotszwang ist auch wichtig für die Versicherten. Er ist wichtig, damit innert nützlicher Frist ein flächendeckendes Angebot in der gesamten Schweiz realisiert werden kann. Zugegeben, eine Vorschrift, eine Pflicht, ist unschön. Wir von der CVP/EVP/glp-Fraktion bevorzugen eine Steuerung mit Anreizen. Aber die Freiwilligkeit hat bisher zu wenig gute Resultate gezeitigt. Lokal, insbesondere in urbanen Gebieten, stellen wir ein gutes Angebot fest, sowohl aufseiten der Ärzte wie auch aufseiten der Krankenkassen. Im ländlichen Raum aber ist das Angebot ungenügend, um nicht zu sagen inexistent. Eine Besserung ist nur langsam absehbar. Deshalb ist hier ausnahmsweise eine Zwangsmassnahme berechtigt.

Erlauben Sie mir noch eine Bemerkung zu den Einzelanträgen Prelicz-Huber und Barthassat. Sie wollen, dass die Versicherer mit allen Netzwerken im jeweiligen Angebotsgebiet Verträge abschliessen müssen. Das ist ein Vertragszwang auf die andere Seite. Aus unserer Sicht ist das ein Schritt in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens, den wir auf keinen Fall unterstützen können, denn es ist ein Schritt in die falsche Richtung.

Wir von der CVP/EVP/glp-Fraktion wollen einen minimalen Wettbewerb auch im Gesundheitswesen und werden deshalb beide Einzelanträge ablehnen.

Triponez Pierre (RL, BE): Um es gleich vorwegzunehmen: Auch die FDP-Liberale Fraktion lehnt die beiden Einzelanträge Barthassat und Prelicz-Huber ab. Hingegen empfehle ich Ihnen im Namen unserer Fraktion, der Minderheit Kleiner zu folgen, d. h., Buchstabe g von Artikel 13 Absatz 2 zu streichen.

Wir konnten heute Morgen von ausnahmslos allen Votantinnen und Votanten hören, dass sich Managed Care zunehmend zur Erfolgsgeschichte entwickelt hat. Die integrierte Versorgung befindet sich also auf Wachstumskurs. Netzwerke der Leistungserbringer erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Managed Care ist durch freiwillige Partnerschaft und durch Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern und weiteren Leistungserbringern mit den Versicherten und den Versicherern entstanden. Managed Care hat sich positiv entwickelt und umfasst – wir haben es gehört – heute nahezu die Hälfte aller Grundversorger. Jedes Jahr werden auf dieser partnerschaftlichen Basis neue Managed-Care-Netzwerke gegründet; all das ohne Angebotszwang.

Nach unserer Auffassung würde ein Angebotszwang, wie er hier in Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g vorgesehen ist, die Innovationskraft von Managed Care hemmen. Ein solcher Angebotszwang würde Bürokratie und Mehrkosten schaffen; ein solcher Angebotszwang droht zu einem Einheitsbrei zu führen. Das wollen wir nicht. Vielmehr möchten wir die attraktiven Managed-Care-Angebote für gesunde und kranke Versicherte weiter gefördert sehen. Nach unserer Überzeugung würde ein Angebotszwang für die Versicherer nicht zielführend sein und nicht wie ein Schwungrad, sondern eher wie ein Bremsklotz wirken.

Deshalb beantragt Ihnen die FDP-Liberale Fraktion, die Minderheit Kleiner zu unterstützen und Buchstabe g zu streichen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Für uns ist klar: Wenn Managed-Care-Netze vorhanden sind oder sich neue bilden und ihre Qualität gut ist, sollen die Versicherer auch eine Verpflichtung haben, diese Netze unter Vertrag zu nehmen. Das Ziel muss eine flächendeckende Verbreitung der Managed-Care-Netze für alle interessierten Versicherten sein. Sie sollen die Möglichkeit haben, einem Managed-Care-Netz beizutreten, wenn sie das wollen. Diese sollen in verschiedenen Varianten ausgestaltet werden, unter anderem auch mit Alternativmedizin. Sie sollen eine Vertragsmöglichkeit haben; es soll nicht die Situation entstehen, dass ein Netz vorhanden ist, das keinen Versicherer findet, der es unter Vertrag nimmt, oder nur einen, der es bei deutlich günstigeren Tarifen tut. Das wäre quasi die Einführung der Billigmedizin durch die Hintertür auf Kosten der Qualität. Aber es sollen auch alle Versicherten, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind, die Möglichkeit haben, einem Managed-Care-Netz beizutreten.

Wir sind in diesem Fall klar für den Antrag der Mehrheit und bitten Sie auch, meinen Einzelantrag, den Sie noch einmal in einer etwas abgeänderten Variante erhalten, zu unterstützen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Es geht hier um einen ersten wesentlichen Teil der Vorlage. Eine Minderheit beantragt, es weiterhin den Kassen und den Ärzten zu überlassen, ob sie nun Netzwerke, wie wir sie umschrieben haben, anbieten wollen oder nicht. Ich hätte für diese Haltung ein gewisses Verständnis, wenn im bestehenden System, welches dieses Angebot ja nie ausgeschlossen hat, solche nachweislich günstigen Versorgungseinrichtungen entstanden wären – sie sind aber nicht entstanden. Frau Kleiner hat in ihren Ausführungen gesagt, dass gegen die Hälfte der Hausärzte nun in solchen Modellen mitmacht. Tatsache ist, dass sich weniger als 5 Prozent der Versicherten verpflichten, in Modellen, wie wir sie umschrieben haben, mitzumachen. Es sind zurzeit auch deshalb weniger als 5 Prozent, weil örtlich schlicht

und einfach kein Zugang besteht; ich schreibe es diesem Umstand zu. Das System, das wir heute haben, ist nicht kundenorientiert, sondern es ist anbieterorientiert.

Also bleiben leider keine anderen Möglichkeiten, als die Kassen zur Kundenfreundlichkeit zu verpflichten, und das entspricht dem Mehrheitsantrag. Wenn die Vertreter der Kassen an dieser Vorschrift keine Freude haben – auch einige Mitglieder der Minderheit sind Vertreter von Kassen; wenn Sie die Namen der Unterzeichner ansehen, stellen Sie fest, dass die meisten von ihnen eine Beziehung zu Krankenkassen haben –, habe ich ein gewisses Verständnis: Wer will schon unter Druck etwas anbieten müssen? Aber der Staat gibt ihnen den Auftrag, etwas durchzuführen, und das kann, wie wir es hier tun, eben auch mit einer Pflicht verbunden werden. Das ist absolut zulässig. Schöner wäre selbstverständlich, es würde freiwillig getan. Aber leider hat sich das bisher noch nicht als durchsetzbar erwiesen, oder es wird, weshalb auch immer, nicht durchgesetzt. Für mich ist es eine Folge des Systems, dass das Angebot nicht entsteht: auf der einen Seite das Obligatorium und auf der anderen Seite der Vertragszwang bezüglich der Ärzte. Über den Vertragszwang werden wir bei dieser Vorlage noch sprechen. Die Aufhebung des Obligatoriums ist zurzeit sicher kein Thema. Aber es sind die Grundlagen des Systems, die diese Angebotsträgheit bewirken.

Ich wohne in einer Agglomeration der Region Zürich mit 40 000 Einwohnern. Wir haben kein Angebot. Es ist völlig unverständlich, dass das an einem solchen Ort nicht entsteht. Mir ist nicht bekannt, warum es nicht entsteht. Weil die Ärzte es nicht wollen? Oder weil die Kassen dieses Angebot nicht machen? Niemand weiss es so genau. Aber man muss feststellen, dass es nicht entsteht, obwohl es den Kunden, den Patienten, entsprechen würde.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang – das muss man auch erwähnen, das wurde bisher nicht gesagt –, dass diese Modelle nicht Einrichtungen der Versicherer sein dürfen, sondern dass sie eben unabhängig Angebote zu machen haben. Sonst hätten wir Interessenkonflikte, die wettbewerbspolitisch nicht vertretbar wären.

Um Korrekturen im Gesundheitswesen vorzunehmen, braucht es Änderungen, die spürbar sind. Es gibt aber selbstverständlich immer eine Interessengruppe, die etwas nicht will, weil es ihr nicht gefällt und weil sie davon tangiert ist. Ich meine, in einem ersten Schritt hier eine Kassenpflicht einzuführen ist richtig. Die Kassen haben drei Jahre Zeit, um dieser Pflicht nachzukommen. Wenn nichts entsteht, hat der Bundesrat die Möglichkeit, weitere Massnahmen vorzuschlagen; dann sollen weitere Schritte folgen. In den Übergangsbestimmungen wird das dann noch thematisiert; es ist Teil dieser Konstruktion, die wir Ihnen hier vorlegen.

Ich bitte Sie also, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Zu den Einzelanträgen noch kurz Folgendes: Ich bin der Meinung, dass der Antrag Prelicz-Huber zwar nicht falsch ist, aber er ist nicht nötig, weil die Mehrheit eigentlich genau das will, was er beschreibt. Zum Antrag Barthassat möchte ich festhalten, dass ich Sie da auf Artikel 35a mit den Übergangsregelungen hinweisen kann. Dort können Sie dann sagen, wie Sie mit dem Vertragszwang umgehen wollen. Wir wollen dort darauf zurückkommen.

Ich bitte Sie also, hier bei der Mehrheit zu bleiben und auf die Einzelanträge zu verzichten.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: On se demande ici ce que l'on doit exiger, en quelque sorte – ou en tout cas demander avec insistance –, des assureurs. Dans l'idéal, il faudrait évidemment un cadre clair mais sans trop de contraintes pour les partenaires, y compris pour les assureurs. Mais on n'est plus dans l'idéal. De fait, on a pris beaucoup de retard dans ces réformes. Il est nécessaire d'aller vite et de réussir cette réforme en quelques années, au maximum en trois ans à partir de l'entrée en vigueur. Pour cela, il faut un certain nombre de pressions et de mesures. Nous demandons à chacun des partenaires d'assumer ses responsabilités; ici, nous demandons aux assureurs de s'engager à offrir

des modèles de «managed care», sans leur laisser beaucoup de choix.

Il découle évidemment aussi de cela une égalité de traitement régionale, puisque la proposition concernera de plus en plus l'ensemble du territoire, dans la période de traitement stipulée dans les dispositions transitoires, c'est-à-dire trois ans. Mais, encore une fois, nous n'avons pas beaucoup de temps.

On peut voir que le processus est tout de même équilibré vis-à-vis des assureurs, notamment par le fait que, précisément, la commission a prévu ce délai de trois ans pour les dispositions transitoires. Nous vous invitons donc à suivre la majorité.

Je passe maintenant aux deux propositions individuelles, en commençant par la proposition Prelicz-Huber – je précise que, cette proposition ayant beaucoup changé et étant donné que je n'ai pas reçu la dernière version, je ne sais plus très bien où en est Madame Prelicz-Huber. Sur le fond, concernant l'ajout de «sur la totalité de leur rayon d'activité territorial», cela ne pose pas de problème puisque c'est ce que nous voulons aussi. Si vous le souhaitez, on peut donc réintégrer la formule. Cela dit, dès le moment où c'est à leurs assurés que les assureurs doivent offrir quelque chose, c'est forcément sur la totalité de leur rayon d'activité territorial que cela se fait. Cela ne pose pas de problème. En revanche, si vous vous en tenez à la version que j'ai sous les yeux – mais qui, je crois, est maintenant dépassée –, qui stipulait une obligation pour les assureurs de contracter avec tous les réseaux, alors là nous avons à peu près la même chose que ce qui est demandé dans la proposition Barthassat.

Cela pose véritablement problème car vous sortez du partenariat. Il y a déjà une très forte obligation pour les assureurs qui doivent offrir ces modèles, sans toutefois avoir l'obligation d'avoir un contrat avec tous les réseaux de soins. C'est ce qui serait demandé en particulier par la proposition Barthassat. Nous ne pouvons pas l'accepter car nous sortirions du partenariat et le modèle serait totalement déséquilibré.

Je vous demande donc clairement de dire oui à la proposition de la majorité, qui représente une pression acceptable, mais de ne pas aller au-delà. Sur le fond, la proposition Prelicz-Huber demande une couverture «flächendeckend», ce que nous voulons aussi.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wir sind hier beim ersten zentralen Punkt der Vorlage. Die Verpflichtung der Versicherer, Managed-Care-Modelle, also integrierte Versorgungsmodelle, als Versicherungsprodukte anzubieten, ist ein Eckpfeiler der Vorlage. Sie steht im Zusammenhang mit der differenzierten Kostenbeteiligung für Versicherte und der Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer.

Wenn wir einen Paradigmenwechsel hin zur integrierten Versorgung wollen, muss auch ein entsprechendes Angebot da sein. Es stellt sich daher die Frage, was in das Angebot der obligatorischen Krankenversicherung gehört. Das war auch die Überlegung der Kommission: Wenn wir diesen Paradigmenwechsel wollen, müssen die Versicherer ein Angebot, und zwar ein in ihrem Tätigkeitsbereich flächendeckendes Angebot, schaffen.

Die bisherige Erfolgsgeschichte: Seit 1996 können freiwillig integrierte Versorgungsmodelle angeboten werden. Wir haben nach vierzehn Jahren KVG eine Abdeckung von 30 Prozent der Versicherten, gut 5 Prozent davon sind in Managed-Care-Modellen mit Budgetmitverantwortung, wie wir es eigentlich in Zukunft haben möchten. Es wurde von Frau Kleiner erwähnt, dass heute schon gut 40 Prozent der Hausärzte in integrierten Versorgungsnetzen zusammengeschlossen sind. Ich möchte nochmals betonen: Die Vorlage ist eine Stärkung der Hausärzte, sie will die Hausärzte und die integrierte Versorgung stärken. Netzwerke bestehen aber natürlich nicht nur aus Hausärzten, sondern für Netzwerke müssen sich Hausärzte mit Spezialisten und mit weiteren Leistungserbringern wie Apothekern, Spitex, Spitälern zusammenschliessen, damit der Behandlungsprozess über die ganze Behandlungskette koordiniert werden kann.

Der stärkste Anreiz der Vorlage liegt in der differenzierten Kostenbeteiligung der Versicherten. Damit aber diese Wahl getroffen werden kann, muss ein ausreichendes Angebot da sein. Wir schlagen Ihnen in der Übergangsbestimmung vor, dass die differenzierte Kostenbeteiligung erst dann zum Tragen kommt, wenn die Versicherten die Möglichkeit haben, ein integriertes Versorgungsnetz zu wählen. Es ist daher zentral, dass ein ausreichendes Angebot besteht, deshalb müssen wir die Versicherer zu diesem Angebot verpflichten. Wir haben ein Gegengewicht zur Verpflichtung der Versicherer, Angebote zu schaffen: Es gibt auch die Verpflichtung der Ärzte, sich in die Budgetmitverantwortung einbinden zu lassen. Wenn wir dieses Element hier herausbrechen, dann bringen wir die Vorlage aus dem Gleichgewicht. Ich möchte Sie auch daran erinnern, dass wir diese Verpflichtung der Versicherer in der abgelehnten KVG-Vorlage 2003 bereits eingeschlossen hatten. Sie war also schon Bestandteil der KVG-Vorlage 2003.

Die Kommission hat sich mit 18 zu 8 Stimmen für die jetzige Mehrheitsfassung ausgesprochen. Ich bitte Sie im Namen der Kommissionsmehrheit, ihrer Fassung zuzustimmen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: A l'article 13 alinéa 2 lettre g, nous avons deux éléments: l'obligation pour les assureurs d'offrir aux patients un contrat de «managed care» et l'indépendance des réseaux de soins qui ne peuvent pas être la propriété des caisses-maladie, par exemple, ce qui est parfois le cas aujourd'hui.

Les deux éléments centraux de cette révision partielle, comme la rapporteure de langue allemande vient de le souligner, ont largement été discutés au sein de la commission, qui était partie de l'idée que cette offre était volontaire. Comme Monsieur Bortoluzzi l'a souligné, cette «Freiwilligkeit», cette manière volontaire de construire des réseaux a certainement connu un succès – mais pas celui que nous attendions – au cours de ces quinze dernières années. C'est pour cette raison que la commission, par 18 voix contre 8, vous propose de maintenir cette obligation pour les assureurs d'offrir un contrat de «managed care». La minorité propose d'en rester à la «Freiwilligkeit», donc à l'offre volontaire. Une proposition Prelicz-Huber et une proposition Barthassat concernent également cet alinéa.

Quant à la proposition Barthassat, la commission vous invite à la rejeter, parce que celle-ci n'est pas conforme à ses principes. La commission ne veut pas obliger l'assureur à conclure une convention avec tous les réseaux de soins intégrés; elle ne veut pas de cette obligation. La proposition Barthassat doit donc être rejetée.

La proposition Prelicz-Huber vise à garantir une offre sur tout le territoire de la Confédération. C'est évidemment aussi l'intention de la commission, comme vous pourrez le constater à la lecture des dispositions transitoires. Par conséquent, rien ne s'oppose à l'acceptation de la proposition Prelicz-Huber, qui veut expliciter le but qui est déjà inscrit dans les dispositions transitoires. Cependant, il faut dire clairement que la proposition Prelicz-Huber diffère de la proposition Barthassat, dans le sens où elle n'oblige pas l'assureur à conclure une convention avec tous les réseaux de soins intégrés. C'est là où réside la différence.

La commission vous invite à soutenir la proposition de la majorité et à rejeter la proposition Barthassat. Elle vous laisse le choix quant à la proposition Prelicz-Huber qui est arrivée un peu à la dernière minute, mais qui s'inscrit tout à fait dans l'esprit de la commission.

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4201)

Für den Antrag Prelicz-Huber ... 138 Stimmen

Für den Antrag Barthassat ... 23 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4202)

Für den Antrag der Mehrheit ... 105 Stimmen

Für den Antrag Prelicz-Huber ... 56 Stimmen

Dritte Abstimmung – Troisième vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4203)

Für den Antrag der Mehrheit ... 99 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 67 Stimmen

Art. 19

Antrag der Kommission

Abs. 1

Unverändert

Abs. 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 19

Proposition de la commission

Al. 1

Inchangé

Al. 2bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 20 Abs. 1; 34 Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 20 al. 1; 34 al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit zu Artikel 35a betrifft auch die Übergangsbestimmungen. Ich beantrage Ihnen, diesen Antrag weiter hinten bei den Übergangsbestimmungen zu beraten. – Sie sind damit einverstanden.

Art. 41 Abs. 4; Gliederungstitel vor Art. 41b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 41 al. 4; titre précédant l'article 41b

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 41b

Antrag der Mehrheit

Titel

Grundsatz

Abs. 1

Die Versicherten können sich verpflichten, im Einvernehmen mit dem Versicherer Leistungen einzig bei einer Organisation der integrierten Versorgung nach Artikel 41c zu beanspruchen, mit der ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen hat (integrierte Versorgung). Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

Abs. 1bis

Streichen

Abs. 2

Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, die nicht als integrierte Versorgung gelten, namentlich solche, bei denen:

a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;

b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht;

c. die Versicherten ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.

Abs. 3–5
Streichen

Antrag der Minderheit

(Göll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Rossini, Schenker Silvia)

Abs. 1

Die Versicherten können ihr Wahlrecht auf integrierte Versorgungsnetze nach Artikel 41c beschränken. Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Die gesetzlichen Pflichtleistungen der integrierten Versorgungsnetze sind in jedem Fall versichert.

Antrag Weibel

Abs. 2

...

c. die Versicherten gegen eine Prämienermässigung ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer ...

Schriftliche Begründung

Der mit «gegen eine Prämienermässigung» ergänzte Wortlaut nimmt die Formulierung von Artikel 41b Absatz 2 Buchstabe a auf. Damit wird präziser formuliert, was die Intention der Kommission ist.

Antrag Fehr Jacqueline

Abs. 2bis

Die Versicherer sind verpflichtet, mindestens ein Versicherungsmodell gemäss Artikel 41c preisgünstiger als alle anderen Versicherungsmodelle anzubieten.

Schriftliche Begründung

Die integrierte medizinische Versorgung Managed Care bringt bessere Qualität bei tieferen Kosten. Aus diesem Grund sind diese Versicherungsmodelle zu fördern. Die Erfahrungen mit den bisherigen Managed-Care-Angeboten zeigen, dass insbesondere für die zunehmende Gruppe von Chronischkranken die integrierte Versorgung von grossem Nutzen ist. Oftmals unterbieten heute jedoch die Versicherungen ihre eigenen Managed-Care-Modelle durch andere Versicherungsmodelle, insbesondere durch solche mit hohen Franchisen. Damit drohen die verschiedenen Anreize zur Förderung der integrierten Medizin ins Leere zu laufen. Um dies zu verhindern, müssen Versicherungen künftig mindestens ein Managed-Care-Modell preisgünstiger als alle anderen Versicherungsmodelle anbieten.

Art. 41b

Proposition de la majorité

Titre

Principe

Al. 1

L'assuré peut s'engager, en accord avec l'assureur, à se fournir en prestations uniquement auprès d'une organisation de soins intégrés au sens de l'article 41c avec laquelle son assureur a conclu un contrat sur le traitement et sa conduite (soins intégrés). Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

Al. 1bis

Biffer

Al. 2

Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, qui ne sont pas considérées comme des soins intégrés, notamment celles dans lesquelles:

- l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'article 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;
- le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations;
- l'assuré limite son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses.

Al. 3–5

Biffer

Proposition de la minorité

(Göll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Rielle, Rossini, Schenker Silvia)

Al. 1

L'assuré peut limiter son choix à un réseau de soins intégrés au sens de l'article 41c. L'assureur ne prend alors en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs de prestations. Les prestations que la loi rend obligatoires et qui sont servies par les réseaux de soins intégrés sont en tout cas garanties.

Proposition Weibel

Al. 2

...

c. l'assuré qui limite son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime.

Proposition Fehr Jacqueline

Al. 2bis

Les assureurs sont tenus de proposer au moins un modèle d'assurance au sens de l'article 41c qui soit meilleur marché que tous les autres modèles.

Göll Christine (S, ZH): Managed-Care-Modelle sind dann erfolgreich, wenn sich die Patientinnen und Patienten bewusst für die integrierte Versorgung entscheiden können. Die Minderheit will, dass sie dazu nicht gezwungen sind; sie würden nämlich ansonsten mit massiven zusätzlichen Kosten bestraft.

Kostendämpfende Massnahmen im Gesundheitswesen sind notwendig. Doch angesichts des berechtigten Anspruchs der Gesellschaft auf eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle wäre es vermessen, weitreichende Kostensenkungen zu versprechen. Solche sind auch mit den besten Managed-Care-Modellen nicht möglich.

Die integrierte Versorgung ist unbestrittenermassen eine sinnvolle gesundheitspolitische Massnahme. In der Kommission lag auch das Modell der persönlichen Gesundheitsstelle vor, das von einer breiten Allianz von Ärzten und Ärztinnen, Pflegefachleuten, Ergotherapeuten, Hebammen, Gewerkschaften und Organisationen im Gesundheitswesen unterstützt wird. Hauptziel dieses Modells ist, dass für alle Bevölkerungsteile eine Versorgung von hoher Qualität gewährleistet wird. Genau das will auch der Minderheitsantrag hier bei Artikel 41b, wo es um den Grundsatz geht. Demnach wählt die Patientin oder der Patient das Netz, in dem er oder sie versorgt werden möchte. Dieses Netz stellt die hausärztliche Grundversorgung für alle sicher, weist auch an Spezialistinnen und Spezialisten weiter, stimmt so die Versorgungsleistungen optimal aufeinander ab und verbessert damit Effizienz und Qualität der Behandlungen. Eine solche Versorgung setzt auch der unkontrollierten Mengenausweitung Grenzen, indem Doppelspurigkeiten und Kosten aufgrund mangelnder Koordination ausgeschaltet werden. Ein solches Modell trägt eben auch zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei.

Der Antrag der Minderheit lehnt sich an die bereits bekannten und bestehenden Hausarzt- und HMO-Modelle an, die jedoch nicht von allen Krankenkassen und auch nicht in allen Regionen angeboten werden. Das Modell der Minderheit sieht vor, dass Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall ihr Wahlrecht auf ein integriertes Versorgungsnetz beschränken können. Das Vertragsobligatorium bleibt vollumfänglich erhalten; die Kassen müssen mit allen Leistungserbringern, welche die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, zusammenarbeiten und ihre Leistungen wie heute zu einem definierten Preis vergüten. Die Entscheidungsmacht liegt also nicht alleine bei den Krankenkassen, die beim Modell der Mehrheit nur verpflichtet werden, ein einziges Versorgungsnetz anzubieten.

Damit der bestehende Kontrahierungszwang nicht durch die Hintertür abgeschafft werden kann, braucht es eben neben dem Wahlrecht der Versicherten auch flächendeckende An-

gebote von integrierten Versorgungsnetzen. Es braucht verbindliche Kriterien zur Qualitätssicherung sowie die Steuerung, Anerkennung und Kontrolle durch die öffentliche Hand. Darauf werden wir mit unseren Anträgen bei Artikel 41c zurückkommen, wo es um die Definition der Netze geht. Hier, beim Grundsatzartikel 41b, soll das Wahlrecht der Patientinnen und Patienten auf alle Fälle bestehen bleiben.

Stahl Jürg (V, ZH): Hier wird der Grundsatz der integrierten Versorgung festgelegt. Im Namen der SVP-Fraktion kann ich Ihnen mitteilen, dass wir hier die Mehrheit unterstützen. Ich habe in der Eintretensdebatte die grundsätzlichen Überlegungen der SVP bereits dargelegt. Ich möchte mich nicht wiederholen. Ich habe die positiven und die negativen Punkte erwähnt.

Bei Artikel 41b geht es um die konkrete Umsetzung und um die Struktur und Organisation der integrierten Versorgung. Aus meiner Sicht scheint die Vorstellung der Mehrheit vom Modell richtig zu sein. Die Variante der Mehrheit ist präziser und für die Organisationen verpflichtender. Wenn wir das Modell in eine solche Vorlage mit starker Regulierung einführen möchten, dann ist es wichtig, dass alle Beteiligten integriert und in die Pflicht genommen werden. Die Tatsache, dass wir das Ziel haben, mit Anreizen und einer Lösung mit 20 bzw. 10 Prozent beim Selbstbehalt die Versicherten für Netzwerke zu gewinnen, verpflichtet uns, die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, um eine effiziente und korrekte Umsetzung zu ermöglichen. Hier bei Artikel 41b tun wir das.

Ich kann Ihnen aber versichern, dass es noch einige Anstrengungen zu unternehmen und Hürden zu überwinden gibt, bis wir diese Revision in der Praxis tatsächlich durchsetzen können. Es braucht grosse Anstrengungen und einen grossen Aufwand aufseiten der Versicherer, aber auch aufseiten der Netzwerke, um diese Ziele erreichen zu können. Ich bin überzeugt, dass die Mehrheit hier die bessere Lösung hat. Die Minderheit schwächt mit ihrem Antrag eigentlich die Managed-Care-Vorlage, mit der wir die genannten Ziele erreichen wollen.

Noch kurz zwei Bemerkungen zu den Einzelanträgen: Den Antrag Weibel werden wir unterstützen, weil er die richtige Richtung anzeigt. Es scheint uns eine gute Lösung. Die Forderung des Antrages Fehr Jacqueline wäre eigentlich schon erfüllt. Es scheint uns aber wichtig, dass wir die Wettbewerbselemente hochhalten.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Gilli Yvonne (G, SG): Die Grünen werden bei Artikel 41b nicht ganz einheitlich abstimmen. Ein Teil der Grünen wird dem Modell der persönlichen Gesundheitsstelle von Frau Goll folgen. Das ist ein etwas anderes Konzept; dieser Minderheitsantrag gehört zum Paket der Minderheitsanträge, die dann bei Artikel 41c folgen werden. Ich selber werde mit der Mehrheit gehen und mich an das Konzept der integrierten Versorgung halten, wie es die Kommission definiert hat. Wir denken aber, dass in dieser ersten Abstimmung die Unterschiede zwischen Minderheitsantrag Goll und Mehrheitsantrag nicht wirklich substantiell sind. Die substantiellen Unterschiede folgen erst in den Anträgen zu Artikel 41c.

Gerne möchten wir Ihnen aber beliebt machen, der Minderheit Fehr Jacqueline zu folgen. Heute ist es tatsächlich ein Problem, dass andere besondere Versicherungsformen wie z. B. Listenmodelle, die günstige Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen – auch Telmed-Modelle wären ein Beispiel –, den Patienten günstigere Prämien offerieren können als Managed Care. Das heisst, es besteht eigentlich ein negativer Anreiz finanzieller Natur für die Patienten, in ein Managed-Care-Netz einzutreten, und es besteht ein positiver Anreiz, andere besondere Versicherungsformen zu berücksichtigen. Wenn wir einen politischen Konsensus haben, dass wir in der ambulanten ärztlichen Gesundheitsversorgung einen Paradigmenwechsel in Richtung Managed Care herbeiführen möchten, dann ist es konsequent, dem Antrag Fehr Jacqueline zuzustimmen und zu sagen, dass ein Managed-Care-Modell das günstigste Modell sein soll, das die Kran-

kenkasse den Patientinnen und Patienten aus der Vielfalt der Wahlmöglichkeiten anbieten wird.

Es ist uns nicht wichtig, wie Sie beim Antrag Weibel abstimmen, da er aus unserer Sicht mit der Definition gemäss der Mehrheit der Kommission gut zu vereinbaren ist.

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Ich kann Ihnen mitteilen, dass die FDP-Liberale Fraktion die Anträge der Mehrheit unterstützt.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Viel ist schon gesagt worden, deshalb kann ich mich verhältnismässig kurz halten. Es geht hier bei Artikel 41b um die besondere Versicherungsform. Frau Goll hat gesagt, ihr Ziel sei Qualität für alle, und das flächendeckend. Jawohl, das wollen auch wir mit der Managed-Care-Vorlage, dazu braucht es kein anderes Modell. Es wurde bereits ausgeführt: Es sind zwei Konzepte, die hier erstmals einander gegenübergestellt werden, das Konzept Managed Care und das Konzept für eine persönliche Gesundheitsstelle. Wir sind überzeugt, dass Managed Care die bessere, die konsequentere Lösung ist, und fordern Sie deshalb auf, den Antrag der Minderheit Goll abzulehnen.

Mein Einzelantrag wurde bereits erläutert. Da geht es um eine Präzisierung dessen, was die Kommission sowieso will. Eine Präzisierung ist sicher im Sinne der Rechtsprechung.

Zum Einzelantrag Fehr Jacqueline, der fordert, dass Managed Care das billigste Angebot einer Versicherung sein müsse: Es ist richtig, dass damit die Attraktivität der Managed-Care-Angebote gefördert würde. Das entspricht unseren Erwartungen, das entspricht den Erwartungen der Kommission, das entspricht auch den Erwartungen der CVP, der EVP und der Grünliberalen. Wir sind aber der Meinung, dass wir diese Erwartungen nicht in Stein meisseln müssen, nicht im Gesetz festschreiben müssen, und wir werden deshalb diesen Einzelantrag ablehnen.

Ich fasse zusammen: Wir unterstützen den Antrag der Mehrheit und den Einzelantrag Weibel, lehnen den Antrag der Minderheit und den Einzelantrag Fehr Jacqueline ab.

Schenker Silvia (S, BS): Der Unterschied zwischen dem Antrag der Mehrheit und dem Antrag der Minderheit Goll erschliesst sich möglicherweise nicht auf den ersten Blick. In beiden Formulierungen ist von integrierter Versorgung die Rede. Beide Versionen beinhalten, dass die Versicherten ihre Wahlfreiheit in Zukunft einschränken. Wenn man etwas genauer hinsieht, bemerkt man jedoch den kleinen, aber bedeutsamen Unterschied: Beim Modell der Mehrheit liegt der Fokus auf einem Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer. Das heisst, die Versicherer haben eine starke Position, indem sie zum Vertragspartner der integrierten Versorgungsnetze werden. Dem Modell der Minderheit Goll liegt eine andere Philosophie zugrunde: Hier wird davon ausgegangen, dass sich die Leistungserbringer in Netzen organisieren und die Patientinnen und Patienten sich dann ein solches Netz aussuchen, in dem sie behandelt werden möchten.

Integrierte Versorgung soll das Behandlungsmodell der Zukunft sein. Anzustreben ist eigentlich, dass sich alle Leistungserbringer in mehr oder weniger grossen Netzen organisieren und dass dadurch langfristig alle Patienten in integrierten Versorgungsnetzen behandelt werden. Die Netze sollen aber entstehen und sich entwickeln, weil durch sie die qualitativ beste Behandlung für die Patientinnen und Patienten möglich ist, und nicht, weil die Versicherungen solche Modelle fördern. Sie sehen also: Der Unterschied zwischen dem Mehrheitsantrag und dem Minderheitsantrag liegt nicht im Ziel, sondern darin, wer diese Entwicklung vorantreibt und wer, wenn Sie so wollen, das Heft in die Hand nimmt. Dem Modell der Minderheit Goll liegt die Annahme zugrunde, dass die Entwicklung von den Leistungserbringern, den Ärztinnen und Ärzten sowie allen andern medizinischen und paramedizinischen Disziplinen, vorangetrieben werden soll und dass die Patientinnen und Patienten die Entscheidungsfreiheit behalten, wenn es darum geht, in welchem Netz sie sich behandeln lassen.

Wir tun bei der Behandlung dieser Vorlage gut daran, immer wieder daran zu denken, welche Konsequenzen unsere Entscheidung für die Patientinnen und Patienten haben. Um diese geht es nämlich. Sie sollen eine optimale Versorgung erhalten, wie auch immer das Gesundheitssystem organisiert ist. Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, die Minderheit Goll zu unterstützen.

Zu den Einzelanträgen: Den Antrag Weibel unterstützen wir, und ich möchte Ihnen auch den Antrag Fehr Jacqueline sehr ans Herz legen. Es ist wichtig, dass es, wenn wir die integrierte Versorgung fördern wollen, klar ist, dass dies für die Versicherten die preisgünstigsten Modelle sind.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je ne suis pas du même avis et je vais m'en expliquer. Tout d'abord, j'aimerais vous dire que vous êtes là dans la question du principe; vous devez choisir entre la formulation de la majorité de la commission et celle de la minorité. Je ne reviens pas sur les détails, mais je vous rappelle que le Conseil fédéral, en 2004, avait une formulation à peu près semblable à celle de la minorité. Depuis lors, les choses ont évolué. On voit dans ces réseaux non pas une seule limitation du choix, mais véritablement un engagement pour un modèle qui doit aller en direction de la qualité. En quelque sorte, vous avez, mais c'est un peu schématique, d'un côté la confiance et de l'autre une certaine méfiance. Si vous voulez véritablement – et c'est je crois le cas de cette chambre – aller dans la direction de l'incitation pour ces modèles, la formulation de la majorité est meilleure et le Conseil fédéral s'y rallie avec enthousiasme.

En ce qui concerne les autres propositions, nous pouvons approuver la proposition Weibel. Par contre, en ce qui concerne la proposition Fehr Jacqueline, je ne suis pas du tout d'accord avec ce qui a été dit par plusieurs d'entre vous. Le modèle de «managed care» n'est pas un modèle de «Billigmedizin», et vous n'aurez pas forcément les «preisgünstigsten Prämien». Ce n'est pas possible si on le compare, comme Madame Fehr le propose, à «alle anderen Versicherungsmodelle». Dans certains modèles, vous avez une franchise très élevée pour baisser la prime et elle sera automatiquement inférieure à ce que pourra offrir n'importe quel modèle d'assurance de réseaux de soins intégrés. Ce n'est absolument pas possible. Vous demandez quelque chose qui va aboutir à ceci: on aura une nouvelle vague de «Billigkassen» ou de «Billigstversicherungsmodelle» et une incitation à faire de nouvelles «Querfinanzierungen». On est maintenant en train de sortir de cette période durant laquelle on a vu des caisses-maladie ne pas couvrir leurs coûts pour certains modèles d'assurance.

J'aimerais vous dire, Madame Fehr, que votre proposition n'est pas bonne – c'est rare de votre part! Par cette proposition, vous demandez que les assureurs soient «tenus de proposer au moins un modèle d'assurance au sens de l'article 41c» – ce sont les réseaux de soins intégrés – «qui soit meilleur marché que tous les autres modèles». Je le répète: dans tous les autres modèles, il y a des assurances avec des franchises très élevées et automatiquement les primes sont basses. Il est impossible, pour un réseau de soins intégrés, d'aboutir à ce que vous souhaitez. La seule façon d'y parvenir, ce sera au moyen de financements croisés entre modèles, et il y aura de nouveau une situation dans laquelle les modèles d'assurance ne verront pas leurs coûts couverts. Nous essayons de mettre un peu d'ordre dans ce dossier des assurances-maladie de toutes sortes, avec les «Billigstkassen», alors s'il vous plaît ne créez pas un nouveau problème.

Il faut tenir compte d'un autre élément sur le plan des principes: le plus grand danger que vous pouvez faire courir à ce projet de «managed care», c'est de lui coller l'étiquette «billig», ou pire, «billigst». Ce n'est pas ça qu'il faut faire. L'étiquette de «managed care», la seule qui lui collera longtemps, c'est celle de «qualité». Si vous lui collez l'étiquette «billigst», c'est fini, ça ne marchera pas!

Avec cette proposition, Madame Fehr, vous allez droit dans ce mur-là. Je vous demande de bien vouloir la retirer, je vous

le dis franchement. Il ne faut en tout cas pas qu'elle soit adoptée. Au cas où elle le serait, je vous annonce d'ores et déjà que nous chercherons avec le deuxième conseil des solutions qui ne vont pas dans ce sens, parce que tout l'édifice que vous avez monté vous-même soigneusement serait mis en danger. Je suis surpris que Madame Gilli soutienne cette proposition, parce que cela ne va pas du tout dans le sens de ce qu'elle a souvent dit en commission.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Auf den ersten Blick ist die Differenz zwischen dem Antrag der Mehrheit und dem Antrag der Minderheit nicht so gross. Aber hinter dem Minderheitsantrag steht ein anderes Konzept. Das Konzept der Kommissionsmehrheit will die integrierte Versorgung fördern, es will die verbindliche Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern fördern, und es will auch erreichen, dass die Leistungserbringer Budgetmitverantwortung übernehmen müssen. Das will das Konzept der persönlichen Gesundheitsstelle nicht, und das will auch die Minderheit Goll nicht. Deshalb ist es wichtig, dass wir hier bei Absatz 1 der Kommissionsmehrheit zustimmen. Die Kommission stimmte diesem Antrag übrigens mit 16 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung zu.

Ich bitte Sie also, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Zum Antrag Weibel: Wir behandelten ihn in der Kommission nicht, aber er entspricht dem Willen der Kommission. Gemäss Absatz 2 werden weitere alternative Versicherungsformen zugelassen; in den Buchstaben a und b wird die Prämienermässigung erwähnt, in Buchstabe c hingegen nicht, was zu Missverständnissen führen kann. Es ist nun so, dass weitere alternative Versicherungsmodelle möglich sein sollen und dass dafür auch Prämienermässigungen, aber keine Reduktion der Kostenbeteiligung möglich sein soll.

Den Antrag Fehr Jacqueline berieten wir in der Kommission nicht. Die tiefste Prämie und die tiefste Kostenbeteiligung wären auf den ersten Blick ein optimaler Anreiz, aber es birgt die Gefahr in sich, die von Bundesrat Burkhalter aufgezeigt worden ist. Wir müssen nebst diesen Anreizen auch die versicherungsmathematische Seite berücksichtigen, und wir sollten daher jetzt nicht Beschlüsse fassen, die Quersubventionierungen provozieren oder allenfalls in einem Billigprinzip münden könnten.

Insofern muss ich Sie bitten, insbesondere auch, weil wir den Antrag Fehr Jacqueline in der Kommission nicht beraten konnten, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: Les articles 41b et 41c sont le coeur, le noyau, de toute cette réforme. Je vous prie, au nom de la commission, d'en rester à la proposition de la majorité.

La minorité Goll essaie d'introduire, avec tout un paquet de minorités, un modèle qui est légitime – «Personnelle Gesundheitsstelle (PGS)» –, qui a été analysé par la commission, mais qui a été écarté.

Un troisième modèle a aussi été analysé dans la commission, dont l'architecture était aussi différente, à savoir le modèle Forster/Kleiner. Ce modèle a par contre été retiré à la fin des travaux, justement parce que la commission, après avoir suffisamment approfondi le modèle, est parvenue en grande majorité à définir une autre architecture, celle que nous vous proposons, qui est cohérente, qui a un but et qui a une fin.

Je vous prie de ne pas suivre la minorité Goll et de suivre la majorité. Il en ira de même aux articles suivants parce que, je le répète, la minorité Goll regroupe un paquet de minorités, qui correspond à un modèle qui n'a pas été retenu par votre commission.

A l'article 41b alinéa 2 lettre c, la commission vous propose de soutenir la proposition Weibel. Celle-ci apporte une précision qui nous a quelque peu échappé lors de la rédaction du texte et qui correspond tout à fait à l'esprit et au sens que la commission a décidé de donner à cette disposition.

Je peux donc, au nom de la commission, vous inviter à soutenir la proposition Weibel afin d'améliorer la lettre c.

Abs. 1 – Al. 1**Abstimmung – Vote****(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4204)**

Für den Antrag der Mehrheit ... 111 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 49 Stimmen

Abs. 1bis – Al. 1bis**Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit****Adopté selon la proposition de la majorité****Abs. 2 – Al. 2****Abstimmung – Vote****(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4205)**

Für den Antrag Weibel ... 162 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 2 Stimmen

Abs. 2bis – Al. 2bis**Abstimmung – Vote****(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4206)**

Für den Antrag Fehr Jacqueline ... 49 Stimmen

Dagegen ... 107 Stimmen

Abs. 3–5 – Al. 3–5**Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit****Adopté selon la proposition de la majorité****Art. 41c****Antrag der Mehrheit****Titel**

Integrierte Versorgung

Abs. 1

Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliesst, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Behandlungsprozess der versicherten Personen über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten.

Abs. 2

Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden.

Abs. 3

Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

Abs. 4

Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten (Budgetmitverantwortung).

Abs. 5

Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Antrag der Minderheit

(Goll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Abs. 1

Eine Gruppe von Leistungserbringern kann sich in einem integrierten Versorgungsnetz zusammenschliessen. In integrierten Versorgungsnetzen orientiert sich der Behandlungsprozess an den Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften. Der Behandlungsprozess der versicherten Person wird

über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Integrierte Versorgungsnetze müssen alle Leistungen ...

Abs. 3, 4

Streichen

Abs. 5

Die in integrierten Versorgungsnetzen tätigen Ärztinnen und Ärzte erfüllen folgende Qualitätskriterien: Facharzttitel, Nachweis kontinuierlicher fachärztlicher Fortbildung, kontinuierliche Fortbildungen in Gesundheitsökonomie (Versorgungseffizienz), Zugehörigkeit zu einem Versorgernetzwerk, das sich der Qualitätssicherung widmet, und Orientierung an den Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften.

Abs. 6

Die Kantone akkreditieren integrierte Versorgungsnetze aufgrund der in Absatz 5 genannten Qualitätskriterien und sorgen für ein flächendeckendes Angebot.

Antrag Prelicz-Huber**Abs. 2**

Die Versicherer vergüten die Leistungen von Organisationen nach Absatz 1. Sie schliessen mit den integrierten Versorgungsnetzen einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge anwendbar. Im Rahmen ...

Abs. 5

... festlegen. Er regelt das Verfahren zur Feststellung, ob die gesetzlichen Anforderungen an die integrierten Versorgungsnetze erfüllt sind.

Schriftliche Begründung

Zu Absatz 2: Alle Organisationen nach Artikel 41c sollen Anspruch haben, Leistungen zulasten der OKP zu erbringen. Die Pflicht zum Vertragsabschluss gilt für die Versicherer. Ohne diese versicherungsseitige Pflicht zum Vertragsabschluss besteht die Gefahr der indirekten Risikoselektion. Indirekte Risikoselektion (d. h. über den Leistungserbringer) bedeutet Wettbewerbsnachteile für Versicherer, welche mit Organisationen nach Artikel 41c Verträge abschliessen, und Wettbewerbsvorteile für jene, welche keine oder möglichst wenige solcher Verträge abschliessen.

Die Verbesserung des Risikoausgleichs vermindert zwar den Anreiz zur Risikoselektion auch im Bereich der integrierten Versorgung. Wenn diese jedoch konsequent gefördert werden soll, gibt es keinen Grund, allein auf eine Verbesserung des Risikoausgleichs zu setzen, dessen effektive Wirkung noch offen ist. Das heisst, die Verbesserung des Risikoausgleichs ist zwar eine richtige Massnahme, aber für die hindernisfreie Förderung der integrierten Versorgung voraussichtlich nicht ausreichend.

Zu Absatz 5: Integrierte Versorgungsnetze müssen zahlreiche gesetzliche Anforderungen erfüllen. Sie unterscheiden sich damit von anderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Arztwahl, die nicht in demselben Ausmass gesetzlich gefördert zu werden brauchen.

Es muss daher festgestellt werden können, welche Organisationen die gestellten qualifizierten Anforderungen erfüllen. Dies ist auch Voraussetzung dafür, dass sie gemäss dem unter Artikel 41c Absatz 2 gestellten Antrag Anspruch auf einen Vertrag haben. Dies ist z. B. auch notwendig, um festzustellen, welcher Selbstbehalt für die Versicherten anwendbar ist, wenn dieser differenziert wird.

Der Bundesrat soll daher explizit die Kompetenz erhalten zu regeln, wie die Anerkennung erfolgt.

Antrag Füglistaller**Abs. 5**

Der Bundesrat muss Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Schriftliche Begründung

Angesichts der Pflicht des Versicherers, ein oder mehrere Managed-Care-Modelle anzubieten, ist es notwendig, Mindestregeln betreffend Qualität der Versorgungsnetze und Umfang der Budgetmitverantwortung festzulegen. In der Tat würde man sich beim Fehlen solcher Regeln dem Risiko

aussetzen, dass die Festlegung des Umfangs der Budgetmitverantwortung in den Händen der Leistungserbringer liegt und dass diese ihn auf ein Minimum reduzieren. Es ist folglich unerlässlich, dass der Bundesrat den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegt.

Art. 41c

Proposition de la majorité

Titre

Soins intégrés

Al. 1

Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble, dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux, constitue un réseau de soins intégrés. Dans un réseau de soins intégrés, le processus thérapeutique des assurés est piloté tout au long de la chaîne thérapeutique. Le réseau de soins intégrés doit offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

Al. 2

Les assureurs concluent, avec le réseau de soins intégrés, un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations. L'article 46 n'est pas applicable à ces contrats. Dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, des prestations sortant du cadre de celles qui sont obligatoires selon la loi peuvent être prévues en dérogation de l'article 34 alinéa 1.

Al. 3

Le réseau de soins intégrés choisit, pour son organisation, une forme juridique garantissant le respect des conditions contractuelles conclues avec l'assureur.

Al. 4

Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière pour la couverture en soins médicaux des assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (coresponsabilité budgétaire).

Al. 5

Le Conseil fédéral peut fixer des exigences concernant la qualité nécessaire des réseaux de soins intégrés et l'étendue de la coresponsabilité budgétaire.

Proposition de la minorité

(Goll, Prelicz-Huber, Rechsteiner Paul, Schenker Silvia)

Al. 1

Un groupe de fournisseurs de prestations peut s'assembler pour constituer un réseau de soins intégrés. Dans les réseaux de soins intégrés, le processus thérapeutique observe les directives thérapeutiques des associations spécialisées. Le processus thérapeutique de l'assuré est piloté tout au long de la chaîne thérapeutique. Les réseaux de soins intégrés doivent offrir toutes les prestations ...

Al. 3, 4

Biffer

Al. 5

Les médecins regroupés dans un réseau de soins intégrés répondent aux critères qualitatifs suivants: titre de médecin spécialiste, attestation de formation continue comme spécialiste, de formations continues en économie de la santé (efficacité des soins), d'appartenance à un réseau de prestataires, qui se consacre à la garantie de qualité, et observation des directives thérapeutiques des associations spécialisées.

Al. 6

Les cantons accréditent les réseaux de soins intégrés en fonction des critères qualitatifs indiqués à l'alinéa 5 et veillent à ce que l'offre soit complète.

Proposition Prelicz-Huber

Al. 2

Les assureurs rémunèrent les prestations des organisations visées à l'alinéa 1. Ils concluent, avec les réseaux de soins intégrés, un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rému-

nération des prestations. L'article 46 est applicable à ces contrats. Dans le cadre ...

Al. 5

... budgétaire. Il définit le processus permettant d'établir si les réseaux de soins intégrés répondent aux exigences légales.

Proposition Füglistaller

Al. 5

Le Conseil fédéral doit fixer des exigences concernant la qualité nécessaire des réseaux de soins intégrés et l'étendue de la coresponsabilité budgétaire.

Goll Christine (S, ZH): Es geht bei diesem Artikel um die Definition von integrierter Versorgung, um die Frage, wie die integrierten Versorgungsnetze aussehen und funktionieren sollen. Das Konzept der Minderheit, das ich hier vertrete, fordert die Bildung von qualitätsorientierten Netzwerken. Das heisst, die Entscheidungsmacht darf nicht den Krankenkassen überlassen werden, sondern muss in der öffentlichen Hand liegen.

Die Kantone sorgen gemäss Absatz 6 für eine flächendeckende Versorgung und anerkennen die integrierten Versorgungsnetze aufgrund von gesetzlich festgeschriebenen Qualitätskriterien. Diese werden in Absatz 5 aufgelistet. Dazu gehören: Facharzttitle, Nachweis kontinuierlicher fachärztlicher Fortbildung, kontinuierliche Fortbildungen in Gesundheitsökonomie, Zugehörigkeit zu einem Versorgernetzwerk, das sich der Qualitätssicherung widmet, und Orientierung an den Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften. Diese Kriterien werden in Absatz 5 aufgezählt.

Die öffentliche Hand muss die Möglichkeit haben, Massnahmen zu ergreifen, wenn sich in einer bestimmten Region ein akuter Mangel an Ärzten oder an Ärztenetzen abzeichnet. Die medizinische Versorgung kann nur dann gut funktionieren, wenn die Arzt-Patienten-Beziehung auf einem Vertrauensverhältnis gründet. Die Patienten und Patientinnen dürfen nicht einfach in ein Netz gezwungen werden, wenn die Kassen nur ein einziges Angebot machen – zu mehr werden sie aufgrund der bisherigen Debatte ja nicht verpflichtet. Deshalb braucht es eben auch eine Steuerung durch die öffentliche Hand, die für eine flächendeckende Versorgung für alle Versicherten sorgen muss.

Aufgrund der verbindlichen Qualitätskriterien werden die Leistungserbringer der Versorgungsnetze verpflichtet, sich kontinuierlich in Gesundheitsökonomie weiterzubilden. Das ist ein Beitrag zu einer besseren Kostenkontrolle und -lenkung. Einsparungen dürfen nicht zum Ziel an sich werden, weil sie sonst auf Kosten einer guten Versorgungsqualität gehen. Ausschliesslich ökonomische Anreize, die eine Budgetverantwortung einschliessen, sind problematisch und werden deshalb von der Minderheit abgelehnt.

Die Mehrheit will, dass die integrierten Versorgungsnetze zwingend Budgetverantwortung tragen. Dies begünstigt jedoch eine verdeckte Rationierung und bildet Anreize zur Unterversorgung, weil das Netz unabhängig von erbrachten oder verordneten Leistungen nur den vertraglich vereinbarten Betrag erhält. Das führt vermehrt zu rein ökonomisch orientierten Überlegungen und damit eben auch zu einer Belastung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Patienten und zu Konflikten innerhalb des Netzes unter den verschiedenen Leistungserbringern.

Im Interesse der Versicherten und der im Gesundheitswesen Beschäftigten muss ein soziales und leistungsfähiges Versorgungssystem das Ziel bleiben. Das Konzept der Minderheit, das ich hier vertrete, garantiert eine integrierte Behandlungskette, welche die Patienten und Patientinnen mitbestimmen können; das ist das Entscheidende. Zudem sorgt der Staat für ein flächendeckendes und ausreichendes Angebot von Versorgungsnetzen. Ausserdem wird die Qualitätssicherung verbindlich im Gesetz festgeschrieben. Das ist der Grund, weshalb ich Sie einlade, dem Minderheitsantrag zu Artikel 41c zuzustimmen.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Sie haben es gehört, wir sind jetzt inmitten der Diskussion über die Auswirkungen der unterschiedlichen Konzepte. Das Konzept der Mehrheit der Kommission, nämlich Managed Care, ist die Grundlage der gesamten Vorlage. Auch Managed Care hat die flächendeckende Versorgung mit Qualität zum Ziel, ich habe das bereits im letzten Votum gesagt; da unterscheidet sich der Minderheitsantrag Goll nicht vom Antrag der Mehrheit.

Bei der Behandlungskette ist es wichtig, dass sie vom Arzt gesteuert wird. Wir sehen Risiken, wenn die Patienten die Behandlungskette mitsteuern. Es wurde in diesem Saal wiederholt darauf hingewiesen, dass die Gefahr einer Medizin-konsumationshaltung besteht. Wenn der Konsument mitbestimmt und sagen kann, was für eine Behandlung er noch gerne möchte, ist das sicher nicht kostendämpfend. Wir sind überzeugt, dass die Leistungen koordiniert werden, dass weniger Mehrfachdiagnosen eintreten und dass auch die Fehler bezüglich Medikation reduziert werden können, wenn die Behandlungskette mit Budgetmitverantwortung, mit Kostenverantwortung seitens der Ärzte kombiniert wird. Die Budgetmitverantwortung wird vonseiten der Ärzte oftmals kritisiert. Zuvor ist sie eigentlich als Vorteil für die Ärzte dargestellt worden – die Betroffenen sehen es eher anders. Aus meiner Sicht ist es eine betriebswirtschaftliche Chance für die Ärzte, aber sie müssen sich selbstverständlich weiterbilden und lernen, damit umzugehen.

Wie viel Qualität ist erforderlich? Was ist Qualität? Wo soll Qualität festgeschrieben sein? Die Mehrheit der Kommission will die Kompetenz, Anforderungen an die Qualität und an die Budgetmitverantwortung festzulegen, an den Bundesrat delegieren. Wir brauchen eine differenzierte Ausgestaltung des Gesetzes. Wir müssen nämlich den Managed-Care-Modellen Raum für weitere Entwicklungen lassen. Die Art und Weise, wie es heute funktioniert, ist noch nicht der Weisheit letzter Schluss. Wenn wir zu viel reglementieren, wird eine Entwicklung verunmöglicht.

Zu den Einzelanträgen: Der Antrag Prelicz-Huber möchte den Inhalt der Verträge zwischen Netzwerken und Versicherern definieren. Auch hier wollen wir die Verhandlungen nicht unnötig einschränken; wichtig ist, dass es ein Verhandlungsergebnis ist. Je nach Position bestehen die Befürchtungen, dass die Ärzte, die Netzwerke oder die Kassen am längeren Hebel sitzen; das zeigt, dass eigentlich die Hebel gleich lang sind und echte Verhandlungen zu erwarten sind.

Zum Antrag Füglistaller: Er verlangt, dass der Bundesrat die Qualitätskriterien zwingend festlegt. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass das die Weiterentwicklung des ganzen Modells, des ganzen Konzepts Managed Care verunmöglichen würde. Deshalb unterstützt die CVP/EVP/glp-Fraktion die Mehrheit. Es führen viele Wege nach Rom, und wir müssen eben auch verschieden ausgestaltete Konzepte möglich machen.

Die Fraktion wird dem Antrag der Mehrheit zustimmen und die Minderheits- und Einzelanträge ablehnen.

Stahl Jürg (V, ZH): Ich habe bereits bei der Diskussion über Artikel 41b die wichtigsten Elemente dargestellt und darauf hingewiesen: Das ist natürlich in einem Gesamtkontext zu sehen. Wir haben ja die verschiedenen Modelle in der Kommission ausgiebig diskutiert, und wir müssen natürlich schon zur Kenntnis nehmen, dass es Veränderungen braucht. Wir wollen diese auch. Das hat die Kommission ganz deutlich dargelegt und gefordert. Aber wenn es nun Veränderungen gibt und wir da wieder einzelne Elemente herausbrechen und alles abschwächen, dann ist natürlich das Gesamtkonzept an sich gefährdet.

Die SVP-Fraktion unterstützt hier die Mehrheit. Das Modell, das die Kommissionsmehrheit vorschlägt, scheint uns ein Modell zu sein, bei dem die Beteiligten gleich lange Spiesse haben, dies im Gegensatz zum Antrag der Minderheit Goll, die der Ärzteschaft eigentlich wesentlich mehr Spielraum und Kompetenzen geben will. Das scheint uns falsch zu sein. Dieser Minderheitsantrag verwässert das ganze Konzept der Managed-Care-Vorlage.

Bei den Details in Absatz 3 und Absatz 4, welche die Minderheit streichen möchte, ist es für uns von der SVP-Fraktion wichtig, dass wir klare Grundsätze und klare Rechtsgrundlagen haben, damit auch vertragliche Vereinbarungen umgesetzt und garantiert werden können, nicht zuletzt auch im Sinne des Patienten. Wir dürfen ja nicht vergessen, es geht hier primär um den Patienten, und der ist darauf angewiesen, dass bei der Organisation, von der er behandelt wird, diese rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden können.

Wir haben ja alle sehr viele Briefe bekommen, nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit diesem Artikel und der Budgetmitverantwortung. Noch ein Wort dazu: Wir müssen natürlich klar sehen, dass Veränderungen auch immer zu Verunsicherungen führen. Aber wenn wir nicht bereit sind, für Veränderungen einzustehen, dann werden wir in den nächsten zehn Jahren, wenn das Departement jeweils im Oktober die Prämien bekanntgibt, das leidige Gejammer nicht verhindern können. Da braucht es halt bei allen Beteiligten Bereitschaft zu Veränderungen, insbesondere auch bei den Leistungserbringern. Die müssen zur Kenntnis nehmen, dass wir bereit sind, hier etwas zu ändern. Wir müssen ihnen Verantwortung übergeben, aber eben auch Partizipation und ökonomische Zugeständnisse von ihnen fordern.

Ich bitte Sie also namens der SVP-Fraktion, hier der Mehrheit zuzustimmen.

Noch ein Wort zu den Einzelanträgen: Den Antrag Füglistaller werden wir unterstützen. Es ist aus meiner Sicht nicht so, dass er die Innovation hemmt. Es ist wichtig, dass der Bundesrat hier Anforderungen festlegen kann. Diese Bestimmung ist aber keine Kernbestimmung und dieser Antrag kein Kernantrag.

Die beiden Anträge Prelicz-Huber lehnen wir ab.

Gilli Yvonne (G, SG): Ich spreche in meinem eigenen Namen und bitte Sie, alle Minderheits- und Einzelanträge abzulehnen und der Mehrheit zu folgen.

Artikel 41c ist ein Kernartikel, da er Managed Care definiert. Die Kunst einer jeden Gesetzgebung liegt einerseits in der genauen Erfassung der wichtigsten Eckpfeiler und andererseits in der Verhinderung einer Über- oder Unterregulierung. Ich verstehe den Wunsch, Qualitätsanforderungen und Spannweite der Budgetmitverantwortung gesetzlich zu sichern und kontrollierbar zu machen. Gutgemeint, aber zu detaillierte und eventuell unnötige staatliche Interventionen könnten aber für die Entwicklung von Managed Care in der Schweiz zur Falle werden.

Betrachtet man nämlich die Entwicklung der vergangenen Jahre, die vollkommen freiheitlich und ohne jegliche gesetzliche Definition oder Regulierung stattgefunden hat, so zeigt sich, dass sich Managed Care nicht nur mengenmässig ausgeweitet hat. Netzwerkpionierleistungen mit hoher Qualität und Budgetmitverantwortung haben sich in denjenigen Kantonen am weitesten entwickelt, in denen es bereits seit längerem Netzwerke gibt. Jüngere Netze zeichnen sich in der Regel noch durch weniger Verbindlichkeiten aus. Die gut erfasste Entwicklung von Managed Care in der Schweiz legt die Hypothese nahe, dass die freiheitlichen Bedingungen, unter denen Ärzteschaft und Versicherer auf gleicher Augenhöhe Qualität und Charakter der Netzwerke gemeinsam vorangetrieben haben, ein wesentlicher Erfolgsfaktor für Managed Care Schweiz ist. Zumindes ist dies genau das Unterscheidungsmerkmal zu eher negativen Managed-Care-Entwicklungen in Nachbarländern wie Deutschland, wo das Modell eben staatlich-interventionistisch geplant und umgesetzt wurde.

Wichtig erscheint mir deshalb, diese Entwicklung nicht aus Vorsicht zu bremsen. Ebenso wichtig erscheint es mir, dass der Bundesrat in der kommenden Übergangszeit Managed Care Schweiz sorgfältig evaluiert und dass zu einem späteren Zeitpunkt auf der Basis realer Erfahrungen weitere Massnahmen beschlossen werden können.

Ich bitte Sie deshalb, jetzt den Mut zu haben, konsequent der Mehrheit zu folgen.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Managed Care hat ein grosses Potenzial in der Zusammenarbeit von Hausärzten und Hausärztinnen und artverwandten Berufsleuten, zur Erreichung des Ziels der optimalen Grundversorgung der gesamten Bevölkerung und auch im Sinne der Patienten und Patientinnen, die dann eine Ansprechstelle haben, die ihre ganze Geschichte kennt und sie wenn nötig an einen Spezialisten oder an eine Spezialistin weiterleitet. Es soll nicht mehr so sein, dass ein Arzt oder eine Ärztin in dieser sich immer weiterentwickelnden Medizin alles allein managt. Austausch, Zusammenarbeit, gemeinsame Weiterbildung sind dabei wichtige Momente, auch im Sinne der Patienten und Patientinnen und einer guten Medizin.

Es darf aber nicht eine Sparvorlage werden nach dem Motto: Je billiger, je besser! Denn zentraler Inhalt der Netzwerke muss eine qualitativ gute medizinische Betreuung sein. Die Definition der Qualität durch Fachorganisationen ist deshalb naheliegend. Der Auftrag von Fachorganisationen ist es ja gerade, Qualität einzufordern und sie auch weiterzuentwickeln. In den Qualitätsorganen sollen selbstverständlich alle Disziplinen, z. B. auch die Alternativmedizin, vertreten sein. Dass diese qualitativ guten Netzwerke dann von den Versicherern unter Vertrag genommen werden, ist zentral; deshalb auch meine Zusatzanträge.

Ich bitte Sie deshalb im Namen eines grossen Teils unserer Fraktion, der Minderheit und meinen Einzelanträgen zuzustimmen.

Schenker Silvia (S, BS): Ich gehe in meinem Votum auf zwei der wesentlichen Unterschiede zwischen dem Mehrheitsantrag und dem Antrag der Minderheit Goll ein. Ich tue dies mit einem besonderen Blick auf Menschen mit chronischen Krankheiten.

Zum ersten wichtigen Unterschied, zur Frage der Behandlungsrichtlinien: Auch die Minderheit Goll will, wie Sie sehen können, dass der Behandlungsprozess gesteuert wird. Hier wird jedoch noch explizit genannt, dass sich der Prozess an den Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften orientieren soll. Was nach einer Selbstverständlichkeit tönt, ist leider keine. Ich durfte kürzlich an einem Anlass der parlamentarischen Gruppe Gesundheit ein spannendes Referat hören. Eine der Kernaussagen des Referenten war, dass Behandlungsprozesse in der Schweiz noch viel zu wenig standardisiert sind und darum gleiche Krankheiten bzw. Eingriffe sehr unterschiedlich behandelt bzw. ausgeführt werden. Aus dieser Tatsache ergeben sich denn auch qualitative Unterschiede in der Behandlung, die nicht wünschbar sind. Gerade für chronische Krankheiten wie z. B. Diabetes gibt es von Fachgesellschaften erarbeitete und anerkannte Behandlungsrichtlinien, die eigentlich überall, wo Diabetiker behandelt werden, akzeptiert und angewendet werden sollten. Da es nicht so ist, möchten wir mit unserem Minderheitsantrag das anscheinend Selbstverständliche festhalten. Wenn die Managed-Care-Vorlage wirklich zu wesentlichen Kosteneinsparungen führen soll, dann muss es unser Bestreben sein, Menschen mit chronischen Erkrankungen dazu zu bringen, sich in integrierten Versorgungsnetzen behandeln zu lassen. Wenn sie Gewähr dafür haben, in den Netzen die optimale Behandlung zu erhalten, nämlich diejenige, die sich an den Behandlungsrichtlinien der anerkannten Fachgesellschaften orientiert, dann werden sie sich auch in diesen Netzen behandeln lassen.

Der zweite wichtige Unterschied betrifft die Frage der Budgetmitverantwortung. Lassen Sie uns da noch einmal einen Schritt zurücktreten. Worum geht es beim angestrebten Systemwechsel in der Gesundheitsversorgung? Es geht darum, dass sich inskünftig möglichst viele Patientinnen und Patienten in integrierten Versorgungsnetzen behandeln lassen. Das geht aber nur dann, wenn sich die Leistungserbringer, also die Ärztinnen und Ärzte, in Netzen organisieren. Die Frage stellt sich nun, ob mit der angestrebten Budgetmitverantwortung tatsächlich ein Anreiz für die Leistungserbringer geschaffen wird. Ich meine, dass es nicht so ist. Die Leistungserbringer machen sich Sorgen, sie könnten mit der Budgetmitverantwortung unter Umständen gezwungen sein,

Leistungen zu rationieren, und sie könnten notwendige Behandlungen nicht anbieten. Die Patienten und Patientinnen, insbesondere diejenigen mit chronischen Krankheiten, machen sich Sorgen und fürchten, von den Netzen nicht aufgenommen zu werden, weil sie keine «attraktiven», weil sie teure Patienten sind.

Ich bitte Sie, die Minderheit Goll zu unterstützen und damit die Vorlage im Interesse von Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten zu verbessern.

Ruey Claude (RL, VD): A part la question de la responsabilité budgétaire, on pourrait dire qu'à première vue il n'y a pas grande différence entre la minorité et la majorité. On vise les mêmes buts, etc. Mais quand on y regarde de plus près, que veut-on, que voit-on dans la proposition de la minorité? On veut régler tous les détails dans la loi; on veut se référer à toutes sortes de règles erratiques et peu flexibles; et, qui plus est, on ajoute dans le jeu un intervenant supplémentaire dans ce domaine: l'Etat cantonal, l'Etat multicasquettes, que l'on connaît bien sûr, et qui deviendrait tout à coup le nouveau régulateur du système ambulatoire.

Je reviens sur les règles trop fixes: avec des règles que l'on fixe totalement dans la loi, au lieu de les laisser à la compétence du Conseil fédéral et de l'ordonnance, au lieu de les laisser aussi à la liberté des contrats pour certaines d'entre elles, c'est à nouveau un retour au Moyen Age de la santé, où on limite la créativité, la capacité d'innovation. Ce ne sont pas seulement des slogans! C'est ce que nous ont démontré les gens du Forum Managed Care lorsque nous les avons rencontrés. Il y a 88 réseaux en Suisse. Tous ne font pas la même chose: leurs règles sont différentes; leurs idées sont différentes; et c'est cette différenciation et cette créativité qui permettent de progresser. Si on veut tout régler d'avance dans la loi, eh bien on ne progresse pas! Et ce n'est pas bon.

A gauche on a bien sûr l'habitude d'être méfiant. Cependant, il faut aussi faire un peu confiance aux gens, aux médecins, aux physiothérapeutes, aux réseaux et à tous les partenaires de la santé qui s'engagent. Tous ces gens veulent essayer de faire le mieux possible. Ne réglémentons pas tout. Ne faisons pas de l'«Überregulierung», pour parler le français fédéral.

Quant aux cantons, vouloir les introduire dans un domaine où ils ne financent rien et où ils n'ont pas un rôle de régulateur – et heureusement –, cela reviendrait vraiment à nuire à la bonne gouvernance du système. De plus, vouloir réintroduire les cantons dans le domaine de la santé, alors qu'on souffre précisément du cantonalisme et du cloisonnement des cantons dans ce domaine-là, alors que la santé devrait pouvoir sortir des frontières cantonales, c'est vraiment un peu fort! D'ailleurs, il n'y a pas besoin de chercher bien loin: la dernière réunion de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé a montré à quel point les cantons étaient capables de gérer la médecine de pointe. Cela fait plus de cinq ans qu'ils se disputent sur ce sujet et ils sont toujours incapables de se coordonner. Veut-on vraiment leur donner des compétences supplémentaires? Je pense que ce n'est pas très intelligent.

J'en viens à la responsabilité budgétaire. C'est quelque chose qui fonctionne. Je crois que Madame Gilli a très bien expliqué cela – sur la base d'expériences concrètes, là encore. C'est d'ailleurs aussi le fruit des concessions réciproques que nous nous sommes faites entre la gauche et la droite. Tout à l'heure, nous avons par exemple accepté – à notre corps défendant, bien sûr – qu'il y ait cette fameuse obligation de créer des réseaux dans toute la Suisse avec un délai transitoire. Eh bien, d'un autre côté, on devait – et on l'a fait, dans le cadre de la sous-commission – accepter par concession mutuelle qu'il y ait cette responsabilité budgétaire qui vous fait peur, qui fait peur à un certain nombre de médecins romands en particulier, ceux qui n'ont justement pas expérimenté le réseau de soins, à part le réseau Delta, qui est d'ailleurs une très bonne expérience, puisque les gens ne sont pas du tout fâchés de pouvoir se fixer les règles qu'ils veulent.

J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs médecins qui sont dans des réseaux, mais je me souviens encore d'une discussion que j'ai eue avec un médecin de Saint-Gall. La responsabilité budgétaire, cela ne signifie pas le rationnement; cela signifie essayer d'utiliser les sommes qui sont allouées le mieux possible, et s'il n'y a pas cet incitatif, on n'y arrive pas forcément. Ce médecin me donnait l'exemple de la surconsommation de médicaments qu'il pouvait éviter, entre l'hôpital et lui, précisément parce qu'il y avait cette responsabilité, cette conscience des coûts, mais aussi cette possibilité de gérer en responsabilité une meilleure efficacité. Voilà ce dont il s'agit. Il ne s'agit de rien d'autre! Par conséquent, le groupe libéral-radical vous invite aussi à suivre la majorité.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: C'est le coeur du projet. Et vous savez qu'avec le coeur, il ne faut pas faire n'importe quoi au niveau chirurgical. Et le coeur du projet a été très bien soigné par la majorité de la commission. Je ne crois pas qu'il faille changer quoi que ce soit, je le dis d'emblée. Vous avez une définition très claire.

Concernant la proposition de la minorité Goll, j'aimerais dire ici que c'est typiquement une vision indiquant un résultat minimum à obtenir. Le Conseil fédéral et la majorité n'imaginent pas du tout qu'on puisse aller en dessous des directives thérapeutiques des associations spécialisées, bien au contraire. Le «managed care» doit être un plus en matière de qualité et notamment en matière d'innovation dans les programmes, en particulier dans les programmes pour les malades chroniques, qu'on appelle les programmes de «disease management». Dans ce sens-là, il ne faut pas donner l'impression qu'on doit atteindre un minimum, mais il faut donner l'impression qu'on doit faire mieux, et c'est précisément ce que souhaite la majorité avec sa formulation.

Concernant la qualité, de manière générale, dans toute la loi sur l'assurance-maladie, les prestations doivent être toujours de qualité, sinon elles ne sont pas prises en charge. Il doit donc toujours y avoir de la qualité; il n'y a pas besoin d'imaginer tout contrôler, on doit demander aux partenaires de réellement assurer cette qualité; les réseaux sont un plus en termes de qualité et en termes de qualité dans les contrats conclus, comme c'est prévu à l'alinéa 2 en particulier.

La majorité de la commission s'exprime à l'alinéa 5 sur la qualité et sur les compétences du Conseil fédéral, en disant que le Conseil fédéral peut intervenir dans les domaines clés: le domaine de la qualité et celui de la coresponsabilité budgétaire. Cela nous suffit, c'est exactement ce que nous souhaitons. Donc nous pouvons très bien vivre avec ce que propose la majorité.

En revanche, la minorité donne de nouveau l'impression que les partenaires n'ont pas la confiance des autorités. Je vous le dis encore une fois, il est nécessaire de fixer un cadre clair, mais il est nécessaire aussi de laisser les réseaux vivre eux-mêmes et trouver eux-mêmes les solutions.

Pour répondre à Madame Schenker qui se faisait du souci pour les questions de coresponsabilité budgétaire, c'est peut-être aussi, je le dis encore une fois, une question de génération, parce que dans la plupart des cas, en ce qui concerne les nouveaux réseaux et en particulier la nouvelle génération de médecins, ces soucis ne sont pas problématiques.

Concernant les propositions individuelles, nous vous demandons de les rejeter également. Madame Prelicz-Huber veut l'obligation de contracter pour les assureurs dans ces réseaux. Elle craint la sélection des risques. Je répète ici que si vous adoptez l'ensemble du projet avec la compensation des risques à la fin, il n'y a pas de problème. Mais il faut adopter le projet tel quel, y compris les propositions en matière de compensation des risques à la fin du dossier.

Concernant la deuxième proposition Prelicz-Huber ainsi que la proposition Füglistaller, il s'agit à nouveau de propositions qui donnent l'impression que le Conseil fédéral doit absolument intervenir pour assurer la qualité, alors que cette qualité doit être de toute manière assurée par les partenaires dans le cadre des différents modèles.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Ich bitte Sie auch hier, konsequent der Kommissionsmehrheit zu folgen; die Kommission hat diesen Entscheid mit 16 zu 6 Stimmen bei 1 Enthaltung getroffen. Es geht wieder um die unterschiedlichen Konzepte, das Konzept der Kommission und das Konzept der persönlichen Gesundheitsstelle.

Artikel 41c ist der Kern der Vorlage. In Absatz 1 wird die interne Organisation des Netzwerkes geregelt. In Absatz 2 wird die vertragliche Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern definiert. Ein Netzwerk muss eine Rechtsform wählen, die gewährleistet, dass es mit den Krankenversicherern Verträge eingehen kann; das ist in Absatz 3 festgehalten. Und in Absatz 4 geht es um die Budgetmitverantwortung. Die Budgetmitverantwortung ist ein starker Anreiz für die Leistungserbringer, den ganzen Behandlungsprozess zu optimieren, um sich eben nicht nur an Behandlungs-Guidelines der Organisationen zu orientieren, sondern diese auch verbindlich zu implementieren, um Mehrfachuntersuchungen, Falschbehandlungen usw. zu verhindern.

Die Qualitätskriterien, welche die Kommissionsminderheit in das Gesetz aufnehmen will, sind Anforderungen, welche heute erfüllt sein müssen, damit Ärzte überhaupt tätig sein können. Sie sind im Medizinalberufegesetz und auch in standesberuflichen Reglementierungen der FMH geregelt. Es ist also nichts Neues, es bringt auch keinen Zusatznutzen für Netzwerke. Es ist klar, dass diese Voraussetzungen von Ärzten in Netzen auf jeden Fall erfüllt sein müssen. Sie gelten auch für Ärzte ausserhalb von Netzwerken.

Frau Goll hat befürchtet, dass eine Unterversorgung entstehen könnte. Ich möchte Sie daran erinnern: Wir regeln nicht die Versorgungssicherheit in den Kantonen. Dafür sind die Kantone zuständig. Die Kantone haben den verfassungsmässigen Auftrag, die Versorgung sicherzustellen. Wir haben hier die Krankenversicherung zu regeln, den Zugang zur Krankenversicherung sowie zur Gesundheitsversorgung für alle Leute offenzuhalten und über strukturierte Behandlungsprozesse Ineffizienzen im System zu eliminieren.

Zu den Einzelanträgen Prelicz-Huber: Frau Prelicz-Huber will auch Netzwerkverträge der regierungsrätlichen Genehmigung unterstellen. Wir meinen, dass es keiner hoheitlichen Sanktion bedarf, wenn sich die Netzwerke mit den Versicherern einigen können. Die Anträge Prelicz-Huber sind eigentlich auf das Konzept der persönlichen Gesundheitsstelle ausgerichtet.

Ich bitte Sie, diese Anträge abzulehnen.

Etwas erstaunt – das muss ich ehrlich sagen – bin ich über den Antrag Füglistaller. Die Mehrheit der Kommission beantragt Ihnen bei Absatz 5, dass der Bundesrat Massnahmen zur Qualitätssicherung und Vorgaben für die Budgetmitverantwortung erlassen kann. Das ist eine klar subsidiäre Bestimmung für den Fall, dass Netzwerke zusammen mit den Versicherern nicht in der Lage wären, das selber zu lösen. Wir haben schon verschiedentlich gehört, dass die Netzwerke, die heute funktionieren, erfolgreich sind, dass sie eine Erfolgsgeschichte darstellen – zum Nutzen der Patienten und auch der Leistungserbringer. Die in den Netzwerken versicherten Patienten weisen eine hohe Zufriedenheit auf. Wir sehen aber auch, dass die Netze sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Ein Versorgungsnetz in einer Landgegend ist anders strukturiert als ein Netz in einer Stadt. Es ist daher höchst problematisch, wenn wir von vornherein die Voraussetzungen bezüglich der Qualität, insbesondere auch der Budgetmitverantwortung, vom Bundesrat definieren lassen. Die bestehenden Netze müssen sich weiterentwickeln können. Es müssen auch Innovationen möglich sein. Die Kommissionsmehrheit will, dass der Bundesrat dann einschreitet, wenn er sieht, dass etwas schief läuft. Mit Absatz 5 ist dies sichergestellt.

Ich bitte Sie daher, auch den Antrag Füglistaller abzulehnen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: Je serai bref. Je vous invite à soutenir la majorité à tous les alinéas. La version de la majorité tient compte des réflexions qui ressortent de la proposition de la minorité Goll et des propositions Pre-

licz-Huber et Füglistaller. Ceci a été longuement discuté en commission.

La proposition de la minorité Goll, à l'alinéa 1, part de l'idée – ce qui m'étonne beaucoup, surtout venant de la gauche – que la loi doit définir quelle est la médecine adéquate. La bonne médecine émanerait des directives thérapeutiques des associations spécialisées, de manière standardisée. En même temps, cette même partie de l'hémicycle soutient la médecine complémentaire qui, justement, s'oppose à une standardisation de la médecine.

Gardons une marge de manoeuvre! Nous avons voulu avec cette loi, cette architecture, redonner de la responsabilité aux acteurs du front et diminuer la charge normative de l'Etat. Ayons un peu de confiance dans les professionnels de la santé, dans les médecins, dans les pharmaciens qui jouent un rôle important sur le terrain. Laissons-les travailler sans tout régler dans la loi et les ordonnances.

Je vous invite donc chaleureusement à ne pas surcharger cette loi, à laisser aux professionnels une bonne marge de manoeuvre, et à suivre la majorité à tous les alinéas et à rejeter les différentes propositions.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4207)

Für den Antrag der Mehrheit ... 127 Stimmen

Für den Antrag Prelicz-Huber ... 55 Stimmen

Abs. 5 – Al. 5

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4208)

Für den Antrag Füglistaller ... 104 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 71 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4209)

Für den Antrag Füglistaller ... 125 Stimmen

Für den Antrag Prelicz-Huber ... 56 Stimmen

Abs. 1–6 – Al. 1–6

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Wir stellen nun den so bereinigten Artikel 41c in der Abstimmung dem Antrag der Minderheit gegenüber.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4210)

Für den Antrag der Mehrheit/Füglistaller ... 125 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 43 Stimmen

Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

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

Fortsetzung – Suite

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)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Art. 41d

Antrag der Mehrheit

Titel

Dauer des Versicherungsverhältnisses

Abs. 1

Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41c, sofern er für diese eine Prämienermässigung ...

Abs. 2

... so kann sie den Versicherer, aber nicht die besondere Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln:

a. bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen;

b. bei Prämienhöhung über der durchschnittlichen Prämienhöhung im Kanton. (Rest streichen)

Abs. 3

Gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln. Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person bei Vertragsabschluss die Austrittsmodalitäten unter Vorbehalt von Artikel 7 KVG.

Antrag der Minderheit

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

Streichen

Art. 41d

Proposition de la majorité

Titre

Durée du rapport d'assurance

Al. 1

Lorsque pour les formes particulières d'assurance au sens de l'article 41c une réduction de prime ...

Al. 2

... il peut changer d'assureur mais pas de forme particulière d'assurance au cours de cette durée:

a. en cas de modifications importantes des conditions d'assurance;

b. si sa prime d'assurance subit une augmentation supérieure à la hausse moyenne des primes du canton. (Biffer le reste)

Al. 3

Contre paiement de la prime de sortie convenue par voie contractuelle, l'assuré peut changer aussi bien d'assureur que de forme d'assurance au cours de cette durée. L'assureur convient des modalités de sortie avec l'assuré, sous réserve de l'article 7 LAMal.

Proposition de la minorité

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

Schenker Silvia (S, BS): Diese ganze Vorlage leidet aus meiner Sicht an einem grundsätzlichen Fehler: Sie arbeitet mit Sanktionen und Strafen für diejenigen, die sich, warum auch immer, nicht in einem integrierten Versorgungsnetz behandeln lassen wollen. Statt dass man die Patientinnen und Patienten mit qualitativ guter Behandlung in ein Versorgungsnetz zu locken versucht, statt dass die Versicherer mit von mir aus materiellen Anreizen die Versicherten motivieren, ein solches Modell zu wählen, droht man mit Strafen.

Wer sich für ein integriertes Versorgungsmodell entscheidet, soll – so sieht es dieser Artikel vor – dieses Modell nicht so einfach wieder verlassen können, sondern drei Jahre in diesem Modell bleiben. Er kann allenfalls den Versicherer, nicht jedoch das Modell wechseln, wenn sich eine wesentliche Änderung der Versicherungsbedingungen ergibt oder wenn die Prämienhöhung über der durchschnittlichen Prämienhöhung im Kanton liegt. Mit anderen Worten: Wenn der Patient nicht mehr auf die Wahlmöglichkeit verzichten will, kann er nicht aus dem Vertrag aussteigen. Er kann es auch dann nicht tun, wenn er mit der Behandlung nicht zufrieden ist. Die einzige Möglichkeit, die den Versicherten noch bleibt, wenn sie aus dem Vertrag aussteigen wollen, ist die, dass sie eine Austrittsprämie bezahlen. Wie hoch eine solche Austrittsprämie sein könnte, ist im Moment nicht klar. Das würde dann bei Vertragsabschluss – so heisst es – bekannt sein. Der Ausstieg aus einem Vertrag wird auf diese Weise also zur Frage des Portemonnaies; wer es sich leisten kann, bezahlt die Austrittsprämie, wer es sich nicht leisten kann, bleibt im Versicherungsmodell. Mit Knebelungsverträgen den Anreiz für integrierte Versorgungsmodelle fördern zu wollen, das ist der falsche Weg. So lassen sich die Patientinnen und Patienten nicht anlocken – im Gegenteil.

Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, diese grobe Ungerechtigkeit und diesen negativen Anreiz respektive die Sanktion zu beseitigen und dem Streichungsantrag meiner Minderheit zuzustimmen.

Gilli Yvonne (G, SG): Ab dieser Stelle im Gesetz werden wir uns mit den Auswirkungen dieses Gesetzes auf die Patienten beschäftigen. Diese Auswirkungen zu berücksichtigen ist sehr wichtig, auch für die politische Akzeptanz von Managed Care.

Die Idee, die hinter der Verlängerung der Vertragsdauer auf drei Jahre steht, beruht auf einer Erfahrung, die nachvollziehbar ist. Heute wählen Patienten aufgrund der Prämienermässigung besondere Versicherungsmodelle, natürlich unter anderem auch Managed Care. Planen sie jedoch eine Operation oder wissen sie, dass sich ihre Behandlungskosten im kommenden Jahr erhöhen werden, so wechseln sie das Modell entsprechend ihren persönlichen Bedürfnissen; das ist legitim. Es ist vor allem gängig, dass man die Franchise auf das Minimum herabsetzt. Teilweise ist dies auch bei Patienten nötig, die nicht zuletzt aus finanzieller Not ihre Franchise auf das Maximum gesetzt hatten. Um nicht in Zahlungsschwierigkeiten zu geraten, wenn Gesundheitskosten anfallen, senken sie die Franchise. Es ist gemäss meiner Erfahrung viel seltener, dass jemand aus diesen Gründen aus dem Hausarztmodell austritt. Ich kann mich an kein einziges Beispiel aus meiner Praxis erinnern. Managed-Care-Versicherte erkennen die Vorteile der koordinierten

Behandlung schnell einmal; zudem müssen sie im Managed-Care-Modell nicht mit einer hohen Franchise ein zusätzliches Kostenrisiko eingehen. Das Spiel mit der Franchise – ich nenne es jetzt mal so – ist verständlich, wenn es nicht um existenzielle Nöte geht, aber es ist natürlich aus gesundheitspolitischer Sicht nicht wünschenswert. Es hat im Grundsatz auch nichts mit Managed Care zu tun.

Nun haben Sie aber bereits früher gehört, dass heute erst eine Minderheit der Patienten Managed Care kennt und auch Managed-Care-versichert ist. Für sie braucht ein Wechsel zu diesem System, den sie zu Beginn oft als Verzicht auf die freie Arztwahl wahrnehmen, auch Mut, er verursacht Unsicherheit. Die Verlängerung der Vertragsdauer ist für sie klar ein negativer Anreiz und erhöht die Eintrittsschwelle.

Die Prämiensteigerungen der vergangenen Jahre führten zu einer deutlichen Zunahme der Zahl der Managed-Care-Versicherten. Die Erfahrung zeigt, dass diejenigen Patienten, die die Qualität von Managed Care erfahren, in diesem Modell bleiben. Da auch für das kommende Jahr wieder Prämiensteigerungen zu erwarten sind, wird die Anzahl der Managed-Care-Versicherten ohnehin zunehmen. Warum jetzt also die Eintrittshürde für die Patienten unnötig erhöhen? Es gibt keinen sachlichen Grund dafür.

Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen.

Borer Roland F. (V, SO): Namens der SVP-Fraktion beantrage ich Ihnen, bei Artikel 41d der Mehrheit zu folgen.

Wenn diese Managed-Care-Systeme in Zukunft tatsächlich Wirkung zeigen sollen, und zwar sowohl im Bereich der Qualität als auch im Bereich des Preises der entsprechenden Angebote, dann braucht es eine gewisse Frist, in der die Ergebnisse in diesem System beurteilt und dann auch allenfalls Massnahmen ergriffen werden können. Das ist der Grund, weshalb wir der Meinung sind, dass derartige Versicherungsmodelle länger Geltung haben sollten als das bis heute normale Versicherungsmodell. Wenn wir bei diesen in der Handhabung, in der Ausgestaltung und in der Preiskalkulation an sich komplizierten Systemen jährliche Wechsel möglich machen würden, dann würde das mittelfristig zu Problemen führen; davon sind wir zutiefst überzeugt. Es würde dazu führen, dass diese Modelle schlussendlich von den Kunden respektive Patienten nicht mehr benutzt werden.

Es ist ja nicht so, dass man mit dem Mehrheitsantrag einen früheren Ausstieg verunmöglichen möchte. Wenn die Versicherungsbedingungen in wesentlichen Punkten geändert werden oder wenn die Prämien eines Versicherers bei diesem Modell überdurchschnittlich ansteigen, dann ist ein Ausstieg möglich. Man geht sogar noch weiter; man kann sich aus diesem langfristigen Versicherungsmodell loskaufen.

Die Angehörigen der Minderheit zeigen, dass sie selber nicht ganz an ihr Managed-Care-Modell glauben. Sie glauben nicht daran! Sie haben die folgende Vorstellung im Hinterkopf: Man sucht sich ein Managed-Care-System aus; wenn man dann krank wird, will man aber wieder zum Arzt seiner Wahl gehen, und dann soll man sofort aussteigen können. Wenn Sie der Überzeugung sind, dass Ihr Modell für den gesunden Versicherten und für den kranken Patienten das beste ist, dann müssen Sie hier gar keine Sicherungen einbauen, dann können Sie mit dieser Dreijahresfrist durchaus leben.

Zu guter Letzt: Der Bundesrat hat ja die Möglichkeit, die Fristen zu verkürzen. Es heisst hier, dass die Dauer maximal drei Jahre betrage.

Ich bitte Sie, hier der Mehrheit zu folgen.

Kleiner Marianne (RL, AR): Auch die FDP-Liberale Fraktion bittet Sie, der Mehrheit zu folgen.

Wir haben jetzt von der linken Seite gehört, dass hier ein Knebelungsvertrag vorliege, dass es eine grobe Ungerechtigkeit sei, wenn man ein dreijähriges Verbleiben in einem solchen Managed-Care-Modell erwartet. Das sehen wir

nicht so. Hingegen muss ich gestehen, dass ich persönlich sehr viel Sympathie für die Argumente von Kollegin Gilli habe. Grundsätzlich ist es so: Wenn das Modell funktionieren soll, muss es auf Freiwilligkeit beruhen. Wir haben aber der Freiwilligkeit und der Freiheit schon einige Riegel vorge-schoben, was sehr bedauerlich ist. Gerade beim letzten Antrag, als rechts und links stärkere Kontrollen der Netze und ihrer Leistungen durch den Bundesrat gefordert haben, haben wir den Pfad der Freiheit verlassen. Ich glaube, das wird schmerzhaft, das wird wieder sehr viel Kontrollaufwand, Bürokratie usw. erfordern, wo man doch sagen könnte, die Leistungserbringer und die Patienten und Patientinnen können das zusammen über den Markt regeln.

Sie kennen das Sprichwort: «Die Liebe ist das Kind der Freiheit.» Bisher habe ich immer gedacht, Managed Care habe viel mit Freiheit zu tun und die Liebe zu Managed Care müsse eigentlich auf freiheitlichen Prinzipien beruhen. Aber hier ist es so, dass wir schon einiges an Regelungen eingeführt haben und dass wir aus Fairness gegenüber den Netzen hier wahrscheinlich eine Dauer von drei Jahren erwarten müssen.

Die Netze haben Budgetverantwortung. Sie brauchen eine gewisse Planbarkeit. Frau Gilli hat sehr schön ausgeführt, wie Patienten, wenn sie sich ökonomisch richtig verhalten, die Versicherungsform wechseln und die eine oder die andere wählen, je nachdem, ob sie gerade gesund sind, ob sie Operationen planen usw. Das ist in diesen Netzen, wenn sie Budgetverantwortung tragen, ein Problem.

Darum bitten wir Sie, der Mehrheit zuzustimmen, auch wenn es eigentlich schade ist, wenn wir überall den Pfad der Freiheit verlassen.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Die Fraktion der CVP, EVP und Grünliberalen wird die Mehrheit unterstützen. Ich erläutere kurz weshalb, möchte aber zuerst der Vertreterin der Minderheit, Frau Schenker, in Erinnerung rufen, dass die Vorlage nicht nur bestraft, sondern dass auch echte Anreize eingebaut sind. Wir werden das bei Artikel 64 noch konkret diskutieren. Prämienermässigung ist keine Bestrafung, also liegt Ihr Votum etwas schief in der Landschaft. Es ist die Diskussion, die sich bei Bonus-Malus-Systemen häufig ergibt: Was ist ein Bonus? Was ist ein Malus? Oftmals ist es eine Frage des Standpunktes, wie es eingeschätzt wird.

Nun zu Artikel 41d: Vieles ist bereits gesagt worden. Knackpunkt ist die Dauer des Versicherungsverhältnisses. Ich halte hier nochmals fest: Es ist eine Kann-Formulierung. Man kann jetzt sagen, dass alle Versicherer von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden. Aber es ist eine Kann-Formulierung. Entsprechend kann auch der Versicherte die Versicherung auswählen. Es ist in der Kommission intensiv über die Ausstiegsklauseln diskutiert worden. Die Möglichkeit eines Ausstiegs bei Vertragsänderungen und bei überdurchschnittlichem Prämienanstieg war eigentlich unbestritten. Mehr zu reden gaben die vertraglichen Austrittsprämien, die bereits wiederholt angesprochen worden sind. Es wurde bemängelt, dass die Höhe dieser Austrittsprämie heute noch nicht bekannt ist. Aber sie muss ja für jede Versicherung einzeln berechnet werden. Wenn die Versicherung abgeschlossen wird, dann ist eben diese Austrittsprämie Bestandteil des Vertrages. Mit anderen Worten: Wer den Vertrag unterschreibt, weiss, worauf er sich einlässt.

Wenn in diesem Zusammenhang von Gängel- oder Knebelverträgen die Rede ist, so entspricht das nicht den Tatsachen. Mit diesen Austrittsformalitäten wird Transparenz geschaffen. Frau Kleiner hat darauf hingewiesen, dass diese Austrittsprämie eben auch Unwägbarkeiten im Budget – seitens der Netzwerke, aber auch seitens der Versicherer – abdecken wird. Der Umstand, dass Transparenz herrscht, spricht gegen das Argument der Gängelverträge. Transparenz ermöglicht uns Konsumenten und Konsumentinnen, Verträge zu vergleichen und uns für das uns passende Angebot eines Versicherers zu entscheiden.

In diesem Sinn wird die Fraktion der CVP, EVP und Grünliberalen den Antrag der Minderheit ablehnen und dem Antrag der Mehrheit zustimmen.

Goll Christine (S, ZH): Die SP-Fraktion unterstützt den Streichungsantrag der Minderheit Schenker Sivlia zu Artikel 41d. Wir wollen keine Knebelungsverträge. Genau darum geht es in Artikel 41d.

Warum wollen wir das nicht? Schauen wir uns das im Kontext der bisherigen Beschlüsse des Nationalrates genauer an. Sie haben Folgendes beschlossen: Die Versicherer bestimmen, mit welchen integrierten Versorgungsnetzen und zu welchen Bedingungen sie einen Vertrag abschliessen; die Kassen sind nicht verpflichtet, mit allen Versorgungsnetzen einen Vertrag abzuschliessen, sie haben nur die Pflicht, ein Angebot der integrierten Versorgung zu machen. Das bedeutet im Klartext: Die Kassen steuern das Angebot. Es bedeutet im Klartext: In der Grundversicherung wird die Vertragsverpflichtung gelockert. Anders gesagt: In der Grundversicherung wird die Vertragsfreiheit mit Kassendiktat bei integrierten Versorgungsnetzen eingeführt. Die Vertragslösung, die Sie hier beschlossen haben, stärkt die Kassennacht. Gerade ein solches Kassendiktat wurde in der Volksabstimmung vom 1. Juni 2008 klar abgelehnt.

Es ist nicht vorgesehen, dass die Versorgungsnetze sich einer Akkreditierung oder einem ähnlichen Qualitätsprozedere unterziehen müssen. Zusammen mit dem Budgetdruck muss mit einer spürbaren Abnahme der Versorgungs- und Behandlungsqualität gerechnet werden.

Die Versicherten werden keine Wahl haben. Wenn Sie auch noch, wie das die Mehrheit der nationalrätlichen Kommission will, die Bestrafung der Versicherten durch einen im Vergleich zu heute doppelt so hohen Selbstbehalt verankern, dann werden die Versicherten gezwungen sein, sich diesem Kassendiktat zu beugen.

Hohe Krankenkassenprämien und eine drastisch erhöhte Selbstkostenbeteiligung für die Versicherten sowie eine stark beschnittene Wahlfreiheit bezüglich medizinischer Versorgung für die Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und die verantwortungslose Stärkung der Macht der Kassen auf der anderen Seite, die ein einziges Modell der integrierten Versorgung anbieten müssen, was keine Gewähr für eine flächendeckende Versorgung beinhaltet – glauben Sie wirklich, dass die Bevölkerung, dass die Versicherten so gemanagt werden wollen?

Klar ist: Wir lehnen dieses Kassendiktat ab. Wir lehnen es ab, dass die Versicherten zu Gefangenen der Krankenkassen werden sollen, denn das werden sie unweigerlich, wenn Sie Artikel 41d zustimmen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: C'est l'un des articles sur lequel on peut en effet discuter. On peut discuter sur tous les articles, mais sur celui-là en particulier; on peut l'interpréter, imaginer ce qu'il implique dans un cas comme dans l'autre. La minorité est très critique sur cet article. Elle a décrié haut et fort qu'elle s'opposait absolument à tout cela. Je pense qu'elle est un peu trop critique. Je pense aussi – et j'aimerais le dire ici très clairement – qu'il est intéressant que le deuxième conseil s'exprime également sur ce sujet, qu'il ait également des contacts avec les gens qui sont les forces vives de ces futurs ou actuels réseaux de soins intégrés, et que l'on trouve la meilleure solution.

En bref, pour exprimer aujourd'hui la position du Conseil fédéral, je pose tout d'abord une question: est-ce vraiment bien de pouvoir changer absolument chaque année d'assureur? Est-ce que, pour les réseaux de soins intégrés, c'est vraiment une bonne chose? On a l'habitude de pouvoir changer chaque année, même si on ne le fait pas forcément, mais est-ce que c'est vraiment bien?

Alors, c'est vrai, si on a une durée un peu plus longue, cela peut être un obstacle, en tout cas un élément de réflexion supplémentaire pour un certain nombre de personnes qui veulent faire le pas, s'engager, choisir un réseau de soins intégrés. D'un autre côté, pourquoi envisage-t-on plusieurs années? Parce que ce sont des réseaux de soins intégrés qui doivent amener non seulement une qualité en général, mais en particulier un véritable suivi thérapeutique. Et que dit-on aux nombreux assurés – dans quelques années ce sera la majorité d'entre eux – qui s'intéressent aux réseaux de soins

intégrés? On leur dit: si vous allez dans un réseau de soins intégrés et que vous tombez malades, vous êtes suivis. Le fait de suivre des patients sur des années, notamment des patients avec des maladies chroniques, implique des programmes spécifiques liés aux maladies chroniques, implique un certain nombre d'engagements de ces réseaux et implique également que des assureurs soutiennent de tels réseaux pour ce qu'on appelle le «disease management» et, automatiquement, on a un intérêt public à ce qu'il n'y ait pas de changement uniquement parce que les primes ont un tout petit peu changé.

L'important, c'est la qualité, le fonctionnement du réseau, son engagement sur la durée, sa capacité à réellement assurer le suivi thérapeutique. Dans ce sens-là, il n'est pas faux d'imaginer une durée de plusieurs années. Pour le départ, je comprends la réaction un peu inquiète de ceux qui lisent cet article, car ils imaginent que c'est quelque chose qui va bloquer le développement des réseaux de soins intégrés. Encore une fois, je crois qu'on peut avoir cette discussion. Pour le moment, le Conseil fédéral estime que la direction de la majorité est juste et il la soutient, même si une formulation un peu différente devra être trouvée à l'alinéa 3. Cet alinéa doit être classé dans la catégorie des alinéas à améliorer lors du passage dans l'autre conseil. Mais de manière générale, nous sommes favorables à la ligne de la majorité.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Erfahrungen und auch Untersuchungen zeigen, dass die Versorgungskonstanz insbesondere bei chronisch kranken Menschen eine grosse Wirkung sowohl auf die Qualität wie auch auf die Kosteneffizienz hat. Auch die Erfahrungen in den integrierten Versorgungsmodellen zeigen, dass es wichtig ist, dass Patienten über eine gewisse Dauer hinweg behandelt werden können. Das ist der Grundgedanke hinter dem Antrag der Kommission, dass ein Versicherer eine Vertragsdauer von bis zu drei Jahren vorsehen kann.

Frau Gilli hat darauf hingewiesen, dass die Versicherten nach den persönlichen Bedürfnissen, nach der persönlichen Situation entscheiden und je nach ihrem Gesundheitszustand ein Versicherungsprodukt wählen, mit dem sie ihre Prämien und Kostenbeteiligungen optimieren können. Das ist durchaus legitim und richtig. Die Versicherten werden ja auch immer aufgefordert, den Versicherer zu wechseln. Was aber für den Einzelnen ökonomisch richtig ist, das ist eben aus Sicht des gesamten Systems nicht unbedingt richtig, und das möchten wir so steuern, dass die Versicherten sich bewusst für ein System entscheiden. Auch wenn die Wechselmöglichkeiten nun zeitlich etwas eingeschränkt werden, treffen die Versicherten doch auf freiwilliger Basis eine Wahl. Sie kennen die Bedingungen und entscheiden im Wissen um diese Bedingungen. Wir reden hier immer von mündigen Versicherten, von aufgeklärten Versicherten. Behandeln wir die versicherten Personen doch als mündige Bürger! Dann ist es etwas unsinnig, wenn wir gleichzeitig immer von Sanktionen, Strafen und Knebelungsverträgen sprechen. Mit dieser Rhetorik entmündigen wir die Versicherten.

Die Kommission hat mit 16 zu 9 Stimmen entschieden, die Vertragsdauer für Managed-Care-Modelle auf drei Jahre auszudehnen, mit der Möglichkeit, in bestimmten Situationen den Versicherer zu wechseln. Wenn jemand vorzeitig wechseln will, weil ihm das System aus irgendwelchen Gründen nicht passt, dann ist es richtig, dass eingesparte Prämien und Kostenbeteiligungen durch eine Austrittszahlung wieder ausgeglichen werden. Wir haben ein solidarisches System, zu dem alle etwas beitragen müssen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: Pour toute entreprise, la prévisibilité est la clé du succès. Voilà la phrase clé de cet article. Voilà pourquoi la commission, par 16 voix contre 9, a prévu la possibilité pour l'assureur d'imaginer des contrats qui durent plus d'une année. L'assuré peut changer d'assureur au cours de cette durée, d'une part, si les conditions contractuelles sont modifiées ou, d'autre part, en payant une prime de sortie, c'est-à-dire si tout va bien, mais qu'il a envie de changer d'assureur, de résilier son contrat

d'assurance, de quitter peut-être aussi les réseaux de soins. Il ne s'agit donc pas d'une prison, il ne s'agit pas d'un esclavage. Il s'agit tout simplement d'offrir à ces entreprises que sont les assureurs la chance d'une meilleure prévisibilité et donc d'une meilleure planification de leur travail; et non seulement du travail des assureurs, mais aussi du travail des réseaux de soins intégrés, qui sont des organisations avec une personnalité juridique – on a déjà décidé cela à l'article 41c.

Je vous invite donc chaleureusement à soutenir la commission qui a pris sa décision, par 16 voix contre 9.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.062/4211)

Für den Antrag der Mehrheit ... 114 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 59 Stimmen

Art. 57 Abs. 9

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 57 al. 9

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 62

Antrag der Kommission

Abs. 1

Der Versicherer kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Artikel 41c vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2bis

... nach Artikel 41b Absatz 2 dürfen weder ...

Abs. 3

Unverändert

Art. 62

Proposition de la commission

Al. 1

L'assureur peut réduire les primes des formes particulières d'assurance d'après l'article 41c ou prévoir des ristournes.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2bis

... à l'article 41b alinéa 2 ne peuvent ...

Al. 3

Inchangé

Angenommen – Adopté

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 2

...

b. 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;

c. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Versicherte, die einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c angehören.

Abs. 2bis

Die Versicherer können auf die Erhebung der Kostenbeteiligung für Leistungen, die im Rahmen einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise verzichten.

Abs. 3

Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die eine besondere Versicherungsform nach Artikel 41c gewählt haben, beträgt maximal die Hälfte desjenigen in der ordentlichen Versicherung.

Abs. 6

...

d. für einzelne Leistungen der medizinischen Prävention die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben. Dabei handelt es sich ...

Abs. 7

Auf den Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2 darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben. Dasselbe gilt für Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

Antrag der Minderheit

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

Abs. 2

...

b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;

c. 5 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Versicherte, die einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c angehören.

Antrag der Minderheit

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

Abs. 2ter

In Abweichung von Absatz 2 Buchstabe b gilt ein Selbstbehalt von höchstens 10 Prozent für folgende Leistungen: Vorsorgeleistungen und Routineuntersuchungen wie Gynäkologie, Ophthalmologie sowie Leistungen von Ärztinnen und Ärzten mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie.

Antrag der Minderheit

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

Abs. 3

Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt beträgt 700 Franken.

Antrag Steiert

Abs. 2

...

b. 15 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;

c. 5 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) für Versicherte, die einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c angehören.

Abs. 3

Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt beträgt für Versicherte gemäss Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b höchstens 1000 Franken und für Versicherte gemäss Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe c höchstens 500 Franken.

Schriftliche Begründung

Aus Sicht der Patienten und der Versicherten bringen die integrierten Versorgungsnetze bedeutende qualitative Verbesserungen in unserem Gesundheitssystem, wenn sie mit den richtigen Rahmenbedingungen eingeführt werden.

Nicht einzusehen und inakzeptabel ist es aber aus derselben Perspektive, wenn mit einem Massnahmenpaket für die integrierte Versorgung gleichzeitig auch die Gesamtbelastung der Patienten in der Schweiz bedeutend erhöht wird. Indem der heutige Selbstbehalt einseitig für eine Gruppe von Patienten von 10 auf 20 Prozent erhöht wird und Entsprechendes auf dem Verordnungsweg auch für den jährlichen Höchstbetrag von heute 700 Franken auf nunmehr 1400 Franken vorgesehen ist, wird eine voraussichtliche Mehrbelastung von mehreren Hundert Millionen Franken lasten der Patienten entstehen.

Die gleiche Steuerungswirkung mit Differenzierung des Selbstbehaltes könnte ohne zusätzliche Gesamtbelastung der Patienten erreicht werden, wenn der Selbstbehalt von heute 10 Prozent auf 5 bzw. 15 Prozent statt auf 10 bzw.

20 Prozent und der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt von heute 700 auf 500 bzw. 1000 Franken erhöht wurde. Damit können die finanziellen Anreize für Managed Care ohne zusätzliche finanzielle Gesamtbelastung für die Patienten in der Schweiz eingeführt werden.

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 2

...

b. 20 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part); la lettre c est réservée;

c. pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance, au sens de l'article 41c, 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

Al. 2bis

Les assureurs peuvent renoncer totalement ou partiellement au prélèvement de la participation aux coûts pour les prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 41c.

Al. 3

Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part. Pour les assurés qui font partie d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 41c, le montant maximal annuel de la quote-part correspond à la moitié de celui qui est applicable à l'assurance ordinaire.

Al. 6

...

d. diminuer ou supprimer la participation aux coûts pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal.

Al. 7

L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations figurant à l'article 29 alinéa 2. Il en va de même pour les prestations de l'article 25 qui sont fournies à partir de la treizième semaine de la grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Proposition de la minorité

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

Al. 2

...

b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part); la lettre c est réservée;

c. pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance, au sens de l'article 41c, 5 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

Proposition de la minorité

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

Al. 2ter

En dérogation à l'alinéa 2 lettre b, une quote-part de 10 pour cent au maximum s'applique aux prestations suivantes: examens préventifs et examens de routine, tels que ceux relevant de la gynécologie ainsi que ceux relevant de l'ophtalmologie, et prestations de médecins titulaires d'un titre post-grade en psychiatrie et en psychothérapie.

Proposition de la minorité

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

Al. 3

Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise. Le montant maximal de la quote-part est de 700 francs.

Proposition Steiert

Al. 2

...

b. 15 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part); la lettre c est réservée;

c. pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance, au sens de l'article 41c, 5 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

Al. 3

Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise. Le montant maximal annuel de la quote-part est de 1000 francs pour les assurés visés à l'article 64 alinéa 2 lettre b, et de 500 francs pour les assurés visés à l'article 64 alinéa 2 lettre c.

Rossini Stéphane (S, VS): De notre point de vue, cet article est très important, simplement parce qu'il pose la question de la solidarité dans le financement. Nous l'avons dit et nous le redirons vraisemblablement encore souvent dans ce dossier de la santé, la pratique des primes par tête ne tenant pas compte de la capacité économique des ménages, pose des problèmes du point de vue de la solidarité et de la justice sociale. En Suisse, si l'on prend en considération les franchises et les quotes-parts, la part financée directement par les ménages hors sécurité sociale est parmi les plus élevées des pays de l'OCDE. La relation avec ce système de «managed care» est simple. Il ne faudrait pas que, avec la pratique que nous sommes en train de mettre en place, nous renforçons l'absence de solidarité dans le financement.

Dans le projet qui vous est soumis, nous avons beaucoup parlé d'incitations, d'esprit positif. Concrètement, sous l'angle du financement on se trouve en présence d'une proposition de la majorité de la commission, qui est en fait une incitation par la punition. Plutôt que de faire bénéficier celles et ceux qui entrent dans un réseau d'une quote-part plus basse, on va punir ceux et celles qui n'y entrent pas en leur imposant une quote-part plus élevée; c'est cette quote-part de 20 pour cent au lieu des 10 pour cent actuels.

Ma proposition de minorité vous invite tout simplement à renverser l'approche avec une incitation positive. Nous valorisons depuis quelques heures la pertinence des réseaux de soins, le fait que les réseaux élèveront la qualité et que c'est cette qualité qui incitera les personnes à se faire soigner dans le cadre d'un réseau. Cet élément est beaucoup plus important que la sanction qui intervient dans le cadre de la définition du pourcentage de la quote-part.

Cet article est également déterminant en regard de la discussion sur le lancement ou non d'un référendum. Il fait partie intégrante de ce processus de décision et je crois qu'il importe d'y prêter une attention particulière. Toutefois, j'ai bien conscience que cette proposition pose problème, notamment en raison du faible écart entre les 5 pour cent, si la personne fait partie d'un réseau de soins, et les 10 pour cent, si elle n'y adhère pas, ce qui est la situation actuelle – c'est-à-dire qu'il y a un écart de 5 pour cent.

Lors des discussions que nous avons menées pour essayer de trouver un consensus sur cette problématique-là, il est très clairement apparu qu'un écart de 10 pour cent était nécessaire pour que l'incitation soit suffisante.

J'ai parfaitement conscience que ma proposition de minorité, à savoir des taux de respectivement 10 et 5 pour cent des coûts, n'a aucune chance de l'emporter ici, raison pour laquelle je vais retirer ma proposition de minorité au profit de la proposition Steiert qui, elle, vise des taux de respectivement 15 et 5 pour cent. On a donc cette incitation positive: pour les personnes qui entrent dans le réseau de soins, la quote-part est diminuée. On donne ici un signal très clair et, avec la proposition Steiert, on garde ce qui semble important, à savoir les 10 pour cent d'écart pour que l'effet incitatif soit véritablement réel.

Par conséquent, je vous invite à soutenir la proposition Steiert, puisque je retire la mienne, sachant aussi que, dans la proposition Steiert figure la question des montants. Mais, comme l'a dit tout à l'heure Monsieur le conseiller fédéral Burkhalter, les gens ne vivent pas de pourcentages, mais bel et bien de francs; c'est un élément qui est très important et sur lequel nous attendons ici quelques déclarations qui nous permettront de voir effectivement avec quelle sauce seront épicées les factures d'assurance-maladie des citoyens de ce pays.

Schenker Silvia (S, BS): Es ist klar und gehört zum Konzept der integrierten Versorgung, dass Patientinnen und Patienten nicht mehr frei wählen können, ob sie zu Spezialistinnen und Spezialisten gehen dürfen und, wenn ja, zu welchen. Dieser Ansatz kann im Grunde genommen unterstützt werden. Es ist aber auch klar, dass es sinnvollerweise Ausnahmen von diesem Grundsatz geben soll. Mit meiner Minderheit möchte ich Ihnen beliebt machen, dass für eine eingeschränkte Art von Leistungen, nämlich Vorsorge- und Routineleistungen bei Gynäkologen und bei Ophthalmologen, also bei Augenärzten, höchstens 10 Prozent Selbstbehalt bezahlt werden müssen, auch wenn diese Ärztinnen und Ärzte nicht einem integrierten Versorgungsnetz angehören. Regelmässige Vorsorgeuntersuchungen bei Gynäkologen sind unbestrittenermassen sehr wichtig. Es darf auf keinen Fall so sein, dass Frauen diese notwendigen Untersuchungen nicht machen lassen, weil sie den höheren Selbstbehalt fürchten oder weil ihnen, was durchaus vorkommen kann, der Gynäkologe, der im Versorgungsnetz tätig ist, nicht zusagt. Das Gleiche gilt für die Ophthalmologen.

Besonders am Herzen liegt mir – Sie erinnern sich vielleicht noch aus einer früheren Debatte daran – der direkte Zugang zur Psychiatrie und Psychotherapie. Wir wissen, psychische Krankheiten sind stark verbreitet und verursachen bei den Betroffenen viel Leid; sie verursachen auch hohe Kosten bei den Sozialversicherungen. Es ist darum nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern in unser aller Interesse, wenn sich die Patienten, die Betroffenen, möglichst früh behandeln lassen und eine adäquate Behandlung erhalten. Wir dürfen darum die Schwelle für eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung auf keinen Fall erhöhen. Ein Selbstbehalt von 20 Prozent ist eine hohe Schwelle. 20 Prozent können eine zu hohe Schwelle sein.

Es geht mir aber auch noch um etwas anderes. Wenn wir nun die Budgetmitverantwortung in den Netzen haben, was bedeutet es dann für die Netze, wenn ein im Netz versorgter Patient eine langwährende psychiatrische Behandlung machen muss? Kann das Netz diese zusätzliche finanzielle Belastung tragen, oder werden psychisch kranke Patienten zur Belastung für die Netze? Diese Frage stellt sich besonders dann, wenn viele psychisch Kranke im gleichen Netz behandelt werden. Diese Frage ist für mich von zentraler Bedeutung.

Solange ich nicht die Gewähr habe, dass psychisch kranke Menschen auch innerhalb der Netzwerke eine optimale Versorgung erhalten, werde ich nicht lockerlassen.

Goll Christine (S, ZH): Der von heute 10 Prozent auf 20 Prozent verdoppelte Selbstbehalt, wie ihn die Mehrheit der Kommission vorschlägt, ist inakzeptabel. Den bereits heute mit hohen und jährlich steigenden Prämien geplagten Versicherten droht damit sowie mit der Verdoppelung des maximalen Selbstbehaltes von 700 Franken pro Jahr eine finanziell untragbare und deshalb sozial verantwortungslose Verschlechterung. Die Verdoppelung des Selbstbehaltes bedeutet für Familien im Krankheitsfall mehrere Tausend Franken Mehrkosten pro Jahr. Hinzu kommen die Franchisen, hinzu kommt auch noch die in der noch nicht definitiv verabschiedeten Vorlage zur Kostendämpfung geplante Einführung eines Spitalkostenbeitrages für alle Versicherten. Eine solche massive Mehrbelastung kann sich die Mehrheit der Versicherten nicht leisten, und die Versicherten werden somit einer von den Kassen allein diktierten Arztwahl ausgeliefert sein. Wir werden die zunehmende Kostenüberwälzung auf Kranke nicht zulassen.

Mit meinem Minderheitsantrag möchte ich sicherstellen, dass die Obergrenze von 700 Franken pro Jahr, die heute in der Verordnung festgehalten ist, im Gesetz verankert wird. Mit der Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent, ohne im Gesetz festgelegte Obergrenze, werden die Versicherten, wenn sie sich den Knebelverträgen der Kassen mit dreijähriger Vertragsdauer nicht aussetzen und die Wahlfreiheit nicht einschränken wollen oder können, massiv zur Kasse gebeten. 20 Prozent Selbstbehalt bedeuten 1400 Franken pro Jahr, zusätzlich zu den 300 Franken Grundfranchise sowie

den ohnehin zu hohen Prämien. Bei pflegebedürftigen Personen kommen noch die 20 Prozent der KVG-pflichtigen Pflegekosten dazu, die sie zusätzlich zur üblichen Kostenbeteiligung übernehmen müssen. Das heisst: Der Beitritt zur integrierten Versorgung wird de facto für viele Versicherte nicht freiwillig sein. Finanzielle Gründe werden sie dazu zwingen.

Wenn die Vorlage vom Parlament im Sinne der Kommissionsmehrheit genehmigt wird, droht der Schweiz die Zweiklassenmedizin. Die Mehrheit der Versicherten könnte sich die freie Arztwahl in der Grundversicherung nicht mehr leisten. Die Vorlage, wie sie bisher beschlossen worden ist, ist unsozial und unfreiheitlich. Sie gibt die für alle Bürgerinnen und Bürger gleichwertige medizinische Versorgung auf.

Es braucht Anreize statt Bestrafung, wenn Managed-Care-Modelle erfolgreich sein sollen. Wir wollen keine weitere Kostenabwälzung auf die Patientinnen und Patienten, und das heisst: Wir wollen auch keine Erhöhung der Selbstbehalte. Zudem gehört die heutige Obergrenze von 700 Franken pro Jahr ins Gesetz.

Dunant Jean Henri (V, BS): Das Managed-Care-System – warum eigentlich englische Ausdrücke? – soll durch niedrigere Prämien respektive Beiträge, z. B. mit einem differenzierten Selbstbehalt, Angebot und Nachfrage und die Finanzierung im äusserst komplexen Gesundheitswesen in Schranken halten. Ich sage «in Schranken halten», denn eine Senkung der Kosten ohne schwere Nachteile für die Patienten ist nicht möglich. Die eigentlichen Kosten – ohne Löhne – werden weiterhin im Minimum um 3 Prozent jährlich steigen, also um 30 Prozent in zehn Jahren. Die Jüngeren von Ihnen werden das also noch voll auskosten können.

Abgesehen von Wartelisten für Untersuchungen und Eingriffe muss bei solchen ökonomischen Steuerungsmodellen erwartet werden, dass bei Erreichen des Kostenrahmens wichtige Untersuchungen und Massnahmen in unzulässiger Weise aufgeschoben werden. Managed Care und staatlich verordnete DRG – wieder so ein Ausdruck – ebnen den Weg zur Zweiklassenmedizin. Ich kann mir deshalb nicht erklären, warum die Linke solche Modelle, die eine Ökonomisierung der Medizin und damit sicher Ungerechtigkeiten zur Folge haben, nicht energischer bekämpft.

Ärztetzwerke auf freiwilliger Basis gibt es vor allem unter Spezialisten, z. B. solchen für Gefäss-, Nieren- oder Nervenkrankheiten, schon seit vierzig Jahren. Diese Zusammenarbeit erspart vielfach unnötige diagnostische und therapeutische Handlungen und damit vermeidbare Kosten. Die Bereitschaft der Leistungserbringer, da mitzumachen, wird sich unter Zwang in engen Grenzen halten. Als Arzt, namentlich als Spezialist, kann ich mich hingegen mit einem Hausarzt-konzept abfinden und glaube, dass durch diese Filterfunktion gewisse Einsparungen erzielt werden könnten. Voraussetzung dafür ist allerdings eine Verbesserung der finanziellen und beruflichen Stellung der Hausärzte. Bislang hat unsere Bevölkerung eine Behinderung des Zugangs zum Spezialisten allerdings abgelehnt.

Unser Gesundheitssystem ist qualitativ sehr gut, aber teuer. Setzen wir dieses gute und vor allem auch gerechte System nicht durch die alleinige Fixierung auf ökonomische Faktoren aufs Spiel. Die Qualität der Medizin, das darf ich Ihnen aufgrund meiner Erfahrungen in den USA, in Frankreich und in Deutschland sagen, ist bei uns einmalig gut und heute noch gerecht. Das Volk sollte anlässlich einer Referendumsabstimmung das letzte Wort zu einem solchen Systemwechsel haben. Wenn es diesen Wechsel nicht will, sollte es sich auch nicht über steigende Prämien beklagen. Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 13.00 Uhr
La séance est levée à 13 h 00*

das Parlament in dieser Angelegenheit die Verantwortung übernimmt und die Sache abschliesst, ohne den Vertrag dem fakultativen Referendum zu unterstellen.

Mörgeli Christoph (V, ZH): Frau Bundesrätin, hat Ihr eigenes Bundesamt, das Bundesamt für Justiz, nicht die Auffassung vertreten, dass dieser Staatsvertrag dem fakultativen Referendum unterstellt werden müsste?

Widmer-Schlumpf Eveline, Bundesrätin: Mein eigenes Bundesamt, das Bundesamt für Justiz, das heute in der Kommission vertreten war und auch hier mit dem Direktor und einer Mitarbeiterin vertreten ist, weiss von dieser Stellungnahme nichts. Aus Ihrer Fraktion wurde diese Stellungnahme zwar verschiedentlich erwähnt, aber weder die Leitung des Bundesamtes für Justiz noch ich kennen sie. Ich habe verschiedentlich höflich darum gebeten, in den Besitz dieser Stellungnahme zu gelangen. Bis heute ist das leider nicht geschehen. Ich warte immer noch darauf, aber ich habe Geduld, ich warte gern.

Pelli Fulvio (RL, TI), pour la commission: Votre niveau d'attention est très bas, on le sait; vous avez toute la compréhension des deux rapporteurs. La pièce qui se joue est bien modeste: Molière n'en est pas l'auteur et donc il n'y a pas de possibilité de s'amuser. Cette pièce compte plus d'actes que le Tour de Suisse ne compte d'étapes. C'est la dixième fois que je parle devant ce conseil; pour un arrêté fédéral de deux articles, c'est vraiment le record du monde!

Maintenant, je dois vous répéter pour la troisième fois pourquoi la commission, cette fois par 14 voix contre 11 et 1 abstention, veut soumettre cet arrêté au référendum. Mais je ne sais plus très bien pourquoi. J'ai prêté une oreille attentive aux raisons de Madame Leutenegger Oberholzer, qui nous a dit que, juridiquement, on peut avoir des opinions différentes. J'ai prêté une oreille attentive aux raisons de Monsieur Caspar Baader, qui nous a dit qu'on modifie des lois même si on suit la procédure. Et puis je n'ai pas tout à fait compris la motivation du porte-parole du groupe des Verts.

Alors, je vous dis que, du point de vue politique, la majorité de la commission veut que cet arrêté soit soumis au référendum facultatif. Donc je vous invite à la suivre.

Permettez-moi une dernière observation qui devrait clore la discussion sur ce document qu'on a reçu aujourd'hui: ce ne sont pas les Services du Parlement ni l'Office fédéral de la justice qui ont demandé l'avis de Monsieur Cottier, c'est Monsieur Thomas Cottier lui-même qui a décidé de nous envoyer une lettre avec des considérations d'ordre juridique. Il l'a fait par l'intermédiaire involontaire de Monsieur Lanz, secrétaire général de l'Assemblée fédérale, qui nous a distribué une copie de cet avis de droit dont vous ferez sûrement bon usage.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: [Beilage – Annexe 10.038/4223](#))

Für den Antrag der Mehrheit ... 94 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 77 Stimmen

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Damit geht dieses Geschäft an die Einigungskonferenz.

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

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

Fortsetzung – Suite

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)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Art. 64

Weibel Thomas (CEg, ZH): Wie wir gehört haben, schliessen wir an die Diskussion von heute Vormittag an. Bei Artikel 64 KVG geht es um eines der Kernstücke in der gesamten Vorlage. Er ist deshalb ein Kernstück, weil es um das Anreizsystem für die Versicherten geht.

Sie wissen, es sind verschiedene Player im Gesundheitsmarkt in die Pflicht genommen. In Artikel 64 sind die Bonus- und Malusmechanismen für die Versicherten festgelegt. Das Kernstück ist die differenzierte Kostenbeteiligung. Die Mehrheit der Kommission beantragt Ihnen, für Managed-Care-Versicherte wie bisher eine Kostenbeteiligung von 10 Prozent einzufordern und für alle anderen Versicherungsmodelle diesen Beitrag auf 20 Prozent zu verdoppeln. Es ist wichtig, dass wir 10 Prozentpunkte Differenz haben, damit wir einen guten Hebel haben, eine wirksame Massnahme einsetzen können. Deshalb bin ich auch froh, dass der Minderheitsantrag Rossini auf 5 bzw. 10 Prozent, also nur 5 Prozentpunkte Spanne dazwischen, zurückgezogen worden ist.

Es bleibt noch der Einzelantrag Steiert, welcher ebenfalls eine Spanne von 10 Prozentpunkten verlangt, nämlich 5 Prozent für Managed-Care- und 15 Prozent für die anderen Modelle. Das sieht auf den ersten Blick vernünftig aus und wäre vielleicht ein gangbarer Weg. Man muss sich aber bewusst sein, dass ein Senken der Kostenbeteiligung auf 5 Prozent unweigerlich zu höheren Prämien führen wird. Damit ist das nur vordergründig gespartes Geld; es ist Augenschere, denn die Prämienhöhung wird das Ganze wieder zunichte machen. Ich kann nicht sagen, wie viel das in Franken und Rappen genau ausmacht. Da ist das Bundesamt noch gefordert, die genauen Zahlen nachzuliefern. Ich könnte mir vorstellen, dass der Ständerat dieses Modell näher in Betracht zieht. Aber solange nicht klare Fakten auf dem Tisch sind, kann die CVP/EVP/glp-Fraktion diesem Antrag nicht zustimmen.

Das zweite Element ist der maximale Betrag des Selbstbeitrags. Da gibt es verschiedene Möglichkeiten. Zurzeit hat der Bundesrat die Kompetenz, den Betrag in der Verordnung festzulegen. Aktuell ist er bei 700 Franken festgelegt. Die

Mehrheit der Kommission beantragt Ihnen, neu festzulegen, dass Versicherte in Managed-Care-Modellen nur eine halb so hohe Kostenbeteiligung haben wie Versicherte in anderen Modellen. Die Mehrheit will im Gesetz keinen Frankenbetrag festsetzen; der Minderheitsantrag auf maximal 700 Franken und der Antrag Steiert auf 500 bzw. 1000 Franken liegen für uns deshalb auf der falschen Linie. Ich gehe davon aus, dass sich Bundesrat Burkhalter in seinem Votum dazu äussern wird, was der Bundesrat in der Verordnung festzulegen beabsichtigt. Unsere Haltung ist die, dass nicht alle Zahlen im Gesetz stehen müssen; der Bundesrat hat es bisher sicher nicht schlecht gehandhabt.

In Absatz 2ter dieses Artikels sind die Ausnahmen geregelt. Eine Minderheit beantragt eine fixe Liste mit Leistungen – Vorsorgeleistungen, Routineuntersuchungen usw. –, bei denen die Versicherten zwingend vom tieferen Satz von 10 Prozent profitieren sollen. Auch diese Festlegung erachtet unsere Fraktion als nicht zielführend. Ich erinnere daran, dass gemäss Absatz 6 dieses Artikels der Bundesrat die Kompetenz hat, Präventionsmassnahmen vom Selbstbehalt auszunehmen. Der Bundesrat wird die Anliegen dort sicher mit Weisheit aufnehmen und Routineuntersuchungen begünstigen.

Zusammenfassend kann ich sagen: Die CVP/EVP/glp-Fraktion unterstützt die Mehrheit und lehnt den Minderheitsantrag Rossini und den Einzelantrag Steiert ab.

Gilli Yvonne (G, SG): Mit der Neuregelung der Kostenbeteiligung, die leider in die Managed-Care-Vorlage integriert wurde, befinden wir uns bei diesem Gesetz tatsächlich auf einer Gratwanderung. Eine differenzierte Kostenbeteiligung – höhere Kostenbeteiligung ausserhalb des Netzwerkes, niedrigere Kostenbeteiligung bei Managed-Care-Versicherten – kann tatsächlich eine Möglichkeit sein, Anreize für den Eintritt in ein Netzwerk zu schaffen, es kann sogar ein positiver Anreiz sein. Bedingung für Managed Care ist diese Kostendifferenzierung aber nicht, und diese Differenzierung ist auch nicht der tatsächliche Stolperstein dieser Vorlage.

Wir sind aber hier nicht nur mit einem finanziellen Anreiz im Sinne der Differenzierung konfrontiert, sondern gleichzeitig mit der Tatsache, dass durch die Erhöhung der Kostenbeteiligung auf 20 Prozent ausserhalb der Netzwerke und mit der Möglichkeit der Erhöhung der maximalen Kostenbeteiligungen pro Jahr, die nicht gesetzlich festgeschrieben werden sollen, ein weiterer Schritt in Richtung private Finanzierung, d. h. Out-of-Pocket-Finanzierung, oder übersetzt: «us em eigene Portemonnaie», durch die Patienten erfolgt. Das hat nichts mit Managed Care zu tun. Es ist schlicht die Folge davon, dass man die ursprünglich separate Vorlage Kostenbeteiligung in die Managed-Care-Vorlage integriert hat. Die Schweiz ist aber bereits jetzt Weltmeisterin in der privaten Versicherung aus dem privaten Portemonnaie der Patientinnen und Patienten. Über die letzten Jahre wurden mehrere politische Schritte in diese Richtung vollzogen. Kombiniert mit den aktuellen Prämienhöhungen ist dieser Schritt heute schlicht nicht opportun.

Ich bitte Sie, diese Kostenverlagerung abzulehnen und aus diesen Gründen dem Einzelantrag Steiert zuzustimmen. Mein Vorredner hat Ihnen gesagt, dieser Einzelantrag könne nicht kostendeckend umgesetzt werden. Dazu fehlen uns aber die Zahlen der Verwaltung, dazu fehlt uns auch die Kenntnis der Entwicklung der Verhältnisse; wir wissen nicht, wie viele Patientinnen und Patienten tatsächlich netzwerkversichert sein werden. Ich erwarte hier einen politischen Kompromiss. Wenn wir dazu nicht bereit sind, könnte diese Vorlage samt Managed Care in einer Referendumsabstimmung scheitern – das Kind würde mit dem Bade ausgeschüttet.

Noch eine kurze Anmerkung zum Minderheitsantrag Schenker Silvia: Es gibt hier meinerseits eine Frage an Herrn Bundesrat Burkhalter, nämlich wie er sich zur zukünftigen Kostenbeteiligung bei gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen stellt, wenn Patientinnen nicht in Netzwerken versichert sind. Denn da besteht tatsächlich die Gefahr, dass mit einer höheren Kostenbeteiligung bei Vorsorgeuntersuchungen ge-

spart wird und wir damit wieder vermehrt beispielsweise mit Gebärmutterhalskrebs-Erkrankungen konfrontiert wären. Hier ist es mir ein Anliegen, mit Sorgfalt eine Lösung zu finden.

Die Psychiater und Psychiaterinnen vom Gatekeeping auszunehmen, dafür habe ich Verständnis aufgrund der Angst vor Stigmatisierung bei schweren psychiatrischen Erkrankungen und aufgrund der Angst vor wirtschaftlich bedingter Zweiklassenmedizin wegen unsorgfältig wahrgenommener Budgetmitverantwortung. Ich finde es aber nicht systemgerecht, eine einzelne Spezialistengruppe vom Managed-Care-System auszunehmen. Denn es gibt auch andere mit Stigmatisierung verbundene Erkrankungen wie beispielsweise Infektionserkrankungen wie HIV. Wir haben die Budgetmitverantwortung mit flankierenden Massnahmen versehen, die verhindern, dass sich eine Zweiklassenmedizin durchsetzen wird. Dazu gehört beispielsweise, dass eben diese Verträge paritätisch ausgehandelt werden. Aber am allerwichtigsten ist der Risikoausgleich, über den wir nachfolgend noch beschliessen werden.

Im Übrigen haben alle Netzwerke selbstverständlich eine Hochrisikoversicherung, und Patientinnen und Patienten, die teuer sind, sind von der Budgetmitverantwortung ausgenommen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Es handelt sich bei Artikel 64 tatsächlich um die *Pièce de Résistance*, um die Frage, inwiefern die Kostenbeteiligung durch die Patientinnen und die Patienten im Zuge dieser Reform erhöht werden soll. Ich möchte, um nochmals auf das Eintretensvotum zurückzukommen, bewusst nicht von Bedingungen sprechen, sondern von Verbesserungen. Ich möchte nämlich vermeiden, dass wir hier in eine politische Erpressungsspirale kommen, in der dann ohne Gesichtsverlust keine Bewegung mehr möglich ist und keine Lösungen mehr möglich sind. Aber ich bin überzeugt, dass wir in diesem Punkt die Vorlage verbessern müssen und auch verbessern können.

Ich habe es beim Eintreten gesagt: Die Patientenorganisationen sind nicht bereit zu akzeptieren, dass im Zuge dieser Vorlage der Anteil dessen, was aus der eigenen Tasche bezahlt wird, nochmals erhöht wird. Das sagen sie mit gutem Recht; die Schweiz ist nämlich jenes Land, in dem im Vergleich zu vergleichbaren Ländern bereits heute nebst den hohen Grundversicherungsgebühren der höchste Anteil aus der eigenen Tasche bezahlt wird. Es ist also richtig, wenn man den Finger auf diesen wunden Punkt legt und klar macht, dass es hier nicht nochmals zu einer Erhöhung kommen darf.

Ich bitte Sie deshalb, den Einzelantrag Steiert zu unterstützen. Der Einzelantrag Steiert ist nicht nur der Versuch eines Kompromisses, er bringt tatsächlich eine Verbesserung. Er ist sachlich besser als der Antrag der Mehrheit. Heute zahlen wir 10 Prozent Selbstbehalt. Von jeder Arztrechnung zahlen wir 10 Prozent aus der eigenen Tasche. Herr Steiert schlägt vor, dass es künftig für Patientinnen und Patienten im Netzwerk nur noch 5 Prozent sein sollen und für solche ausserhalb des Netzwerks 15 Prozent. Das heisst, er schlägt sowohl einen Anreiz für diejenigen vor, die ins Netzwerk gehen, als auch eine Bestrafung für diejenigen, die nicht mitmachen.

Das ist im Vergleich zur Mehrheit deutlich besser, weil die Mehrheit keinen Anreiz setzt. Die Fassung der Mehrheit bleibt für Menschen, die ins Netzwerk gehen, bei den bereits heute bestehenden 10 Prozent. Was haben also die Patientinnen und Patienten gemäss Antrag der Mehrheit davon, dass sie sich einem Netzwerk anschliessen? Nichts – möglicherweise tiefere Prämien, die dann wieder durch Franchisemodelle von den Versicherungen unterboten werden. Wenn wir also wirklich Anreize für Patientinnen und Patienten, insbesondere für Chronischkranke, setzen wollen, dann müssen wir den Selbstbehalt für Patienten im Netzwerk auf 5 Prozent senken und jenen für Patienten ausserhalb des Netzwerks auf 15 Prozent erhöhen.

Der zweite Punkt ist jener der Höchstgrenze. Hier folgt der Antrag Steiert derselben Logik. Jene, die ins Netzwerk ge-

hen, sollen nicht das Gleiche haben wie jetzt, sondern sie sollen dafür belohnt werden. Jene, die nicht ins Netzwerk gehen, sollen im Vergleich zu heute mehr bezahlen. Das ist die Konsequenz und folgt derselben Logik wie beim ersten Antrag.

Herr Weibel hat die Frage aufgeworfen, ob sich da die Katze nicht in den Schwanz beisst, indem durch die Senkung des Selbstbehalts einfach die Prämien steigen müssen. Ich bin auch der Meinung, dass der Ständerat das noch einmal genau berechnen muss. Ich bin aber davon überzeugt, dass, wenn schon, die Frage des Höchstbetrags hier einen Einfluss hat und nicht jene des prozentualen Anteils. Denn es sind die Behandlungen für Chronischkranke, die einschenken. Die Chronischkranken sind jene, die den Höchstbetrag auch wirklich ausschöpfen. Wenn sehr viele oder fast alle Chronischkranken in ein Netzwerk gehen und künftig pro Jahr nur noch 500 Franken bezahlen müssen, dann hat das allenfalls Auswirkungen auf die Prämien, weniger jedoch auf die Regelung mit 5 und 15 Prozent.

Ich bin der Meinung, dass wir hier den Ball dem Ständerat zuspiesen sollten, indem wir dem Antrag Steiert zustimmen, sodass der Ständerat dann die Möglichkeit hat, die genauen Berechnungen nochmals anzuschauen und auch entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

Dasselbe gilt für mich für Absatz 2ter, für den Antrag der Minderheit Schenker Silvia. Auch hier bin ich der Meinung, dass dem Antrag gefolgt werden soll, im Wissen darum, dass dieser Antrag vielleicht noch nicht das Ei des Kolumbus ist, dass aber die ganze Frage, wie Vorsorgeuntersuchungen in einem System von differenziertem Selbstbehalt gehandhabt werden sollen, nochmals angeschaut werden muss und auch im Lichte der definitiven Lösungen entschieden werden muss.

Ich bitte Sie also, den Antrag Steiert in beiden Punkten zu unterstützen sowie der Minderheit Schenker Silvia bei Artikel 64 Absatz 2ter zu folgen.

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Die FDP-Liberale Fraktion unterstützt den Antrag der Mehrheit.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je suis content d'entendre que l'on parle maintenant davantage de «Besserungen» que de «Bedingungen», c'est déjà un bon point, commençons par ça! Quelle est la situation globale? Une pression très forte s'exerce sur les coûts et sur les primes. La situation aujourd'hui fait que la participation aux coûts – je répète qu'il s'agit non seulement du pourcentage de la quote-part, mais aussi des franchises – s'élève à 10 pour cent et le montant maximal à 700 francs.

Si je vous ai bien comprise, Madame Fehr, vous avez dit tout à l'heure en substance: «Das heisst, dass wir auf allen Rechnungen 10 Prozent zahlen.» Man bezahlt aber nicht 10 Prozent auf alle Rechnungen, sondern nur, bis man total 700 Franken bezahlt hat, nachher nicht mehr. Le patient paie un certain pourcentage jusqu'à ce que le montant maximal soit atteint, ensuite il ne paie plus rien. C'est juste et c'est pour cela que les malades chroniques doivent presque toujours payer le montant maximal.

Toujours est-il qu'actuellement, la quote-part se monte à 10 pour cent. Alors, si on ne modifiait rien, si on ne mettait pas le «managed care» en place? L'intention était clairement de débattre de cela et d'augmenter la quote-part à 20 pour cent pour tout le monde. Pourquoi? A cause de la pression sur les coûts et sur les primes. Donc cela n'aurait été qu'un transfert au détriment du citoyen-contribuable-payeur de primes, etc., et on n'aurait pas du tout résolu le problème.

Avec le «managed care», on a une situation qui est meilleure, mais avant d'en parler, j'aimerais dire un mot sur la fameuse déclaration sur les «out of pocket», c'est-à-dire sur ce que paient directement les assurés. C'est Madame Gilli qui en a parlé. Les dépenses directes des consommateurs de prestations de santé en Suisse, c'est-à-dire les dépenses qui ne passent pas par le système, ne sont presque pas liées à la partie «Kostenbeteiligung», mais essentielle-

ment liées aux dépenses directes qu'ils font eux-mêmes. Cela représente à peu près quatre fois plus que ce qui est concerné par la partie «participation aux coûts». Si, en Suisse, les dépenses «out of pocket» sont assez élevées, c'est essentiellement parce que beaucoup de personnes achètent des prestations de santé directement, sans demander ensuite un éventuel remboursement par l'assurance-maladie. Dans ces cas, il n'y a donc pas de participation aux coûts par le biais de la quote-part.

Vous nous avez demandé quelle était la position du Conseil fédéral. Je vous l'ai déjà indiquée dans le débat d'entrée en matière suite aux questions qui ont été posées à ce sujet. Je la répète: pour nous, le «managed care» est nécessaire pour toute une série de raisons exposées ce matin et pour éviter d'en arriver à ce débat un peu inutile sur la question 10 pour cent/20 pour cent pour tout le monde. Avec le «managed care», nous avons une alternative en termes de participation aux coûts.

L'analyse de la participation aux coûts dans les «managed care» doit encore être faite de manière fine et non idéologique. Et il est juste que le deuxième conseil, le Conseil des Etats, doit se pencher à nouveau assez à fond sur cette question. Nos intentions à ce stade, mais tout est, encore une fois, à confirmer dans le cadre du suivi du dossier – ce n'est plus le suivi thérapeutique, mais le suivi du dossier cette fois-ci! – dans la deuxième chambre. Notre position actuelle est que nous souhaitons maintenir la participation aux coûts en termes de pourcentage à 20 et 10 – 10 pour cent étant un maximum pour le «managed care».

J'aimerais relever que Madame Fehr a parlé tout à l'heure du «Höchstbetrag» qui était plus important que le fait de savoir si la participation aux coûts se montait à 5 ou 10 pour cent. Je partage entièrement cet avis. Pour moi, le débat se fait essentiellement sur le montant maximum. Toujours est-il que, pour le moment, la majorité vous propose une participation aux coûts de 20 et 10 pour cent – 10 pour cent étant un maximum pour le «managed care». On peut donc très bien descendre à 5 pour cent, si c'est possible. Certes, le fait de fixer le pourcentage à 5 pour le «managed care» dès le début aura quand même vraisemblablement un impact sur les primes; cet impact doit en effet être étudié plus en détail avec différentes alternatives. Ce qui est vrai, c'est que les incitations pour le modèle du «managed care» ne se limitent de toute manière pas au pourcentage; elles concernent d'autres éléments, comme le montant maximum qui est, à notre sens, l'élément le plus important.

Nous allons donc travailler sur ce montant maximum. L'option pour la participation aux coûts qui nous paraît la plus intéressante pour le moment, c'est 500 francs comme montant maximum pour le modèle du «managed care», et 1000 francs pour les autres modèles. Mais cette hypothèse doit encore être confirmée et discutée, et nous le ferons donc dans le cadre du travail de la commission du Conseil des Etats.

En ce qui concerne le vote d'aujourd'hui, je vous propose de vous en tenir, pour le moment en tout cas, à la proposition de la majorité à l'article 64 alinéa 2 lettres b et c.

A l'alinéa 2ter, il est évident que cela veut dire qu'on peut descendre en dessous de 10 pour cent, ce qui n'est pas contesté. La minorité Schenker Silvia nous pose en fait un problème en termes de clarté. En effet, si nous commençons à faire des exceptions, nous aurons de plus en plus de peine à faire passer un message clair pour ce qui concerne la situation du «managed care». Nous préférons donc la version de la majorité.

Pour ce qui concerne l'alinéa 3, nous vous demandons aussi de suivre la majorité. Et pourquoi cela? Parce que nous croyons vraiment qu'il est normal que la compétence de fixer le montant maximal de la quote-part soit laissée au Conseil fédéral. On peut clairement préciser les intentions du Conseil fédéral dans le cadre du débat, après la discussion qui aura lieu au Conseil des Etats, mais il n'est pas justifié de vouloir régler dans la loi ce qui doit quand même rester de la compétence de l'exécutif.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die Kostenbeteiligung ist neben der Verpflichtung, den Versicherten Managed-Care-Modelle anzubieten, und neben der Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer der dritte wichtige Pfeiler dieser Vorlage. Es ist wohl sogar der wichtigste Pfeiler, wie man sieht, wenn man sich die Wirkung vor Augen hält. Die Wirkung einer erhöhten Kostenbeteiligung dürfte sein, dass die Nachfrage nach Managed-Care-Modellen erhöht wird. Ich erinnere an den Bundesratsbeschluss, eine tiefere Kostenbeteiligung für Generika einzuführen. Erst mit dieser Massnahme wurde bei den Generika ein Schub ausgelöst. Die Hebelwirkung der differenzierten Kostenbeteiligung wird sehr gross sein.

Die Kommission hat mit 15 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung der jetzt als Antrag der Mehrheit vorliegenden Fassung zugestimmt.

Der Minderheitsantrag Rossini ist nun zugunsten des Einzelantrages Steiert zurückgezogen worden. Der Antrag Steiert lag in der Kommission nicht vor. Es ist vielleicht etwas Verlockendes, wenn die Kostenbeteiligung reduziert werden könnte. Aber wir müssen uns vor Augen halten: Wenn wir die Kostenbeteiligung reduzieren, bedeutet das auf der anderen Seite, dass die Prämien erhöht werden müssen. Es ist für ein neues Modell wahrscheinlich nicht sehr attraktiv, mit einer Prämienhöhung zu starten, angesichts der Situation, dass wir generelle Prämienhöhungen erwarten müssen.

Das Argument der kostenneutralen Einführung für Versicherte ist nicht stichhaltig. Wir bezahlen alle Kosten über Prämien oder über Kostenbeteiligungen. Wir werden mit der Vorlage, wie generell im Gesundheitswesen, nicht sparen können. Die Kosten im Gesundheitswesen können nicht gesenkt werden. Es muss das Ziel sein, die Kostenentwicklung zu dämpfen, das Kostenwachstum zu verlangsamen. Die Kosten müssen wir über Prämien oder über Kostenbeteiligungen bezahlen. Die Belastung liegt bei den Privaten. Wenn wir in die Vergangenheit schauen, dann stellen wir fest, dass die Kosten in den letzten Jahren durchschnittlich um 5 Prozent gestiegen sind, mit entsprechenden Prämien-erhöhungen. Jedes Jahr sind die Prämien gestiegen, die Kostenbeteiligung hingegen ist seit 2004 gleich. Seit 2004 gilt eine maximale Kostenbeteiligung von 700 Franken, vorher waren es 600 Franken. Es ist nun die Frage, ob es jetzt, auch angesichts der ständigen Prämien-erhöhungen, nicht zumutbar ist, eine Differenzierung bei der Kostenbeteiligung vorzunehmen. Entscheidend ist ja nicht eine theoretische Kostenneutralität auf das Ganze gesehen, sondern entscheidend ist, was der Einzelne bezahlen muss. Wir haben eine Vorlage, bei der sich der Einzelne bewusst entscheiden kann; er hat die Freiheit zu entscheiden, ob er ein Modell mit Prämienvergünstigung und einer tieferen Kostenbeteiligung wählen will.

Ich bitte Sie, bei Absatz 1 der Kommissionsmehrheit zu folgen.

Zum Antrag der Minderheit Schenker Silvia bei Absatz 2ter: Dieser Antrag geht wieder von einem anderen Konzept aus. Wir haben das Konzept: Wer in einem Managed-Care-Modell ist, für den gilt generell die tiefere Kostenbeteiligung; wer nicht in einem Managed-Care-Modell ist, für den gilt für Behandlungen die höhere Kostenbeteiligung. Wir differenzieren nicht nach einzelnen Arztkategorien. Es ist selbstverständlich, dass alle, die in einem Netz sind, Zugang zu den verschiedenen Spezialisten haben müssen, auch mit einer entsprechenden Reduktion der Kostenbeteiligung.

Ich möchte Sie also auch hier einladen, der Fassung der Mehrheit zu folgen und keine Differenzierung nach einzelnen Arztspezialitäten vorzunehmen.

Zum Antrag der Minderheit Goll bei Absatz 3: Ich bitte Sie auch hier, der Kommissionsmehrheit zu folgen. Es ist schon heute so, dass die maximale Kostenbeteiligung vom Bundesrat festgesetzt wird. Das ist dort richtig angesetzt; es hat keinen Sinn, absolute Frankenbeträge ins Gesetz aufzunehmen. Wir haben deshalb definiert, dass die Kostenbeteiligung bei Managed-Care-Modellen die Hälfte der ordentlichen Kostenbeteiligung betragen muss.

Ich bitte Sie, auch bei Absatz 3 der Kommissionsmehrheit zu folgen und demzufolge beim ganzen Artikel auf der Linie der Kommissionsmehrheit zu bleiben.

Steiert Jean-François (S, FR): Liebe Kollegin, räumen Sie ein, dass der Antrag der Kommissionsmehrheit mit den 10 und 20 Prozent bzw. mit dem Vorschlag eines Plafonds von 1400 Franken dazu führen würde, dass Patientinnen und Patienten in der Schweiz insgesamt Mehrbelastungen in dreistelliger Millionenhöhe zu tragen hätten?

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Wenn man die reine Kostenbeteiligung anschaut und davon ausgeht, dass man die Leute nicht motivieren kann, in Netzwerke zu gehen, dann mag das zutreffen. Wir haben aber eine ganzheitliche Betrachtung vorzunehmen. Wir haben die Prämie und die Kostenbeteiligung anzuschauen. Dann stimmt das nicht. Dann hat jede Person es in der Hand, das entsprechende Modell zu wählen und von tieferen Prämien und tieferen Kostenbeteiligungen zu profitieren.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: La majorité de la commission a décidé de proposer une quote-part différenciée, 10 pour cent/20 pour cent, après une longue discussion. La proposition Steiert, 5 pour cent/15 pour cent, n'a pas été déposée en commission, donc je ne peux pas vous exposer les délibérations de la commission à ce propos.

Je vous donne en revanche très volontiers quelques réflexions sur cette question. On peut dire que ceux qui n'entrent pas dans des réseaux de soins intégrés sont tenus de payer davantage – on utilise le terme «bestrafter» en allemand; on pourrait utiliser le terme «belohnt» pour ceux qui entrent dans des réseaux de soins intégrés. En définitive, ce qui est important, c'est qu'il y ait une différence. Celle-ci devrait être de 10 pour cent en tout cas entre la quote-part, la participation aux coûts de ceux qui sont dans des réseaux de soins intégrés et la quote-part de ceux qui sont en dehors des réseaux de soins intégrés. Que ce soit finalement 10 pour cent/20 pour cent ou 5 pour cent/15 pour cent, personnellement je ne vois pas une grande différence. Je constate qu'il y a des arguments aussi bien en faveur d'une version que de l'autre.

Je suis de l'avis que, comme la commission n'a pas pu approfondir de manière adéquate cette question, on laisse au Conseil des Etats le soin de se pencher sur ce point. En effet, comme Madame Humbel Näf l'a dit, il faut replacer cette disposition dans l'ensemble du projet, donc aussi en évaluer les conséquences sur les primes. Si la quote-part, la participation aux coûts des assurés diminue, les primes vont augmenter puisqu'il faut bien que ces coûts soient payés par quelqu'un. Il faudra voir quelle augmentation il y aura, quelle quote-part devra être exigée et quel pourcentage d'assurés entrera dans les réseaux de soins intégrés. Je crois qu'il faut un tableau synoptique pour essayer d'évaluer ce qui pourrait se passer et avoir une vue réelle de la situation. Il est nécessaire de réfléchir en termes de francs et non pas de pourcentages, parce qu'en définitive les citoyennes et les citoyens vont payer en francs.

Je vous rappelle que la participation aux coûts est un des instruments essentiels pour la responsabilisation du citoyen; si je dois payer de ma poche, je suis évidemment moins soumis à ce que les techniciens appellent le «moral hazard», soit le fait, disons, de profiter de la solidarité commune. Il est évident aussi que cette participation personnelle doit être plafonnée, limitée, et en ce sens je ne peux que suivre l'opinion qui a été exposée par le Conseil fédéral, à savoir que, finalement, le montant maximal de la quote-part est bien plus important que le pourcentage lui-même. En effet, j'arriverai à mes 500 francs en étant dans les réseaux de soins, alors que ma participation aux coûts sera terminée quand j'arriverai à mes 1000 francs en étant en dehors des réseaux de soins; dès lors, je n'aurai plus rien à payer. Or, je crois que nous sommes en train de parler de montants tout à fait raisonnables, qui sont stables depuis des années, alors que le coût de la vie a augmenté.

J'aimerais dire encore une chose – je ne l'ai pas dite de manière aussi claire lors du débat d'entrée en matière: avec cette modification de la loi, personne ne pense réduire les coûts de la santé! Oublions l'idée de réduire les coûts de la santé. Il ne s'agit pas de ça. Il s'agit de limiter la croissance des coûts de la santé à un niveau qui soit stable sur la durée, qui soit supportable.

Wir sprechen ja immer von nachhaltiger Entwicklung. C'est la même chose aussi dans l'assurance-maladie. Il ne s'agit donc pas du tout de réduire les coûts de la santé. A la pause de midi, plusieurs personnes m'ont dit que je fantasmais en pensant pouvoir réduire les coûts de la santé. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit. On ne veut pas réduire les coûts, mais limiter leur croissance d'une façon raisonnable, et qui suive l'augmentation du coût de la vie.

Je vous invite donc à soutenir la proposition de la majorité, avec sa solution de 10 pour cent/20 pour cent. C'est ce qui a été longuement discuté en commission.

Personnellement, j'ai de la sympathie pour la proposition Steiert. C'est une proposition raisonnable, mais laissons le Conseil des Etats approfondir la question de manière adéquate, en mesurant aussi son impact sur les primes.

En ce qui concerne la proposition de la minorité Schenker Silvia, encore une fois, on est face à un changement de système. C'est à nouveau le système Goll/Schenker, qui est légitime, mais ce n'est pas le modèle choisi par la majorité de la commission.

De plus, on fait aussi des confusions. Rappelez-vous de la discussion qu'on a eue à propos de la quote-part différenciée médecins de famille/médecins spécialistes. C'était un autre objet: il s'agissait des mesures d'urgence pour la réduction des coûts de la santé. On parlait là de 10 pour cent pour les généralistes et de 20 pour cent pour les spécialistes. Or si l'on commence à faire des exceptions, avec 10 pour cent pour certains gynécologues et 20 pour cent pour d'autres gynécologues, on n'en aura jamais fini avec cette différenciation.

Je vous invite donc à ne pas soutenir ce modèle et à rejeter la proposition de la minorité Schenker Silvia, puisque celle-ci présente un modèle qui n'est pas celui qui a été choisi.

Un réseau de soins n'est pas nécessairement un réseau composé uniquement de médecins généralistes. Il y a des médecins généralistes, mais aussi des gynécologues, des psychiatres, des neurologues. Et, en tant que client de ce réseau, on paiera une quote-part identique pour tous ces médecins, la taxe d'entrée sera la même – ce sera la taxe la plus basse, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un médecin de famille ou d'un spécialiste. Je vous prie donc de ne pas faire de confusion entre ces deux modèles.

Finalement, je vous invite aussi à rejeter la proposition de la minorité Goll, qui prévoit, à l'article 64 alinéa 3, de fixer le montant maximal de la quote-part à 700 francs. La majorité de la commission estime qu'il appartient au Conseil fédéral de fixer le montant de la quote-part, comme c'est d'ailleurs le cas aujourd'hui. Le Conseil fédéral a fait un usage tout à fait raisonnable au cours des quinze dernières années de ce pouvoir qui lui a été donné par le Parlement. Laissons-lui encore cette tâche, en lui demandant tout simplement de baisser de moitié le montant maximal de la quote-part pour les gens qui sont dans des réseaux de soins intégrés et de fixer une quote-part qui soit raisonnable.

Il faut quand même avoir confiance dans le Conseil fédéral: jusqu'à présent, il a fait un travail tout à fait raisonnable en ce qui concerne cette tâche. Laissons-lui le soin d'assumer cette tâche; si on commence à vouloir tout fixer au niveau de la loi, on ne laisse aucune marge de manoeuvre au Conseil fédéral.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à suivre la majorité.

Abs. 2 – Al. 2

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Der Antrag der Minderheit Rossini wurde zugunsten des Antrages Steiert zurückgezogen.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4213)

Für den Antrag der Mehrheit ... 109 Stimmen

Für den Antrag Steiert ... 57 Stimmen

Abs. 2bis – Al. 2bis

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 2ter – Al. 2ter

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4214)

Für den Antrag der Minderheit ... 55 Stimmen

Dagegen ... 111 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4215)

Für den Antrag Steiert ... 63 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 43 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4216)

Für den Antrag der Mehrheit ... 107 Stimmen

Für den Antrag Steiert ... 60 Stimmen

Abs. 6, 7 – Al. 6, 7

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. Ibis Ziff. 2

Antrag der Mehrheit

Abs. 2

Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko ist der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Art. 39) im Vorjahr, der länger als drei Tage dauerte, und die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten massgebend.

Abs. 5

Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich unter Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherten. Er umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher, bezeichnet die Ausnahmen und legt weitere Indikatoren, die die Morbidität abbilden, fest.

Antrag der Minderheit

(Borer, Baettig, Bortoluzzi, Estermann, Füglistaller, Müri, Parmelin, Scherer, Triponez)

Abs. 2, 5

Unverändert

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Baettig, Borer, Estermann, Füglistaller, Müri, Parmelin, Scherer, Triponez)

Abs. 8

Der Risikoausgleich wird auf 8 Prozent des Prämienvolumens der Grundversicherung begrenzt.

Antrag Füglistaller

Abs. 2

Unverändert

Schriftliche Begründung

Der neue Risikoausgleich, der die Einführung eines Morbiditätsfaktors, nämlich des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim über drei Tage, vorsieht, wird auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Erhöht man innerhalb des Risikoausgleichs die Anzahl der Kriterien, wird dadurch einerseits der Wettbewerb unter den Versicherern geschwächt, und andererseits werden die von den Versicherern getragenen Kosten zunehmend ausgegli-

chen. Konsequenz daraus ist, dass das durch den Risikoausgleich neu zu verteilende Finanzvolumen stetig steigt. Ein Risikoausgleich, der wie ein Kostenausgleich wirkt, führt unvermeidlich zu einer vollkommenen Vereinheitlichung der Versicherungsprämien.

Die übermässige Anpassung des Risikoausgleichs zieht bloss eine Gleichgültigkeit des Versicherers bezüglich der Kosten nach sich. Aufgrund der neugeschaffenen Fehl-anreize besteht durchaus die Gefahr, dass die Versicherer ihre Anstrengungen im Bereich der Kostenkontrolle, welche jährlich Einsparungen von über 2,5 Milliarden Franken zur Folge haben, einschränken. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs bringt keine Vorteile, weder für die Versicherten noch in Bezug auf die Kostenentwicklung.

Der vorliegende Antrag zielt darauf ab, zunächst einmal die Auswirkungen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft tretenden Risikoausgleichs abzuwarten, bevor weitere Kriterien definiert und eingeführt werden.

Ausserdem ist es besonders wichtig, dass, wenn neue Kriterien hinzugefügt werden, auf eine klare und präzise Definition dieser Kriterien geachtet wird, dies in Anbetracht der hohen Beträge, welche im Rahmen des Risikoausgleichs unter den Versicherern verschoben werden, und aufgrund einer sonst drohenden Rechtsunsicherheit.

Im Übrigen ist es ebenfalls entscheidend, dass die geeigneten Kriterien vom Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern festgelegt werden.

Ch. Ibis ch. 2

Proposition de la majorité

Al. 2

Les critères déterminant le risque de maladie élevé sont un séjour de plus de trois jours effectué dans un hôpital ou dans un établissement médicosocial (art. 39) l'année précédente ainsi que la morbidité des assurés déterminée au moyen d'indicateurs appropriés.

Al. 5

Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution relatives à la compensation des risques de manière que les assureurs soient incités à continuer de gérer l'assurance de façon économique. Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médicosocial déterminants pour la compensation des risques, désigne les exceptions et définit d'autres indicateurs de la morbidité.

Proposition de la minorité

(Borer, Baettig, Bortoluzzi, Estermann, Füglistaller, Müri, Parmelin, Scherer, Triponez)

Al. 2, 5

Inchangé

Proposition de la minorité

(Bortoluzzi, Baettig, Borer, Estermann, Füglistaller, Müri, Parmelin, Scherer, Triponez)

Al. 8

La compensation des risques est limitée à 8 pour cent du volume des primes de l'assurance de base.

Proposition Füglistaller

Al. 2

Inchangé

Borer Roland F. (V, SO): Wenn man den Risikoausgleich differenzieren und verfeinern will, braucht es gewisse Anpassungen und Indikatoren. Die Minderheit fragt sich aber, wie wir dies auf der Basis der Mehrheitsentscheide in die Wege leiten wollen. Das Problem ist ja eigentlich die Mechanik der Festlegung der Prämien für das folgende Jahr und die Mechanik für die Transferzahlungen vom einen Krankenversicherer zum andern, also vom Krankenversicherer, der bessere Risiken hat, zum Krankenversicherer, der schlechtere Risiken hat.

Auf dem Papier sehen die Mehrheitsanträge ganz logisch aus und sind nachvollziehbar. Wenn Sie aber schauen, wie heute die Prämienberechnung stattfindet und wo hier Ände-

rungen kommen, sieht es wie folgt aus: Der Krankenversicherer muss im Jahre x, sagen wir im Jahre 2010, bis etwa Ende März festlegen, wie die Krankenversicherungsprämien für das Jahr 2011 aussehen. Fakt ist, dass bis plus/minus 10 Prozent der Prämienleistungen dazu benutzt werden, Transferzahlungen zu machen. Das BAG wird dann bis ungefähr im Juni 2010 die Prämien überprüfen und anpassen. Dann haben wir die restlichen sechs Monate eines Jahres, in denen wir total in Ungewissheit sind, und genau dieser Unsicherheitsfaktor wird dazu führen, dass der Risikoausgleich nicht sauber berechnet werden kann. Sie müssen also, wenn Sie für die Berechnung allein auf das Vorjahr abstellen wollen, auf der Datenmenge von drei Monaten und auf den Daten der vorhergehenden Jahre basieren, um die Prämien der Zukunft zu berechnen. Ich weiss, das BAG hat wahrscheinlich einige Hellseherinnen und Hellseher angestellt, die uns eben dann sagen können, was diesbezüglich passiert.

Wenn wir uns nicht grundsätzlich überlegen, wie die Fristen für das Einreichen der Prämienvorschläge sind, wenn wir uns nicht grundsätzlich überlegen, auf welcher Datenbasis der vorhergehenden Jahre wir basieren wollen, und hier Anpassungen machen, werden wir immer grössere Ungenauigkeiten in der Prämienkalkulation haben. Es sind Ungenauigkeiten, die zum Teil – ich sage nicht vollständig, aber zum Teil – darauf beruhen, dass eben die Risiken nicht genau beurteilt und berechnet werden können.

Aus diesen Gründen und nur aus diesen Gründen sind wir der Meinung, dass diese Anträge, wie sie hier die Mehrheit stellt, abgelehnt werden sollten, dass sich vor allem der Begriff «im Vorjahr» auf eine saubere Kalkulation negativ auswirken wird und dass immer mehr Krankenversicherer, und zwar diejenigen Krankenversicherer, die Zahler sind, in Schiefelage geraten könnten. Das ist der Grund, weswegen wir dieses System so, wie es sich präsentiert, ablehnen werden.

Es geht nicht um eine Ablehnung des Risikoausgleichs an sich. Wir haben mittlerweile akzeptiert, dass die Mehrheit in diesem Rat schlussendlich einen Risikoausgleich will, damit leben wir. Aber auf dieser Basis, die hier festgelegt wird, auf dieser Basis einer verwaltungsinternen Kaffeesatzleserei ist es unmöglich, einen Risikoausgleich sauber zu berechnen. Wenn die Verwaltung hier auf den hinteren Sitzen den Kopf schüttelt und wenn man von einem Risikoausgleich von plus/minus 10 Prozent der Prämien spricht, dann bitte ich die Verwaltung nachher, wenn Herr Bortoluzzi seine Minderheit vertritt, ihren Bundesrat dahingehend zu beeinflussen, dass er dem Antrag, den Risikoausgleich auf 8 Prozent des Prämienvolumens zu beschränken, zustimmt. Dann wäre das ja eigentlich auch kein Problem. Andernfalls erachte ich dieses Kopfschütteln als Unwissenheit der Verwaltung, wie heute Prämien kalkuliert und wie heute Prämien berechnet werden müssen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Wer auf die Notwendigkeit eines Risikoausgleichs hinweist, gesteht ja eigentlich ein Stück weit ein, dass er nicht so recht an die bestehende Gesetzgebung und deren Funktionstüchtigkeit glaubt. Nicht wahr, es gibt Zulassungsgrundlagen für Versicherer, und es gibt Zulassungsgrundlagen für Leistungserbringer: Die einen sollten den Zugang von Versicherten vorbehaltlos gewähren, und die anderen, die Leistungserbringer, sollten vorbehaltlos eine qualitativ gute Versorgung gewährleisten. Das müsste eigentlich überprüft werden, und wenn festgestellt wird, dass diesen Grundsätzen widersprechendes Verhalten vorliegt, gibt es eine Verwarnung, oder die Betroffenen müssen vom System ausgeschlossen werden, weil sie sich nicht an die gesetzlichen Grundlagen halten. Das wäre das richtige Vorgehen.

Kollege Borer hat schon darauf hingewiesen: Der Risikoausgleich ist schon so in den Köpfen, dass es unvermeidbar scheint, ihn zuzulassen, und ein Verzicht darauf scheint, obwohl es das Naheliegende wäre, nicht mehr möglich zu sein. Wenn man nun aber feststellt, dass der bestehende Risikoausgleich nicht oder ungenügend funktioniert, dann müsste

er eigentlich durch einen effektiv neuen Risikoausgleich ersetzt werden, der sich an den wirklich teuren medizinischen Fällen orientiert und da bei den Kassen den Ausgleich sucht. Ich bezweifle auch dann, ob mit diesen Massnahmen eine grosse und bedeutende Verbesserung des Systems drinliegt. Es ist ja übrigens, wenn man sich immer wieder mit diesen Fragen auseinandersetzt, auch interessant festzustellen, wie vielfältig die, möchte ich sagen, dutzendweisen Vorschläge sind, die einen neuen Risikoausgleich mit allen möglichen Varianten fordern.

Aus meiner Sicht sollte die Umsetzung des Risikoausgleichs den Kassen, der Verwaltung und dem Bundesrat überlassen werden. Dabei dürfte ein gewisses Volumen, gemessen an der Gesamtsumme der Prämien, nicht überschritten werden – darum mein Minderheitsantrag. Ich beantrage Ihnen hier einmal, diesen Anteil bei 8 Prozent festzulegen. Das entspricht in etwa dem heutigen Prämienvolumen, das zum Ausgleich benutzt wird: 8 Prozent der gesamten Summe. Alles, was über diese Summe hinausgeht, betrachte ich als Kostenausgleich. Ein Kostenausgleich ist letztlich ein Schritt zur Einheitskasse, zu einer Einheitskasse, die ja von der Bevölkerung recht deutlich abgelehnt wurde. Dies führt dazu, dass ein Wettbewerbselement mehr ausgeschaltet wird.

Der Risikoausgleich darf durchaus eingeführt werden. Er soll sich aber an den teuren medizinischen Fällen orientieren; das ist die Voraussetzung. Die bestehenden, nichtfunktionierenden Elemente sollen nicht einfach belassen und dann die neuen darauf aufgebaut werden. Das führt zu einer insgesamt wesentlich grösseren Umverteilung der Prämien, die bezahlt werden, und letztlich, wenn das Volumen zu gross wird, zu einem Kostenausgleich, der den Kassen die Wettbewerbsgrundlage entzieht und damit letztlich zu einer Einheitskasse führt.

Ich bitte Sie also, meinem Minderheitsantrag die Zustimmung zu geben.

Rossini Stéphane (S, VS): Je me prononce ici sur la minorité Borer concernant la compensation des risques et je vous invite à rejeter cette proposition.

Dans notre système de santé, nous sommes confrontés à la particularité d'avoir une organisation de caisses-maladie qui sont en concurrence – ou que l'on croit être en concurrence –, sur un pseudo-marché. Pour maintenir dans ce contexte un peu de solidarité, nous avons introduit en 1996 la compensation des risques, qui visait tout simplement à éviter les différences de structure des effectifs d'assurés dans les caisses, en fonction du nombre de personnes âgées et du nombre de femmes. On a donc introduit ces critères pour procéder à une compensation des risques entre les caisses qui avaient plus d'assurés âgés et celles qui en avaient moins, c'est-à-dire entre les caisses qui avaient plus de coûts et celles qui en avaient moins.

Nous avons, depuis 1996, pu découvrir les effets pervers qui étaient cachés derrière ces systèmes; et nous avons pu découvrir que cette compensation des risques, avec ces critères de structure des effectifs, par sexe et par âge, n'empêchait pas les assureurs de pratiquer une sélection des risques. Les assureurs – et c'est aussi un autre particularisme de la Suisse – procèdent à un doux mélange des genres, puisqu'ils proposent des assurances sociales obligatoires pour les soins, sans pouvoir en retirer de profit, et simultanément des assurances complémentaires privées, dont ils peuvent tirer profit.

Nous avons largement débattu de ces éléments-là, de ces effets pervers et nous avons, dans un deuxième temps, en prorogant le système de la compensation des risques – qui était prévu initialement pour une durée limitée, pour préparer les caisses à la concurrence –, complété ensuite ces structures des effectifs d'assurés par un critère lié au séjour dans un hôpital. Cette dernière modification amène de facto à ancrer définitivement le système de la compensation des risques dans la pratique.

Dans cette logique, si on veut une compensation des risques, il faut pousser le raisonnement jusqu'au bout et mettre sur pied une compensation des risques qui soit réelle, qui

tienne véritablement compte de la structure de l'effectif des assurés, non seulement en tenant compte du sexe et de l'âge, non seulement en tenant compte du critère lié au séjour dans un hôpital l'année précédant la compensation, mais aussi – et c'est la proposition de la majorité de la commission – du critère lié à la morbidité des assurés.

Le critère de morbidité est complexe et il faudra l'affiner, le traduire dans un indicateur, ce qui ne pourra évidemment pas être fait dans le cadre de la loi. Mais le critère de morbidité est censé amener véritablement une objectivité dans l'appréciation de la compensation entre les différentes caisses-maladie. A partir du moment où on veut cette compensation des risques, il faut se donner les moyens d'avoir une compensation des risques objective qui tende le plus possible vers l'exhaustivité et la pertinence.

Par conséquent, je vous invite à soutenir la proposition de la majorité de la commission, qui va dans ce sens, et à rejeter celle de la minorité Borer.

Baettig Dominique (V, JU): Dans cette intervention, il m'appartient de défendre les propositions des minorités Borer et Bortoluzzi qui visent à freiner l'extension du catalogue définissant la compensation des risques et à en limiter le volume. Le modèle des soins gérés ou intégrés – je n'aime pas dire «managed care» parce que ce mot anglais fait peur; on y voit des gestionnaires américains à l'oeuvre – suscite beaucoup d'espoirs dans la classe politique pour résoudre le problème de la croissance des coûts de la santé et bien sûr celui de leur répercussion sur les primes des caisses-maladie.

Je crois que l'idée est excellente, que l'intention est bonne, mais on dit aussi que l'enfer est pavé de bonnes intentions. Il est important que les usagers et les prescripteurs de soins prennent conscience de la question des coûts. Je pense que donner la responsabilité budgétaire à la base, rendre les assurés conscients des coûts et de quotes-parts différenciées est une bonne chose. Où les choses se gâtent, c'est lorsqu'il s'agit de mettre en marche un certain nombre d'incitations. A mon avis, c'est là qu'on met en marche un système qui va avoir des effets contraires. Tout à l'heure, on a discuté des quotes-parts différenciées, on a aussi discuté du montant maximal de la quote-part et on voit déjà les problèmes qui risquent de se poser entre les différentes spécialités médicales.

Il est évident, quoi qu'on en dise, que le système de «managed care» représente pour l'assuré un effort de rationnement, une contrainte. Le processus de «managed care», pardonnez-moi cette image, est un peu semblable au travail des guerriers Jivaros qui veulent réduire la tête de leurs adversaires, tout en leur expliquant qu'elle sera de meilleure qualité une fois qu'elle sera réduite.

On sent bien dans le public et chez les médecins qu'il y a une hésitation à entrer dans ces magnifiques réseaux de soins intégrés, si bien gérés et où les soins sont d'une si grande qualité. On le sait, et c'est pour ça qu'il y a des incitations qui doivent être faites, il faut justement inciter les gens à y adhérer. On voit bien que les gens ne vont pas spontanément dans un système qui ressemble un peu à une trappe à souris où ils seront prisonniers et qui leur rendra difficile l'accès aux spécialistes, où ils auront peut-être des contraintes par rapport aux soins dont ils voudront bénéficier. Or on les pousse à entrer là-dedans!

Je n'entrerai pas en matière sur les premières mesures incitatives, mais je parlerai plutôt du problème de la compensation des risques. Je pense que le système de la compensation des risques est un moyen pour essayer de donner de la souplesse au système, qui pourrait aller dans le sens contraire à celui souhaité par les gens qui veulent le «managed care». Ainsi, on arrive de nouveau à biaiser, à modifier les choses en définissant des critères de risques qui sont extrêmement vagues: l'âge, le sexe, le fait d'avoir été hospitalisé trois jours ou encore de nouveaux critères qui devraient être introduits.

J'ai l'impression que l'effort qui est fait est mal compensé par cette définition des indicateurs de morbidité. C'est la raison

pour laquelle il est important qu'une limite soit fixée, que les critères soient définis de la manière la plus restrictive possible. La proposition de la minorité Bortoluzzi vise à limiter la compensation des risques à 8 pour cent du volume des primes de l'assurance de base; c'est le montant national annuel en moyenne.

Donc, il est important de mettre en place ce système et je vous recommande vivement de soutenir les propositions des minorités Borer et Bortoluzzi.

Gilli Yvonne (G, SG): Bei der Frage des Risikoausgleichs wird sich das wahre Gesicht der Parlamentarier in diesem Rat zeigen. Es gibt nämlich niemanden ausser den Privatversicherern und Betriebswirtschaftlern der Krankenkassen, der die Gesundheitspolitik sachlich verfolgt und heute noch versucht, einen besseren Risikoausgleich zu verhindern. Was ihnen jetzt gerade vorgetragen wurde, entspricht nicht der Wahrheit. Der Wahrheit entspricht es, dass es immer noch Vertreter der Kassen gibt, die an der Jagd nach guten Risiken interessiert sind, an der Jagd nach jungen Patienten, weil so billige Kassenangebote gemacht werden können, weil damit lukrative Privatversicherungen abgeschlossen werden können. Dies führt aber zur Entsolidarisierung der Versicherten, es führt dazu, dass die Kassen ausgehöhlt werden, dass nur günstige Prämien erhalten kann, wer jung und gesund ist, dass Alte und Chronischkranke immer mehr und immer höhere Prämien bezahlen müssen.

Heute haben wir einen schlechten Risikoausgleich, deswegen haben wir eine fortschreitende Entsolidarisierung, und deswegen besteht die Gefahr, dass in Managed-Care-Netzwerken nur Gesündere kollektiv versichert werden. Weil die Krankenkassen diesen eine Prämienermässigung anbieten müssen, ziehen sie sie auch mit geschickten Lockvogelangeboten für Jugendliche an, inklusive wunderbarer Geschenke wie Handys. Heute haben wir als Risikoausgleich nur das Alter und das Geschlecht, und das ist absolut ungenügend. In Zukunft, so haben wir beschlossen, werden wir noch die Hospitalisation im Vorjahr, die länger als drei Tage dauerte, als Kriterium berücksichtigen können; damit wird der Risikoausgleich etwas besser.

Wir möchten den Risikoausgleich jetzt wirklich der Realität entsprechend umsetzen. Dazu brauchen wir zusätzliche Indikatoren, die uns einen Hinweis über das kostenrelevante Krankheitsrisiko der Patientinnen und Patienten geben. Wir nennen diese «Morbiditätsindikatoren». Man kann sie entweder Medikamentengruppen entnehmen, die Patienten oder Patientinnen zur Behandlung benötigen, oder man kann sie aufgrund der Krankendiagnosen oder aufgrund von Mischrechnungen berechnen.

Dass dieser Risikoausgleich nicht effizient umgesetzt werden kann und nicht funktioniert, entspricht nicht der Wahrheit. Aber der Risikoausgleich bewirkt, dass dieses strukturelle Defizit, wonach Kranke teuer und Gesunde billig versichert werden, nicht mehr besteht, weil eben Krankenkassen mit teuren Versicherten von Krankenkassen, die junge, gesunde, günstige Versicherte haben, Ausgleichszahlungen bekommen werden. Das wünschen wir uns alle, und wir haben jetzt die Gelegenheit, das im Rahmen dieses Managed-Care-Gesetzes umzusetzen. Es ist die eigentliche Essenz, ohne von Anreizen zu sprechen, ohne von Bestrafungsaktionen zu sprechen. Es ist eine Korrektur eines Fehlers im System, die bewirkt, dass kranke, chronischkranke, teure Patientinnen und Patienten versicherungstechnisch nicht mehr benachteiligt werden können, dass auch sie Zugang zu Managed-Care-Netzwerken haben, dass sie von Krankenkassen nicht mehr abgewimmelt werden, nur weil sie aufgrund der hohen Kosten uninteressant sind.

Wir wissen es alle: Es ist nicht das unverantwortliche Verhalten der Schweizer und Schweizerinnen, das uns grosse Kostensteigerungen beschert, sondern es sind die hohen Kosten einer fortschrittlichen Behandlung. Denn 80 Prozent der Kosten werden durch chronische Leiden verursacht; diese können nicht einfach nur mit der Devise «mehr Selbstverantwortung» getragen werden. Die meisten Kosten fallen für die letzten Wochen und Monate vor dem Tod an. Auch hier ste-

hen wir vor grossen ethischen Fragen. Es ist wichtig, dass wir die Behandlungsqualität in diesen teuren Bereichen durch eine gute Koordination und nicht durch eine wirtschaftliche Selektion steuern können.

Kleiner Marianne (RL, AR): Die FDP-Liberale Fraktion unterstützt die Mehrheit bei Absatz 2 und bei Absatz 5. Ich spreche zu beiden Absätzen.

Ich bin nicht immer hundertprozentig einig mit Kollegin Gilli. Doch diesmal, muss ich sagen, hat sie mir aus dem Herzen gesprochen. Ich möchte das, was sie gesagt hat, noch einmal kurz zusammenfassen. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs durch die Ergänzung mit geeigneten Indikatoren zur Abbildung der Morbidität ist für Managed Care zentral und die Voraussetzung schlechthin, dass Managed Care funktionieren kann. Es muss für Managed-Care-Modelle wie auch für Versicherer attraktiv werden, Kranke zu behandeln anstatt Gesunde. Vergessen Sie nicht: Managed-Care-Modelle haben eine Budgetverantwortung. Ohne verfeinerten Risikoausgleich wird es passieren, dass gerade alte Menschen, Kranke, polymorbide Patienten wenn irgendwie möglich von diesen Netzen abgewimmelt werden, weil deren Behandlungen zu teuer wären. Dabei sind es genau diese Patientinnen und Patienten, die von einem Netz am meisten profitieren würden, weil sie umfassend und koordiniert, ohne Doppelspurigkeiten, ohne Zweigleisigkeiten, behandelt würden. Last, but not least wären dort die grössten Kosteneinsparungen möglich.

Die Fassung der Mehrheit ist wiederum eine Präzisierung des geltenden Rechts. Nicht nur der Aufenthalt in einem Spital oder im Pflegeheim zählt, sondern es wird auch auf Ausnahmen und weitere Indikatoren der Morbidität abgestellt.

Kollege Bortoluzzi fragt, ob der Risikoausgleich nicht noch mehr auf Krankheiten ausgedehnt werden sollte. Diese Frage ist berechtigt. Aus dieser Logik heraus müsste Kollege Bortoluzzi aber der jetzigen Form des Risikoausgleichs zustimmen, die einen Schritt in die richtige Richtung darstellt; zusätzlich gibt Absatz 5 dem Bundesrat den Auftrag, weitere Indikatoren, welche die Morbidität abbilden, festzulegen. Ich bitte Sie deshalb, diesem einen Kernstück der Vorlage, die wir momentan beraten, in der Fassung der Mehrheit zuzustimmen.

Weibel Thomas (CEg, ZH): CVP, EVP und Grünliberale sind überzeugt, dass der Risikoausgleich verbessert werden muss. Deshalb werden wir in allen angesprochenen Teilen mit der Mehrheit stimmen. Die Details sind von meinen Vorrednerinnen sehr gut erklärt worden, deshalb sage ich nur noch wenig.

Zum verbesserten Risikoausgleich: Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs bedeutet, dass zusätzlich zu den bereits bisher angewandten Kriterien andere Kriterien wie Spitalaufenthalt oder Aufenthalt im Pflegeheim beigezogen werden müssen. Das ist eben das bereits beschriebene kostenrelevante Krankheitsrisiko oder, so der Fachbegriff, der Morbiditätsfaktor. Es wurde mehrfach gesagt, dass mit einem besseren Risikoausgleich die Jagd nach guten Risiken seitens der Versicherer etwas gebremst wird. Ich mache mir keine falschen Hoffnungen, ganz ausschliessen kann man das nicht. Aber es ist ein Akt der Solidarität, einen möglichst guten Risikoausgleich einzuführen, um eben dafür zu sorgen, dass sich niemand ungerechtfertigt einen Vorteil verschaffen kann.

Für das ganze System des schweizerischen Gesundheitswesens ist es äusserst wichtig, dass sich gerade die Chronischkranken und die Pflegebedürftigen den Netzwerken anschliessen. Dies ist für die Betroffenen aber nur dann interessant, wenn der Risikoausgleich tatsächlich eingeführt wird. Der Risikoausgleich ist sehr wichtig.

Mit seiner Minderheit will Kollege Bortoluzzi dieses Werkzeug gleich aushebeln. Denn das ist die Folge, das ist die Wirkung, wenn wir einen Plafond bei 8 Prozent setzen. Das ist, wie wenn Sie eine Kuh schlachten wollten, aber nur ein Sackmesser haben; dann kommen Sie nie zum Ziel. Deshalb ist der Antrag der Minderheit Bortoluzzi abzulehnen,

wie alle anderen Minderheitsanträge auch. Ich hoffe, Sie folgen der Empfehlung der CVP/EVP/glp-Fraktion.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Il n'y a pas qu'en football qu'il faut faire de bons résultats. Si l'on veut faire de bons résultats sur ce projet de loi, il faut fixer une ligne politique durable en matière de compensation des risques. C'est important pour l'ensemble du système. C'est aussi important pour les assureurs eux-mêmes, de manière à ce qu'ils sachent clairement ce qui se fera les prochaines années.

Nous pensons qu'il est indispensable d'affiner la compensation des risques pour deux raisons: premièrement, pour orienter la concurrence là où elle est le plus utile, c'est-à-dire en particulier dans le domaine de la qualité et de l'innovation; deuxièmement, pour donner un élan aux engagements en faveur des programmes pour maladies chroniques. En cela, le projet de la majorité de la commission nous convient très bien puisqu'il permet de clarifier les intentions en matière de compensation des risques.

Les deux propositions de minorité devraient être rejetées.

Herr Borer, Sie haben gesagt, die Versicherer hätten dem BAG die Prämien bis zum März mitzuteilen. Das ist nicht richtig. Das muss bis zum Juli geschehen. Auch ist es nicht so kompliziert, wie Sie es gesagt haben.

J'aimerais préciser que, de toute manière, nous faisons des tests actuellement avec les assureurs pour la partie qui concerne les séjours hospitaliers, pendant deux ans, pour trouver les meilleures solutions.

La majorité de la commission vous propose d'élargir la compensation des risques par un facteur de morbidité et de laisser le soin au Conseil fédéral de définir ce facteur. C'est la meilleure solution. Là aussi nous travaillerons avec les partenaires pour chercher ce qui convient le mieux et ce qui peut être fait le plus vite possible, de manière à avoir sur la durée une situation parfaitement claire en matière de compensation des risques.

Concernant la proposition de la minorité Bortoluzzi qui souhaite limiter la compensation des risques à 8 pour cent du volume des primes de l'assurance de base, cela voudrait dire, en fait, que l'on ne pourrait pas affiner la compensation des risques puisque, dans la situation actuelle déjà, nous sommes à 7,3 ou 7,4 pour cent. Dès que nous ajouterons le facteur de compensation des risques relatif au séjour hospitalier, nous dépasserons ces 8 pour cent, et ce facteur a déjà été décidé par le Parlement. Si nous y ajoutons encore un facteur lié à la morbidité, nous serons largement au-delà de ces 8 pour cent. Si vous souhaitez que la compensation des risques soit affinée, vous ne pouvez pas adopter la proposition de la minorité, à l'alinéa 8, qui prévoit de limiter à 8 pour cent, parce que cela a, de facto, pour conséquence de rendre absolument impossible toute nouvelle compensation des risques.

Je vous demande donc d'adopter la proposition de la majorité.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 15 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung, auch bei der Verfeinerung des Risikoausgleichs der Kommissionmehrheit zu folgen.

Wir wollen mit Managed Care vor allem auch erreichen, dass kranke, polymorbide Menschen in die Netzwerke gehen. Das bedeutet, dass sowohl die Leistungserbringer einerseits wie auch die Krankenversicherer andererseits ein Interesse daran haben müssen, optimale Behandlungskonzepte anzubieten. Dies wiederum bedingt eine bessere Ausgestaltung des Risikoausgleichs. Der Risikoausgleich ist ein entscheidender Faktor, ob Managed Care ein Erfolg werden wird oder nicht.

Mit der neuen Spitalfinanzierung wurde der Risikoausgleich mit dem Spitalfaktor ergänzt. Diese Verbesserung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Es zeigt sich nun aber, dass die Verfeinerung für den ambulanten Bereich nicht ausreicht. Immer mehr Leistungen, auch kostenintensive, können ambulant durchgeführt werden, was volkswirtschaftlich auch sinnvoll ist. Diese Entwicklung darf nicht gestoppt, sondern muss ge-

fördert werden. Dazu braucht es eben einen verbesserten Risikoausgleich.

Die Kommissionmehrheit beantragt Ihnen also, dass der Bundesrat einen zusätzlichen Morbiditätsindikator definiert. Im Moment werden es voraussichtlich die Medikamentenkosten sein, weil wir in unserem Land ja leider keine weitergehenden verlässlichen diagnostischen Daten haben. Die Umsetzung dieses Risikoausgleichs ist zweifellos keine einfache Sache. Es wird Sache der Krankenversicherer sein, diese Aufgabe zusammen mit der Verwaltung anzupacken. Herr Borer, was eine schwierige Aufgabe ist, ist keine unmögliche Sache.

Ich bitte Sie daher, den Minderheitsantrag beziehungsweise die Minderheitsanträge Borer abzulehnen.

Herr Füglistaller beantragt mit seinem Einzelantrag, dass die bisherige Fassung im Gesetz bleibt, dass also der Risikoausgleich einzig mit dem Spitalfaktor ergänzt wird. Ich muss Sie bitten, auch das abzulehnen. Die klare Kommissionmehrheit will eine Verfeinerung hinsichtlich einer Stärkung des ambulanten Bereiches.

Ich muss Sie auch bitten, den Minderheitsantrag Bortoluzzi abzulehnen. Wir können den Risikoausgleich nicht inhaltlich ausbauen und ihn gleichzeitig finanziell wieder stoppen. Dazu eine grundsätzliche Bemerkung: Ein gut funktionierender Risikoausgleich ist keine Behinderung, sondern ist eine primäre Voraussetzung für das Funktionieren des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Abschliessend noch eine Bemerkung zur Schelte an die Adresse der Krankenversicherer, die erteilt worden ist: Diese muss relativiert werden. Wir haben inzwischen vernehmen dürfen, dass sich der Dachverband der Krankenversicherer, Santésuisse, für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs ausgesprochen hat. Die Frage ist da vielmehr: In welchem Zeitraum ist ein guter, verfeinerter Risikoausgleich umsetzbar?

Zusammenfassend bitte ich Sie, auch beim Risikoausgleich der Kommissionmehrheit zu folgen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: Les assureurs assurent, c'est leur boulot. Ils calculent le risque individuel et ils établissent la prime à payer pour couvrir ce risque. Cela, Monsieur Bortoluzzi, c'est le marché. Mais la LAMal a un but de politique sociale qui est celui de garantir à tout le monde l'accès à des soins de qualité. Les assureurs n'ont donc pas la possibilité de calculer des primes en fonction du risque associé à l'individu. Ils établissent des primes politiques, ce qui fait que la seule voie qu'on leur laisse libre, c'est celle d'aller chercher les patients qui coûtent peu, ceux qu'on appelle les «bons risques».

Dès le départ, nous savions que ce danger existait; dès le départ, nous avons voulu éviter le risque de la sélection des patients «bon marché». Mais jusqu'ici nous avons utilisé une méthode insuffisante, qui ne tient compte que de trois critères: le sexe, l'âge et la région où habite l'assuré. C'est donc une lacune politique qui explique la chasse aux bons risques, et non pas une faiblesse, une maladresse des assureurs. Nous sommes la cause de ce problème, car c'est un problème politique. C'est donc à nous de corriger cette lacune structurelle de la loi. Le fait d'affiner la compensation des risques est une condition sine qua non, centrale, vitale pour le succès de la réforme du «managed care».

Jusqu'à il y a peu de temps, un an et demi à peu près, une bonne partie du monde des assureurs luttait encore contre l'affinement de la compensation des risques. Même le Conseil fédéral n'en était pas convaincu, alors que les médecins en parlaient depuis de longues années. Maintenant, semble-t-il, tout le monde a compris que cette lacune politique doit être corrigée. Je vous invite à la corriger aujourd'hui, dans cette salle. C'est l'occasion que nous avons de donner une chance à cette révision de la loi.

Veillez donc soutenir la majorité de la commission. La commission, par 15 voix contre 10, a clairement choisi d'affiner la compensation des risques. Rejetez donc la proposition de la minorité Borer aux alinéas 2 et 5, qui visent à biffer la dis-

position qui introduit l'affinement de la compensation des risques.

Je vous prie de rejeter aussi la proposition Füglistaller qui, elle, vise à maintenir l'amélioration de la compensation des risques telle que le Parlement l'avait décidée en décembre 2007, mais qui est toujours insuffisante. Nous devons donc ajouter à l'amélioration que nous avons déjà décidée et qui entrera en vigueur au 1er janvier 2012 – ça, c'est déjà décidé, ce n'est plus à décider – un autre critère, celui de la morbidité, un mot un peu complexe qui ne signifie rien d'autre que la charge de maladie dans un collectif. Un assureur qui a 1000 patients en bonne santé aura beaucoup moins de charges qu'un assureur qui a 1000 diabétiques avec une insuffisance cardiaque, car il est évident que ces patients coûtent beaucoup plus cher. Alors, si l'assureur veut garantir les mêmes primes d'assurance-maladie aux uns et aux autres, il lui faut des mécanismes de compensation des risques.

Je vous prie donc de soutenir la majorité et de rejeter la proposition de la minorité Borer et la proposition Füglistaller.

La dernière remarque que je voudrais faire – ce qui n'est pas facile dans cette ambiance euphorique à cause du football, mais je me réjouis aussi si la Suisse a marqué un but – est liée à la proposition de la minorité Bortoluzzi qui prévoit que la compensation des risques est limitée à 8 pour cent du volume des primes de l'assurance de base. Cette limitation à 8 pour cent signifie: «On décide de compenser les risques, mais concrètement on ne fait rien du tout.»

Je me réjouis que le conseil suive la majorité – et aussi du but marqué par la Suisse.

Präsidentin (Bruderer Wyss Pascale, Präsidentin): Ich glaube, ich brauche den Resultateservice gar nicht mehr zu machen: Die Schweiz führt bei der Fussballweltmeisterschaft 1:0 gegen Spanien! (*Beifall*)

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4217)

Für den Antrag der Mehrheit ... 121 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit/Füglistaller ... 53 Stimmen

Abs. 5 – Al. 5

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 8 – Al. 8

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4218)

Für den Antrag der Minderheit ... 57 Stimmen

Dagegen ... 118 Stimmen

Ziff. Iter

Antrag der Mehrheit

Titel

Übergangsbestimmungen

Abs. 1

Die Versicherer haben die Versicherungsformen nach Artikel 41c innert drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich anzubieten.

Abs. 2

Die Umsetzung der Regelung nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c erfolgt drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung. Soweit in gewissen Regionen vor diesem Zeitpunkt das Angebot eines oder mehrerer integrierter Versorgungsnetze nach Artikel 41c besteht, bestimmt der Bundesrat nach Anhörung der Kantone, dass sich in diesen Regionen die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c richtet.

Abs. 3

Während der dreijährigen Einführungsphase führt der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungs-

erbringern und Kantonen eine Evaluation über die Durchführung und die Wirkungen dieser Änderung durch. Hat die Änderung nicht zu einem flächendeckenden Angebot von integrierten Versorgungsnetzen geführt, schlägt der Bundesrat dem Parlament weitere Massnahmen vor.

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Baettig, Borer, Estermann, Füglistaller, Humbel Näf, Müri, Parmelin, Scherer, Wehrli)

Abs. 4

Der Zulassungsvertrag für Leistungserbringer tritt drei Jahre nach Inkraftsetzung der Vorlage zu integrierten Versorgungsnetzen (04.062 KVG. Teilrevision. Managed Care, Teil 1) in Kraft.

Ch. Iter

Proposition de la majorité

Titre

Dispositions transitoires

Al. 1

Les assurés doivent, dans un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente modification, proposer les formes d'assurance au sens de l'article 41c sur la totalité de leur rayon d'activité territorial.

Al. 2

La mise en oeuvre de la réglementation de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c doit se faire dans un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente modification. S'il existe dans certaines régions une offre d'un ou plusieurs réseaux de soins intégrés selon l'article 41c avant ce délai, le Conseil fédéral décide, après consultation des cantons, que la participation aux coûts des assurés selon l'article 64 alinéa 2 lettres b et c s'applique dans ces régions.

Al. 3

Pendant les trois ans de phase d'introduction, le Conseil fédéral, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations et les cantons, procède à une évaluation de l'application et des effets de la présente modification. Si la modification n'a pas conduit à une offre généralisée des réseaux de soins intégrés, le Conseil fédéral propose d'autres mesures au Parlement.

Proposition de la minorité

(Bortoluzzi, Baettig, Borer, Estermann, Füglistaller, Humbel Näf, Müri, Parmelin, Scherer, Wehrli)

Al. 4

Les dispositions relatives au contrat d'admission pour les fournisseurs de prestations entrent en vigueur trois ans après l'entrée en vigueur du projet concernant les réseaux de soins intégrés (04.062 LAMal. Révision partielle. Managed Care, partie 1).

Ziff. I Art. 35a

Antrag der Minderheit

(Bortoluzzi, Baettig, Borer, Estermann, Füglistaller, Humbel Näf, Müri, Parmelin, Scherer, Wehrli)

Abs. 1

Für Leistungserbringer, die im ambulanten Bereich tätig sind, und Versicherer besteht Vertragsfreiheit. Die Bestimmungen des Kartellgesetzes finden Anwendung auf diesen Artikel.

Abs. 2

Ausgenommen von der Vertragsfreiheit sind integrierte Versorgungsnetze.

Abs. 3

Ebenfalls von der Vertragsfreiheit ausgenommen sind Regionen, bei welchen aufgrund der Dichte der Leistungserbringer die Versorgungssicherheit ansonsten nicht gewährleistet werden kann. Der Bundesrat definiert hierzu zusammen mit den Kantonen für die Versicherer ein zu erfüllendes Mindestangebot, welches zur Sicherstellung der Grundversorgung notwendig ist.

Ch. I art. 35a*Proposition de la minorité*

(Bortoluzzi, Baettig, Borer, Estermann, Füglistaller, Humbel Näf, Müri, Parmelin, Scherer, Wehrli)

Al. 1

Les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire et les assureurs sont soumis à la liberté de contracter. Sont applicables les dispositions de la loi sur les cartels.

Al. 2

La liberté de contracter ne s'applique pas aux réseaux de soins intégrés.

Al. 3

La liberté de contracter ne s'applique pas non plus aux régions comportant peu de fournisseurs de prestations si ce système risque de mettre en péril la sécurité des soins. A ce titre, le Conseil fédéral définit, d'entente avec les cantons, une offre minimale de prestations qui doivent être prises en charge par les assureurs afin que la sécurité des soins soit garantie.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Zuerst eine Vorbemerkung: Ich habe ja einen Einzelantrag als Korrektur zum Minderheitsantrag zu Artikel 35a eingereicht. Materiell hat dieser Einzelantrag an sich keine Bedeutung. Im Minderheitsantrag verweise ich auf einen Absatz 1b von Artikel 35. Diesen Absatz gibt es jedoch nicht; es ist ein Absatz, der in der Botschaft des Bundesrates bei der Frage der Vertragsfreiheit einmal aufgetaucht ist. Ich habe ihn fälschlicherweise als Grundlage genommen. Materiell bringt die Korrektur des Minderheitsantrages bzw. des Antrages, wie er der Kommission vorgelegen hat, also keine Änderung. So viel als Vorbemerkung.

Die Kommissionsmehrheit ist überzeugt, dass integrierte Versorgungsnetze eine effiziente und optimale Versorgung der Bevölkerung garantieren können. Das heisst, alle Leistungserbringer sind einbezogen. Der Hausarzt steht im Mittelpunkt; er wird gestärkt, das muss man festhalten; auch wenn er teilweise in die Pflicht genommen wird, wird er im Wesentlichen doch gestärkt. Auch Spezialisten sind einbezogen. Wenn man von umfassender Versorgung spricht, und das tun wir im Gesetz, müssen in solche integrierte Versorgungsnetze die Leistungserbringer von der Apotheke bis zur stationären Einrichtung einbezogen werden. Auch sie werden mit der Budgetverantwortung in die Pflicht genommen.

An sich bin ich froh, dass sich hier die Mehrheit im Wesentlichen durchgesetzt hat. Die Kassen haben wir mit der Angebotspflicht einbezogen; die Prämienzahler haben wir mit einem differenzierten Selbstbehalt, der Wirkung zeigen wird, einbezogen; die Leistungserbringer, und um diese geht es hier, sind gemäss dieser Vorlage jedoch nach wie vor frei. Wenn sie in einem integrierten Versorgungsnetz mitmachen, haben sie zwar Budgetmitverantwortung – das ist eine Einschränkung, wenn Sie so wollen –, aber es steht ihnen völlig frei, ob sie mitmachen oder nicht. Währenddem bei uns, den Versicherten, mit dem differenzierten Selbstbehalt ein Anreiz besteht, werden die Ärzte in dieser Vorlage weiterhin nicht besonders behandelt. Sie behalten das Recht, frei zu praktizieren, und der Vertragszwang würde so erhalten bleiben. Ich bin überzeugt, dass diese Vorlage in die richtige Richtung geht. Wenn man aber die Ärzte nicht verstärkt in die Pflicht nimmt, werden wir keine Veränderung herbeiführen können, die auch Wirkung zeigt.

Die nicht begründbare Mengenentwicklung im Gesundheitswesen liegt im Wesentlichen in der Verantwortung der Ärzte. Ohne ärztliche Anordnung gibt es keine Leistung, und ohne Leistungen gibt es keine Rechnungen – das ist die Feststellung. Nur dort kann man wirksam ansetzen, wo Leistungen mit Rechnungen versehen werden. Die Vorlage kann, davon bin ich überzeugt, zu einem wirksamen Instrument werden, wenn alle drei Akteure ausgewogen in die Pflicht genommen werden. Diese Ausgewogenheit ist ohne meinen Minderheitsantrag nicht gewährleistet, da die Hauptakteure, die Ärzte, dann nicht in die Pflicht genommen und einbezogen werden. Man weicht dem eigentlichen Grundproblem unseres Gesundheitswesens aus. Denn eine richtige Kostenhöhe entsteht nur, wenn Sie den Prozess der Leistungserbringung

effizient ausgestalten, und dafür sind alleine die Ärzte verantwortlich. Wenn Sie der Bevölkerung eine echte Alternative zur Kostenentwicklung der vergangenen Jahre – sie wird voraussichtlich auch in diesem Jahr weitergehen – vorlegen wollen, dann sollten Sie eine Vorlage verabschieden, die nicht nur verspricht, sondern auch hält, was sie verspricht.

Ich beantrage Ihnen, nach einer Einführungsfrist diejenigen Leistungserbringer, die nicht in integrierten Netzwerken mitmachen, in die Vertragsfreiheit zu entlassen. Kassen werden trotzdem verpflichtet, ausserhalb der Netzwerke genügend Angebote anzubieten, das ersehen Sie aus meinem Minderheitsantrag. Denn der Bundesrat kann entsprechende Mindestangebote definieren, damit die Kassen auch für die freie Arztwahl genügend Angebote bereitstellen. Sie werden das aller Voraussicht nach auch im Interesse der Versicherten automatisch tun, weil sie ja möglichst gute Versicherer sein wollen.

Es wurde hier – ich meine, es war beim Eintreten – gesagt, junge Ärzte hätten Interesse an diesen neuen Einrichtungen, an den integrierten Netzwerken, und es werde automatisch vermehrt solche Einrichtungen geben, weil das Ganze ein Generationenproblem sei. Eine Generation umfasst etwa 25 Jahre, und ich glaube, die Entwicklung im Gesundheitswesen lässt nicht mehr zu, dass wir 25 Jahre warten, sondern wir sollten nun gelegentlich der Bevölkerung Vorschläge machen, die greifen.

Ich bitte Sie, meinem Minderheitsantrag Ihre Zustimmung zu geben, weil es nicht angeht, dass wir so lange Geduld haben mit den Ärzten, da vor allem sie dafür verantwortlich sind, dass diese Netzwerke, die schon lange möglich wären, in den letzten Jahren nicht entstanden sind.

Ich bitte Sie, meinem korrigierten Minderheitsantrag zuzustimmen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Der Antrag der Minderheit Bortoluzzi ist ein sehr heikler Antrag. Er tönt zwar sehr überzeugend, vielleicht weist er sogar in eine interessante Zukunft. Er folgt nämlich dem Prinzip «Vertragszwang mit Netzwerken ja, hingegen Vertragsfreiheit mit Einzelpraxen». Gleichzeitig ist er aber ein Fallstrick für die gesamte Vorlage.

Die Managed-Care-Vorlage will einen Paradigmenwechsel; sie mutet allen Beteiligten einiges an Veränderung zu. Das haben wir beim Eintreten erwähnt. Damit sind viele Unsicherheiten und viele offene Fragen verbunden. Wir wissen nicht genau, wie sich das Angebot und die Qualität entwickeln. Wir wissen nicht, wie die Ärztinnen und Ärzte reagieren, wenn sie quasi neu in Netzwerke gehen müssen. Wir wissen nicht, wie sich die Netzwerke verändern. Die Pioniernetzwerke, wie wir sie jetzt haben, überzeugen in ihrer Qualität. Beim flächendeckenden Angebot werden viele Ärztinnen und Ärzte dabei sein, die nicht so engagiert sind wie die Pionierärzte.

Wenn hier jetzt auch noch mit der Vertragsfreiheit gedroht wird, ist dies aus meiner Sicht sachlich falsch und politisch fahrlässig. Sachlich falsch ist es, weil wir heute auch in den Netzwerken mit Einzeltarifen abrechnen. Die Ärzte rechnen mit Taxipunkten ab. Als Ärzte haben sie alle einen Vertrag mit allen Versicherern. Für den einzelnen Arzt herrscht also auch in Netzwerken nach wie vor der Vertragszwang oder die Vertragspflicht. Das Gegenstück dazu ist die freie Arztwahl. Wir als Patientinnen und Patienten können deshalb auch zu allen Ärzten gehen, egal, wo und wie wir versichert sind.

Das neue System bringt ein zusätzliches Element, nämlich den Vertrag. Zu den Einzelbeziehungen zwischen Arzt und Versicherer kommt noch der Vertrag zwischen Netzwerk und Versicherer. Die Versicherer müssen solche Ärztenetzwerke flächendeckend anbieten; sie müssen in allen Regionen, an allen Orten solche Netzwerke in ihren Angeboten haben. Wenn ein Wechsel im Sinne der Minderheit Bortoluzzi vorgenommen wird, wirft dies viele Fragen auf, und zwar in Bezug auf den Umfang, den Zugang zu den Ärzten, die Taxipunkte usw. Fragen stellen sich auch in Bezug auf die Abgeltung der Netzwerkleistungen, wenn bei Netzwerken der Vertragszwang gelten würde, wie das Herr Bortoluzzi

will, oder in Bezug auf den Zugang zu Ärztinnen und Ärzten, die nicht in einem Netzwerk sind, wenn kein Vertragszwang mehr zu den Einzelärzten besteht. All diese Fragen sind nicht beantwortet. Es gibt keine konkreten Vorstellungen zu den Antworten auf diese Fragen, und deshalb ist es nicht der richtige Zeitpunkt, im Sinne der Minderheit Bortoluzzi zu entscheiden.

Politisch falsch ist es, weil das Projekt mit der Einschränkung der freien Arztwahl, wie sie die Minderheit Bortoluzzi postuliert, und der Einführung der Vertragsfreiheit für die Ärzte schlicht zu belastet wäre, um überhaupt noch eine Chance zu haben. Es ist, auf Deutsch gesagt, politisches Harakiri, dieser Minderheit Bortoluzzi zu folgen, und ich bitte Sie deshalb, dies nicht zu tun.

Robbiani Meinrado (CEg, TI): La disposition, même corrigée, qui est proposée ici par la minorité est d'abord un corps étranger à l'intérieur de cette révision. Un corps étranger parce que le «managed care» a été conçu comme une voie originale permettant justement d'éviter et de se soustraire à la confrontation irréductible entre obligation de contracter, d'un côté, et liberté de contracter, de l'autre. Grâce à une conception et grâce aussi à une organisation différentes du processus de soins qui serait piloté tout au long du parcours thérapeutique, on introduit un modèle nouveau visant et permettant, d'un côté, d'améliorer la qualité des soins et, de l'autre, de mieux maîtriser les coûts sans tomber dans le piège de l'opposition entre obligation et liberté de contracter; opposition qui d'ailleurs tourne autour de concepts très controversés comme la concurrence, comme le marché alors que la santé ne peut visiblement pas être assimilée à un bien ou à un produit quelconque.

La volonté de se soustraire à ce type de piège est démontrée d'ailleurs par le fait que cette révision, centrée autour du «managed care», va de pair avec la décision de non-entrée en matière sur la proposition initiale de révision partielle concernant la liberté de contracter formulée par le Conseil fédéral en son temps. Cette proposition de la minorité Bortoluzzi est en contradiction avec l'orientation suivie et adoptée par la commission. Elle est aussi tout à fait déplacée à l'intérieur de cette révision, parce qu'elle introduit d'une manière un peu subliminale un changement radical de système qui placerait d'ailleurs le «managed care» dans une position de subordination: le «managed care» serait une simple exception à l'intérieur d'un cadre régi par le principe de la liberté de contracter qui en serait le vrai pilier.

La proposition de la minorité est aussi une espèce de cheval de Troie dans la mesure où elle finirait par vouer cette révision à l'échec du fait qu'elle irait alimenter une controverse aiguë et même idéologique qui déboucherait inévitablement sur un référendum dont le résultat est facilement prévisible. Donc si on veut enterrer cette révision, il n'y a qu'à suivre la minorité. Ce n'est évidemment pas le désir de notre groupe.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Die Minderheit Bortoluzzi beantragt die Aufhebung der Vertragspflicht bzw. die Einschränkung auf die Netzwerke. Grundsätzlich haben viele Mitglieder der CVP/EVP/glp-Fraktion Sympathien für die Aufhebung des Vertragszwangs, denn damit würde die Konkurrenz im Gesundheitsmarkt verstärkt. Aber im Rahmen der Managed-Care-Vorlage sind die Netzwerke über die Budgetmitverantwortung bereits genügend eingebunden. Ich erinnere Sie daran: Wir diskutieren hier nicht über eine Sparvorlage. Kosteneinsparungen sind als Ergebnis der verbesserten Qualität zu erwarten. Wir dürfen keine falschen Erwartungen schüren und entsprechend auch keine artfremden und damit falschen Elemente in die Vorlage einbauen. Ein Grossteil der CVP/EVP/glp-Fraktion wird den Minderheitsantrag ablehnen; vereinzelte Ausnahmen seien hier gestattet.

Gilli Yvonne (G, SG): Die Minderheit Bortoluzzi möchte den Kontrahierungszwang abschaffen. Ich hoffe, dass alle mit dieser Begrifflichkeit vertraut sind. Denn ob man es Vertragsfreiheit nennt, was so positiv klingt, oder ob man es Ab-

schaffung des Kontrahierungszwangs nennt, es ist tatsächlich beides das Gleiche. Es handelt sich um genau diesen Vertrag. Mit seiner Minderheit verlangt Herr Bortoluzzi, dass für Praxisärztinnen und -ärzte, die sich nicht oder noch nicht in Ärztenetzen organisiert haben, die Vertragsfreiheit gilt oder eben der Kontrahierungszwang aufgehoben wird.

Heute hat jeder Arzt, der die notwendigen Qualifikationen mitbringt, das Recht, der Krankenkasse seine ärztlichen Leistungen gemäss Leistungskatalog nach Tarmed in Rechnung zu stellen. Wir haben bereits eine Regulierung der Mengenausweitung, und zwar sowohl was die Kosten als auch was die Anzahl Ärzte betrifft. Was die Anzahl Ärzte betrifft, wurde mit der Personenfreizügigkeit der Zulassungsstopp eingeführt, und der Zulassungsstopp erlaubt den Kantonen die Regulierung der Ärztedichte, um einer unkontrollierten, kostensteigernden Mengenausweitung im Sinn einer Überarztung vorbeugen zu können. Nur wenn gemäss Zulassungsstopp die Praxiseröffnung eines weiteren Spezialisten oder Grundversorgers erwünscht ist, erhält dieser eine Praxisbewilligung, die ihn dann auch berechtigt, über die Krankenkasse abzurechnen.

Mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde Herr Bortoluzzi faktisch alle Ärzte zwingen, einem Ärztenetz beizutreten. Herr Bortoluzzi weiss sehr wohl, dass die Managed-Care-Vorlage mit der Annahme seines Minderheitsantrages beerdigt wäre, und zwar nicht, weil sich die Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich der Vertragsfreiheit nicht stellen würden, sondern weil sie nie und nimmer damit einverstanden wären, dass die Krankenkassen eigenmächtig entscheiden, welchen Ärztinnen und Ärzten ausserhalb von Ärztenetzen sie die Leistungen noch vergüten. Es liegt auf der Hand, dass Ärztinnen und Ärzte mit teuren Behandlungen oder behandlungsintensiven chronischkranken Patientinnen und Patienten eben nicht mehr praktizieren könnten, auch wenn diese Behandlungen notwendig und sinnvoll sind. Ein solch willkürliches Berufsverbot, das sich notabene auch auf die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten auswirken würde, ist schlicht inakzeptabel. Die medizinische Versorgung würde unter das Diktat der Ökonomie geraten. Das darf nicht passieren.

Natürlich entgegnet mir Herr Bortoluzzi, dass sich diese Ärzte ja in Netzwerken organisieren können. Herr Bortoluzzi, das machen sie bereits. Es braucht dazu keine solchen Verträge, es braucht nur positive Anreize. In den letzten Jahren haben sich nämlich die Ärztenetze entwickelt. Bereits sind 17 Prozent mehr Ärzte in Netzwerken engagiert und arbeiten in Managed-Care-Systemen als noch vor vier Jahren ohne Managed-Care-Gesetz, und dieser Trend hält weiterhin an. Für die Qualitätsentwicklung der Netzwerke äusserst positiv ist, dass die neuen Netzärzte nicht aus rein ökonomischen Gründen quasi in die Netze gestossen werden. Zudem ist das Kostendach mit Tarmed vereinbart. Wenn die Ärztinnen und Ärzte in der Praxis einfach ihre Leistungen erweitern, ohne das medizinisch begründen zu können, dann reduziert sich ihr Tarmed-Wert. Dass dieses System funktioniert, wissen wir alle, weil wir gerade im Bereich der ambulanten ärztlichen Medizin keine unkontrollierten Kostensteigerungen haben.

Wenn wir das Problem der Kostensteigerungen in der Politik in den Griff bekommen wollen, müssen wir die Probleme dort anpacken, wo sie sind, und das ist in der ambulanten Spitalmedizin. Dort würden sie aber noch verstärkt, weil sich eben noch weniger Ärztinnen und Ärzte überhaupt für die Praxis entscheiden würden, sich noch weniger zu Hausärzten ausbilden lassen würden, wenn wir auf die Vertragsfreiheit umschwenken würden.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Frau Kollegin Gilli, zuerst vielleicht eine Bemerkung: Es kann ja praktisch jede Leistung medizinisch begründet werden; ich wüsste nicht, was medizinisch nicht begründbar wäre. Die Frage: In Holland kennt man die Vertragsfreiheit. Funktioniert sie dort, ja oder nein?

Gilli Yvonne (G, SG): Sie können nicht die Systeme diverser Länder aufgrund eines einzigen Parameters mit demjenigen der Schweiz vergleichen. So einfach ist es nicht. Ich gebe Ihnen aber noch eine Antwort bezüglich der medizinischen Begründung: So einfach ist auch das nicht. Denn es gibt eine Kontrolle, ob die Kosten übermässig steigen oder nicht, und sie steigen eben nicht übermässig.

Ruey Claude (RL, VD): Nous l'avons dit dès le départ, ce projet est issu du consensus entre les uns et les autres. Or, la proposition de la minorité Bortoluzzi ouvre la guerre en visant à introduire la liberté de contracter à la hussarde, sans discussion préalable et sans que la commission ait eu l'occasion de voir ce que cela pourrait donner dans un compromis. La liberté de contracter, introduite d'ailleurs après plusieurs décisions démocratiques dans cette assemblée et rejetée lors de la fameuse votation populaire du 1er juin 2008, serait inappropriée. Je le dis d'autant plus qu'à l'époque j'avais voté oui à l'article constitutionnel le 1er juin 2008. Donc déjà là, pour des raisons politiques et de faisabilité, c'est un peu une provocation.

Deux mots pour dire qu'aux Pays-Bas, la liberté de contracter existe bien, et que ce n'est pas le grand méchant loup qu'on nous promettait ici; cela fonctionne. Ce n'est pas le débat aujourd'hui; aujourd'hui nous parlons du «managed care». Mais il y a plus: la proposition de la minorité Bortoluzzi va à l'encontre du bon sens pour ce qui est des réseaux de soins intégrés. On admettrait la liberté de contracter partout, sauf pour les réseaux. Or, c'est pour les réseaux qu'on a besoin de la liberté, qu'on doit avoir la liberté de choix, la liberté de contracter, la liberté de déterminer les modèles, la liberté de déterminer les participations qu'on veut avoir. C'est à cet endroit-là que la liberté permet d'innover, de créer, d'entreprendre, d'améliorer les processus. Alors voilà qu'au seul endroit où l'on a besoin de cette liberté, on la supprime – paradoxalement – et on l'étend partout ailleurs où le peuple, on le sait, n'en a pas voulu. Plutôt que de manier le paradoxe, ne mettons pas le projet à l'envers, sans aucun gain pour les patients. Permettons de faire l'expérience des réseaux de soins intégrés telle que nous l'avons conçue jusqu'à maintenant, sans mettre la charrue devant les boeufs.

*Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu*

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

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

Fortsetzung – Suite

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)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Ziff. Iter; I Art. 35a – Ch. Iter; I art. 35a

Stahl Jürg (V, ZH): In der Tat müssen wir an unseren Baustellen weiterarbeiten. Ich glaube, diese 20 Minuten Pause haben uns allen gutgetan, und es freut mich, dass ich nach diesem historischen Sieg gegen Spanien – nach 18 erfolgreichen Spielen – als Erster sprechen darf; es ist ja eigentlich der wichtigste Sieg in der 105-jährigen Geschichte des Schweizerischen Fussballverbandes. Jetzt höre ich auf mit der Geschichte rund um den Fussball, denn es geht auch bei der Managed-Care-Vorlage wirklich um viel.

Ich empfehle Ihnen im Namen der SVP-Fraktion, hier der Minderheit Bortoluzzi zuzustimmen. Die Krankenkassen werden mit dieser Managed-Care-Vorlage in die Pflicht genommen, und wir sind der Überzeugung, dass wir ein Instrument ins Gesetz einbinden sollten, um den anderen Beteiligten eben auch einen gewissen Druck auferlegen zu können. Ich glaube, dass die Frist von drei Jahren hierbei ein gangbarer Weg ist. Das gibt eine gewisse Herausforderung, und darum sind wir der Meinung, dass diesem Antrag zugestimmt werden sollte.

Es gibt schon heute sehr gut funktionierende Netze, ich habe es in der Eintretensdebatte gesagt. Diese Netze haben auch in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern gut funktioniert. Aber wir möchten hier ein Instrument schaffen, das eben auch die Ärzte in die Pflicht nimmt, die a priori nicht bereit sind, sich Veränderungen zu unterwerfen bzw. zu stellen – es ist ja nicht eine Unterwerfung, es ist eine Herausforderung, neue Wege zu beschreiten. Es betrifft die Ärzte, die sich konsequent wehren. Wir haben schon einige Briefe erhalten, in denen uns mitgeteilt wird, warum eine Veränderung nicht möglich sei. Darum möchten wir dieses Druckmittel im Gesetz verankern.

Es ist mir bewusst, dass das ein grosser Schritt ist. Aber ich habe Ihnen vorhin genau zugehört. Ich stelle fest, dass Sie schon gewisse Sympathien dafür haben: Die CVP/EVP/glp-Fraktion hat Sympathien, und die FDP-Liberale Fraktion hat auch gesagt, wir müssten grundsätzlich einmal diesen Weg beschreiten. Das haben Sie schon drei- oder viermal in diesem Saal gesagt. Ich glaube, es wäre jetzt an der Zeit. Wir haben doch einige Veränderungen initiiert; es wäre gut,

wenn wir das auch aufseiten der Leistungserbringer tun könnten.

Ich beantrage Ihnen im Namen der SVP-Fraktion, diese Minderheit zu unterstützen.

Ich möchte zum Schluss noch etwas anfügen: Frau Gilli, was ich nicht verstehe, ist Folgendes: Sie haben gesagt, die Leistungserbringer seien so gut, und es gibt in der Tat sehr viele gute Leistungserbringer, sehr viele gute Hausärzte. Dann verstehe ich nicht, warum Sie sich scheuen, sich diesem Wettbewerb zu stellen. Denn die Guten, und das ist wahrscheinlich die Mehrheit Ihrer Berufsgruppe, werden jederzeit einen Vertrag erhalten. Die Krankenversicherer können es sich gar nicht leisten, mit guten Medizinern und Medizinerinnen keinen Vertrag abzuschliessen. Darum verstehe ich diese Angst und diese Zurückhaltung nicht!

In diesem Sinne glaube ich, dass es gut ist, wenn wir diesen Schritt tun. Wenn wir ihn nicht tun, zähle ich auf den Bundesrat, auf Herrn Didier Burkhalter, der wahrscheinlich in den nächsten Jahren von sich aus aktiv werden wird.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: J'ai l'impression qu'on est actif avant d'attendre plusieurs années. Sur ce sujet, il faut faire attention à l'équilibre. Toute la journée, nous avons compris à quel point ce projet était un exercice d'équilibre, un exercice très intéressant – certes pas aussi intéressant qu'un match de football. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un exercice d'équilibre. Le Conseil fédéral estime à ce stade que la majorité de la commission a raison. Par ailleurs, elle a aussi adopté une disposition transitoire qui prévoit très clairement que, si dans les trois ans le développement des réseaux de soins intégrés ne se fait pas comme on le souhaite – c'est-à-dire s'il y a encore trop peu de réseaux dans les faits –, le Conseil fédéral devra proposer de nouvelles mesures plus contraignantes. Ce sera dans ce cadre, le cas échéant, qu'il faudra revoir la situation.

Nous estimons – et Monsieur Bortoluzzi l'a dit – que les fournisseurs de prestations doivent également faire des efforts, et c'est juste. Nous sommes convaincus que nous pouvons donner aux fournisseurs de prestations de manière générale, dans le cadre fixé aux réseaux de soins intégrés, la chance de réussir dans ce cadre et de montrer dans les prochaines années, lorsque nous aurons pu faire entrer en vigueur cette modification de loi et que nous serons dans les premières années d'expérience, que ce cadre permet aux fournisseurs de prestations de créer des réseaux de soins intégrés. Nous souhaitons voir se réaliser sur le terrain – c'est le cas de le dire aujourd'hui – les espoirs placés en eux.

La proposition de la minorité Bortoluzzi, à ce stade du débat, nous paraît inutile, et il nous semble qu'elle déséquilibre le projet. Dans l'intérêt du projet, le Conseil fédéral vous demande de vous en tenir à la proposition de la majorité.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Zuerst noch eine grundsätzliche Bemerkung zur Übergangsregelung: Gemäss Absatz 1 müssen die Versicherer innert drei Jahren in ihrem gesamten örtlichen Tätigkeitsgebiet integrierte Versorgungsmodelle anbieten. Nach Absatz 2 gilt die differenzierte Kostenbeteiligung von 10 und 20 Prozent für Versicherte erst dann, wenn die Versicherten die Wahl haben, sich in ein Netz zu begeben. Sollte innerhalb dieser dreijährigen Übergangsfrist keine flächendeckende Versorgung eintreten, schlägt der Bundesrat gemäss Absatz 3 der Übergangsbestimmung Massnahmen vor.

Wie könnten nun diese Massnahmen aussehen? In der Kommission haben wir sie diskutiert. Sie könnten letztlich nur die Aufhebung des Vertragszwanges im Sinne des Minderheitsantrages Bortoluzzi betreffen, nämlich den Vertragszwang in Netzwerken und die Vertragsfreiheit ausserhalb von Netzwerken. Die zweite Möglichkeit wäre, auch im ambulanten Bereich eine staatliche Versorgungsplanung einzuführen. Die Kommissionsmehrheit beantragt, im Moment keine konkreten Massnahmen vorzusehen. Der Antrag, der von der Minderheit Bortoluzzi aufgenommen wurde, wurde mit 15 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung abgelehnt.

Vertragsfreiheit scheint eine Provokation zu sein, welche die Gesetzesrevision ernsthaft gefährdet. Für Ärzte ist die Vertragsfreiheit im Moment undenkbar, und wir wissen seit der Abstimmung über den Gesundheitsverfassungsartikel vor zwei Jahren, dass gegen die Ärzteschaft keine Abstimmung zu gewinnen ist. Die Kommissionsmehrheit ist daher der Meinung, dass die Ärzte ohne diesen Druck die Chance zur integrierten Versorgung haben sollten. Falls nach einer Einführungsphase von drei Jahren keine flächendeckende Versorgung mit integrierten Netzwerken besteht, muss der Bundesrat Massnahmen vorschlagen. Es ist unschwer vorstellbar, dass dann eine Massnahme die Vertragsfreiheit betreffen wird.

Im Namen der Kommissionsmehrheit bitte ich Sie, den Minderheitsantrag Bortoluzzi abzulehnen.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: La liberté de contracter est un thème chaud; elle a déjà fait l'objet d'une votation populaire le 1er juin 2008. La liberté de contracter réveille des animosités, des irritations, des prurits, des rejets; elle est sûrement un poids qui tue cette loi. J'ai personnellement de la sympathie pour la proposition de la minorité Bortoluzzi. Je crois qu'elle est correcte, qu'elle est orientée vers l'avenir, mais j'aimerais bien essayer d'aller vers un avenir sans avoir besoin d'appliquer cette disposition. Or, comme vous le voyez, la liberté de contracter selon la minorité Bortoluzzi n'entrerait pas tout de suite en vigueur, mais seulement trois ans plus tard. Dans les dispositions transitoires, la minorité prévoit que les dispositions relatives au contrat d'admission pour les fournisseurs de prestations entrent en vigueur trois ans après l'entrée en vigueur du projet concernant les réseaux de soins intégrés. Dès lors, je me fais la réflexion suivante: si vous décidez d'introduire cette norme maintenant déjà dans la loi, vous allez provoquer une guerre sainte, une guerre qui tuera probablement toute la loi, une guerre contre une norme qui est bel et bien inapplicable jusqu'en 2016, si la révision de la LAMal entre en vigueur au 1er janvier 2012.

Je me pose la question suivante et elle s'adresse aussi à Monsieur Bortoluzzi: pourquoi mettre en danger la loi en y introduisant une norme légitime, intelligente même, mais qui n'est pas nécessaire actuellement? Donc il n'y a vraiment aucune nécessité d'inscrire cette norme dans la loi maintenant. C'est bien ce raisonnement qui a conduit la majorité de la commission à décider de ne pas soutenir la proposition défendue par la minorité.

Le Conseil fédéral, dans les dispositions transitoires, est chargé de surveiller l'évolution de la mise en place des réseaux de soins intégrés. Nous attendons du Conseil fédéral qu'il puisse nous dire en 2013, 2014, une fois cette loi entrée en vigueur au 1er janvier 2012: «Voilà, 40 pour cent, 50 pour cent, 60 pour cent des assurés sont dans les réseaux de soins intégrés.» Si, à fin 2014, un nombre insuffisant d'assurés est dans les réseaux de soins intégrés, le Conseil fédéral sera libre de nous présenter un projet qui reprend le teneur de la proposition de la minorité Bortoluzzi s'il estime que cette norme légale est la solution au problème. Donc, le fait que la commission ait rejeté la proposition de la minorité Bortoluzzi et qu'elle vous invite à en faire de même ne signifie pas qu'elle est conceptuellement contre cette norme, mais qu'elle estime tout simplement que cette norme déclare actuellement la guerre qui tuera la révision de la loi, sans être vraiment nécessaire.

Je vous invite donc à adopter les dispositions transitoires selon la majorité de la commission. Il s'agit de trois alinéas qui sont simples, clairs et qui donnent aux acteurs un délai de trois ans pour mettre en place les réseaux. Si cela ne se passe pas sur la base des incitations inscrites dans la loi, à ce moment-là le Conseil fédéral nous proposera les corrections nécessaires – parmi lesquelles, peut-être, aussi la norme prévue par la minorité Bortoluzzi.

Veillez donc, aujourd'hui, pour cette loi, adopter la proposition de la majorité de la commission et rejeter la proposition de la minorité Bortoluzzi.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Eine kurze Frage: Ich bin natürlich überzeugt, dass dieses Konzept nur funktioniert, wenn die Ärzte in die Pflicht genommen werden. Das tun Sie nicht. Sind Sie bereit, in drei Jahren die Vertragsfreiheit für die Ärzte aufzuheben, wenn sich meine Befürchtung bestätigt, dass sich das Konzept nicht umsetzen lässt?

Cassis Ignazio (RL, TI), für die Kommission: Soll ich auf Deutsch antworten? Ich bin überzeugt, dass die finanziellen Anreize, die wir in diesem Gesetz beschlossen haben, gross genug sind, um die Ärzte «in die Pflicht» zu nehmen, wie Sie das sagen, Herr Bortoluzzi. Sie genügen aber auch, um die Patienten dafür zu interessieren und dazu zu bewegen, integriert versorgt zu werden, weil die Qualität besser ist, weil sie eine tiefere Kostenbeteiligung haben, weil sie tiefere Prämien zahlen. Wenn sich die Patienten so verhalten werden, dann werden die Ärzte selbstverständlich nachfolgen. Die Patienten sind doch ihre Kunden; die Ärzte pflegen und betreuen nicht Marsmenschen, sondern unsere Bürgerinnen und Bürger, die Versicherten. Ich bin persönlich zutiefst überzeugt, dass wir, wenn das passiert, mit diesem sehr ausgewogenen Kompromiss auf dem richtigen Weg sind und dass wir solche «Atombomben» als Drohung nicht benötigen, nicht heute auf jeden Fall. Falls ich mich täusche und immer noch in diesem Parlament bin, werde ich in zwei bis drei Jahren gerne bereit sein, den anderen Weg zu beschreiten.

Ich sage es noch einmal: Unser Gesundheitswesen ist gut, aber seine Entwicklung ist mit zusätzlichen 2 Milliarden Franken Kosten pro Jahr nicht nachhaltig, das müssen wir klar sehen.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4219)

Für den Antrag der Mehrheit ... 108 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 51 Stimmen

Ziff. II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. II

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/4220)

Für Annahme des Entwurfes ... 101 Stimmen

Dagegen ... 43 Stimmen

Elfte Sitzung – Onzième séance

Mittwoch, 15. Dezember 2010

Mercredi, 15 décembre 2010

09.10 h

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)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Präsident (Inderkum Hansheiri, Präsident): Es geht hier mindestens formell um die Bereinigung von Differenzen. Eine Eintretensdebatte findet daher nicht mehr statt. Ich erachte es aber als richtig, dass uns die Berichterstatterin, Frau Forster, zunächst noch einen Überblick über die Vorlage gibt, bevor wir mit der Differenzbereinigung beginnen.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wenn Sie gestatten, mache ich einen kurzen Rückblick zu dieser Vorlage, damit Sie wissen, was der Nationalrat aus den insgesamt drei Vorlagen gemacht hat, die wir ihm überwiesen haben: Er hat alles in eine Vorlage gepackt. Diese Vorlage haben wir heute auf dem Tisch. Sie wissen, wir haben uns mit all diesen Themen bereits auseinandergesetzt; wir haben in diesem Rat zu allen drei Vorlagen – 04.062, 04.034 und 09.053 – Entscheide gefällt. Der Nationalrat hat das jetzt alles in eine Vorlage gepackt, weil ein innerer Zusammenhang zwischen den ursprünglich drei Vorlagen besteht. Der Nationalrat hat die Vorlage am 16. Juni dieses Jahres beraten, wir haben sie jetzt zur Differenzbereinigung auf dem Tisch. Ihre Kommission hat sich einstimmig für Eintreten auf die Vorlage entschieden und hat den Beschlüssen des Nationalrates im Grundsatz zugestimmt, nach eingehender Beratung bei einigen Artikeln aber Änderungen beschlossen.

Ich möchte zum Einstieg in die Vorlage nun kurz die wesentlichen Neuerungen anführen, die der Nationalrat eingeführt hat. Es ist zunächst einmal der Begriff der integrierten Ver-

sorgung. Das ist der eigentliche Kern der Vorlage. Unter integrierter Versorgung wird die medizinische Versorgung und Betreuung der Versicherten über die ganze Behandlungskette verstanden.

Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten, und die Behandlung der Versicherten soll sektorübergreifend sein. Damit wird die Fragmentierung der medizinischen Versorgung beseitigt. Entsprechend sollen sowohl die Leistungserbringenden als auch die ambulanten und stationären Spitalleistungen wie die nachgelagerten Betreuungsstrukturen in die Netzwerke mit einbezogen werden. Der Patient wählt innerhalb des Netzes den Arzt seines Vertrauens und wird von ihm durch das ganze System der Gesundheitsversorgung betreut. Damit vor allem auch Chronischkranke den Weg in die integrierte Versorgung finden, hat sich der Nationalrat für gewisse Anreize ausgesprochen. Das sind tiefere Kostenbeteiligungen. Konkret beantragen sowohl der Nationalrat als auch Ihre Kommission einen prozentual kleineren Selbstbehalt, aber auch einen kleineren Maximalbetrag des Selbsthalts. Besondere Versicherungsformen sind nach wie vor vorgesehen. All jene, die nicht in diese Netze gehen, haben entsprechend einen höheren Selbstbehalt. Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen von Managed Care ist ein gut funktionierender Risikoausgleich. Der Risikoausgleich soll neben dem bereits von den Räten beschlossenen Kriterium eines Spitalaufenthalts von mindestens drei Tagen per 1. Januar 2012 mit einem zusätzlichen Morbiditätsindikator verfeinert werden. Details dazu werden vom Bundesrat geregelt.

Gestatten Sie mir zu Beginn noch eine kurze Bemerkung: Seit der Einführung des KVG, schon seit bald dreissig Jahren, sind Managed-Care-Modelle möglich. Gut 30 Prozent der Versicherten sind mittlerweile in solchen Modellen versichert, davon etwa 10 Prozent in einem Modell mit Budgetmitverantwortung. Von daher gesehen könnte man die Meinung vertreten, dass eigentlich alles beim Alten belassen werden könnte. Wenn wir aber dezidiert der Ansicht sind – davon ging Ihre Kommission aus –, dass in der obligatorischen Krankenversicherung ein Paradigmenwechsel hin zur integrierten Versorgung herbeigeführt werden sollte und dass die Strukturierung der Netze verbessert werden müsse, dann müssen wir Anreize setzen, damit die Nachfrage der Versicherten erhöht wird. Gemäss Bundesrat und Nationalrat kann der Anteil der in Versorgungsnetzen betreuten Versicherten damit innerhalb der nächsten Jahre auf 60 bis 70 Prozent erhöht werden.

Ich schlage Ihnen vor, dass wir jetzt in die Detailberatung einsteigen. Ich werde zu den einzelnen Detailfragen noch ausführlichere Darlegungen machen.

Art. 13 Abs. 2 Bst. g

Antrag der Mehrheit
Streichen

Antrag der Minderheit I

(Gutzwiller)

g. ... Versicherungsform nach Artikel 41c anbieten.

Antrag der Minderheit II

(Maury Pasquier, Egerszegi-Obrist, Fetz, Hêche)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 13 al. 2 let. g

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité I

(Gutzwiller)

g. ... d'assurance visées à l'article 41c.

Proposition de la minorité II

(Maury Pasquier, Egerszegi-Obrist, Fetz, Hêche)

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich möchte darauf hinweisen, dass Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g mit der Übergangsbestimmung unter Ziffer Iter in innerem Zusammenhang steht. In Artikel 13 werden die gesetzlichen Verpflichtungen der Versicherer aufgelistet. Neu soll ein Buchstabe g eingeführt werden. Mit Buchstabe g soll sichergestellt werden, dass jeder Versicherer seinen Versicherten innerhalb seines gesamten örtlichen Tätigkeitsbereiches zumindest ein Modell der integrierten Versorgung anbieten muss. Gemäss Übergangsbestimmung Iter ist dafür eine Übergangsfrist von drei Jahren vorgesehen.

Gemäss den Ausführungen, die ich beim Eintreten gemacht habe, bestimmen die Leistungserbringer die Netzwerke und nicht die Versicherer. Die Leistungserbringer haben es in der Hand, die Netzwerke so zu gestalten, dass die Versicherten, egal ob gesund oder chronisch krank, daran interessiert sind, ein Modell der integrierten Versorgung als Versicherungsmodell zu wählen. Ausschlaggebend für die Wahl der Versicherten sind in erster Linie die Qualität, die Behandlung in den Netzen und die Anreize über den tieferen Selbstbehalt. Hinzu kommt Folgendes: Je mehr Versicherte nach der integrierten Versorgung verlangen, umso mehr werden sich die Leistungserbringer in Netzen zusammenfinden, und umso attraktiver wird es für die Versicherer, die Netzwerke unter Vertrag zu nehmen, um damit für ihre Versicherten attraktiv zu bleiben.

So weit meine Einführung; ich werde vielleicht nachher gerne noch einmal das Wort ergreifen.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Wie es die Kommissionssprecherin gerade ausgeführt hat, unterscheiden sich die drei Anträge dadurch, dass der Antrag der Mehrheit nicht verpflichtend ist, während die beiden Minderheitsanträge eine Verpflichtung für die Versicherer vorsehen. Die Minderheit I formuliert die Verpflichtung zudem so, dass sie den Begriff «unabhängig» für die Netzwerke auslässt. Ich muss das ganz kurz erläutern.

Bei der Diskussion geht es um die Frage, wer an solchen Netzwerken beteiligt sein darf, wenn diese verpflichtend angeboten werden. Man möchte mit dem Terminus «unabhängig» insbesondere die Versicherer ausschliessen, die heute zum Teil auch solche Netzwerke führen. Ich glaube, dieser Begriff sollte bei der Formulierung der Verpflichtung wegfallen, weil er sehr unklar ist; das hat auch die Diskussion in der Kommission gezeigt. Warum sollen gerade die Versicherer ausgeschlossen werden, nicht aber die Leistungserbringer? Warum sollen Ärzte als Eigner beteiligt sein können, nicht aber Versicherer? Warum Apotheker in Ketten und nicht andere? Das sind die Fragen, die sich hier stellen.

Es geht also zum einen um die Frage, was «unabhängig» hier überhaupt heisst. Es ist ein unklarer Begriff, der nicht ins Gesetz kommen sollte.

Es gibt zum andern eine konzeptionelle Begründung. Wenn wir für die Verpflichtung eintreten, ist das eine einseitige Verpflichtung; die Versicherer werden verpflichtet, in solchen Netzwerken mitzuwirken, nicht aber die Leistungserbringer. Man hat in der Kommission ausführlich darüber diskutiert, ob das bei bestimmten Leistungserbringergruppen zu einer Monopolstellung führen könnte oder nicht. Jedenfalls ist diese Verpflichtung eben einseitig auf die Versicherer angelegt. Es gäbe hier dann eben die Möglichkeit, einen gewissen Gegendruck zu erzeugen, wenn die Versicherer an sich auch in der Lage wären, ein solches Netz selber mitzugestalten, wie das heute der Fall ist. Man kann hier also beim Status quo bleiben und braucht diesen Begriff «unabhängig» nicht. Wenn man also eine Verpflichtung will, dann so, wie sie im Antrag der Minderheit I zum Ausdruck kommt.

Darf ich einfach noch ein Wort zum Gesamtkontext sagen? Insgesamt finde ich mich hier auf der Seite derjenigen wieder, die eine Verpflichtung im Gesetz wollen; dies letztlich aus zwei zentralen Gründen – ich mache es sehr kurz –: Der erste Punkt ist inhaltlicher Natur, nämlich dass wir mit dieser Vorlage einen echten Akzent auf integrierte Netzwerke setzen wollen. Wir wollen wirklich dafür sorgen, dass sich diese entwickeln und ihr volles Qualitäts- und Kostenoptimierungs-

potenzial auch ausnützen können. Dazu braucht es nicht nur den differenzierten Selbstbehalt – sicher setzt dieser die richtigen Anreize –, sondern es braucht für einen echten Push auch eine gewisse Verpflichtung, dass dieses Angebot flächendeckend erfolgt.

Neben diesem inhaltlichen Grund gibt es einen zweiten, einen eher politischen Grund: Die Referentin der Kommission hat Ihnen geschildert, wie sich die Vorlage entwickelt hat. Die Vorlage ist ja nach langen, langen Vorbereitungszeiten zustande gekommen. Es ist eine Vorlage, die in einer Subkommission des Nationalrates intensiv bearbeitet wurde. Sie verlangt von allen Partnern gewisse Konzessionen, und diese Verpflichtung ist in dem Sinne ein Teil des Ganzen. Sie wissen ja auch, dass es andere Kräfte gibt, die beispielsweise den differenzierten Selbstbehalt, der nachher folgt, nicht besonders schätzen. Wenn wir nun diese Verpflichtung herausnehmen, besteht doch ein sehr klares Risiko, dass dies durchaus auch als Argument dient – vielleicht nicht bei uns, aber im anderen Rat –, um nachher eben den differenzierten Selbstbehalt ebenfalls noch einmal anzugreifen, und dann ist diese Vorlage sicher absturzgefährdet.

Meine Analyse zumindest wäre also, dass es inhaltlich gute Gründe dafür gibt, hier bei der Verpflichtung zu bleiben. Es gibt auch politisch gute Gründe dafür, dass wir diese Verpflichtung stehenlassen – aber in der Form, die den Begriff «unabhängig» ausschliesst. Das ist der Antrag der Minderheit I. Ich danke Ihnen für deren Unterstützung.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): En l'état, le projet que nous traitons ce matin me fait penser à un malade dont on ne sait pas encore s'il va s'en sortir et mener une vie normale ou au contraire mourir après une agonie plus ou moins longue. Ce que je sais en revanche, c'est que si nous voulons lui donner une chance de se remettre sur pied – et, comme sage-femme, c'est toujours plutôt de ce côté-là que je me place –, nous devons garantir son équilibre, et notamment l'équilibre entre l'intérêt des divers acteurs en présence: les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations, les cantons, sans oublier les assurés. Or biffer l'obligation faite aux assureurs d'offrir au moins une assurance pour les réseaux de soins intégrés – une disposition inscrite à l'article 13 alinéa 2 lettre g –, c'est compromettre gravement cet équilibre en défaveur des assurés. Car ce sont alors ces derniers qui, dans certains cas, se retrouveront obligés de fait de participer à hauteur de 15 pour cent à leurs frais de santé, jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel de 1000 francs.

Ainsi, comment les habitantes et les habitants des régions périphériques seront-ils précisément assurés de trouver une offre de réseaux de soins intégrés à proximité? Les personnes âgées et les malades chroniques feront-ils des dizaines voire des centaines de kilomètres pour consulter des professionnels agréés? Et, même dans les villes, les assurés dont le budget est serré contracteront-ils une assurance plus chère parce que la leur ne propose aucune offre de réseaux de soins intégrés? Bien sûr que non! Et cela prouve qu'à elle seule l'incitation par le biais d'une participation différenciée, telle qu'elle est prévue à l'article 64, ne suffit pas. Elle sera inefficace et elle sanctionnera certains assurés, parmi les plus vulnérables, qui se retrouveront sans réseau de soins intégrés. L'augmentation de la participation demandée à ces assurés risque de les conduire à se soigner insuffisamment ou tardivement, avec à la clé au final des coûts supplémentaires pour toute la société et donc un effet contre-productif. Des réseaux de soins intégrés doivent donc être proposés par tous les assureurs. Mais encore faut-il que ces réseaux soient organisés de manière indépendante. C'est là encore une question d'équilibre entre l'impératif d'économicité et la garantie – non moins indispensable – de la qualité des prestations. L'argument avancé en commission contre la nécessité de cette indépendance me laisse presque sans voix. On m'objecte en effet que les assureurs trouveront toujours le moyen de contourner la loi, par exemple en créant des pseudo-organisations dépendant directement d'eux. Mais refuse-t-on d'interdire le vol au motif que les voleurs existent? N'est-ce pas faire complaisamment pencher la balance

en faveur des tricheurs potentiels et, une fois de plus, en défaveur des assurés? Et ne peut-on pas se donner les moyens de vérifier que la loi est respectée? De plus, certains assureurs ne contestent pas du tout la nécessité de laisser aux fournisseurs de soins la possibilité et la compétence de s'organiser en réseaux indépendants.

Pour que ce projet ne s'écroule pas, il faut maintenir la lettre g à l'article 13 alinéa 2. Ou, si on décide de la biffer, il faut le cas échéant modifier la loi par exemple en prévoyant que les assurés dont l'assureur n'offre pas de réseau paient la participation minimale. Cette proposition, je l'avais d'ailleurs faite dans le cadre d'un autre projet, mais elle avait déjà été balayée par une majorité de membres de ce conseil. Si vous vouliez réexaminer ce point, je serais bien sûr la première à y être favorable.

Mais, d'une manière ou d'une autre, nous devons protéger les intérêts des assurés. C'est vraiment une question d'équilibre, entre la participation des assurés aux coûts et celle des assureurs à une offre diversifiée. Une notion d'équilibre que l'on retrouve d'ailleurs entre assureurs et fournisseurs de prestations, dans la notion de coresponsabilité budgétaire. C'est aussi, comme nous l'a rappelé Monsieur le conseiller fédéral Burkhalter une question de volonté politique claire: si nous souhaitons réellement que les réseaux de soins intégrés permettent d'optimiser l'utilisation des moyens et donc les coûts de notre système de santé, encore faut-il donner à ce projet, en travaillant avec l'autre conseil, une chance de tenir sur ses pieds et de poursuivre son existence.

Et c'est pour ces raisons que je vous invite à soutenir la proposition de la minorité II d'adhérer à la décision du Conseil national.

Schwaller Urs (CEg, FR): Ich unterstütze die Mehrheit, wie sie sich schliesslich im Laufe der langen Sitzungen herausgebildet hat, und möchte kurz erklären, weshalb ich das tue. In einem Hearing mit praktisch tätigen Experten für integrierte Versorgungsnetze wurde gesagt, es brauche diese Vorlage eigentlich nicht bzw. es gebe damit keine Angebote oder Leistungen, welche die bestehenden Netzwerke heute wegen Fehlens einer Managed-Care-Gesetzgebung nicht machen könnten. 50 Prozent der Grundversorger seien bereits in einem integrierten Netz tätig, drei Viertel davon trügen auch Budgetmitverantwortung.

Unser Ziel ist es nun, nicht nur 50 Prozent der Grundversorger, sondern 60 Prozent der Versicherten in die Versorgungsnetze zu bringen; ich glaube, heute sind es zwischen 10 und 20 Prozent der Versicherten. Dies wollen wir erreichen, indem wir die Versicherten überzeugen, dass integrierte Behandlungsnetze durch die bessere Koordination der Behandlung unnötige Mehrfachuntersuchungen und allenfalls Fehlmedikationen vermeiden helfen, dass die Netze die Qualität der Behandlung verbessern und die Transparenz der Behandlungswege steigern. Damit wird mit diesen Netzen alles in allem zur Kosteneindämmung beigetragen. Die Überzeugungsarbeit für die Versicherten ergänzen wir – wir werden darauf zu sprechen kommen – mit dem Angebot eines differenzierten Selbstbehaltes. Wenn die Managed-Care-Netze, die integrierten Versorgungsnetze das halten, was sie versprechen, werden die Versicherten das Angebot eines solchen Netzwerkes auch in ihrer Region von ihren Versicherern verlangen oder dann diese wechseln. Damit wird das Angebot für die Versicherer zu einem Wettbewerbsvorteil oder, wenn sie es nicht anbieten, zu einem Wettbewerbsnachteil. Es braucht, das ist die schliesslich gefundene Mehrheitsmeinung, den Angebotszwang gar nicht. Das ist das Erste.

Zum Zweiten würde die Aufrechterhaltung des Angebotszwangs verlangen, dass man auf der Seite der Leistungserbringer gleichzeitig die Frage des Kontrahierungszwangs angeht, diesen lockert oder sogar aufhebt. Nur so hätte man zwei Diskussionspartner, die einigermassen in der gleichen Ausgangslage diskutieren könnten. Aber die Diskussion rund um den Kontrahierungszwang, das haben wir festgestellt, führt heute noch in eine Sackgasse.

Zum Dritten und zum Letzten – da geht es vor allem um die Frage der Unabhängigkeit der Leistungserbringer – würde die im nationalrätlichen Beschluss enthaltene Verpflichtung der Unabhängigkeit von Netzwerken und Versicherern dazu führen, dass man praktisch dreissig heutige Netze aufheben müsste. Das kann es ja nicht sein! Wir wollen ja nicht die Versicherer abstrafen, die Netzwerke anbieten, die Aufbauarbeit geleistet haben, indem mit Inkraftsetzung dieser Bestimmung der Unabhängigkeit diese Netze dann aufgehoben oder abgeändert werden müssten.

Darum habe ich mich dann aufgemacht, den Antrag der Mehrheit zu unterstützen, der meines Erachtens den Zielen dieser Vorlage am besten entspricht.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Sie haben von Kollege Schwaller gehört, dass wir im Hearing in der Kommissionsarbeit sehr wohl erfahren haben, dass eigentlich eine solche Vorlage nicht dringend nötig wäre. Die Ärzte können ihre Modelle genau gleich realisieren, auch mit Budgetverantwortung und in Zusammenarbeit mit den Beteiligten im Gesundheitswesen. Nur: Mehr als 10 bis 20 Prozent der Versicherten erreichen wir halt eben nicht. Wir möchten wirklich eine Steuerung machen, die dieses Gesundheitswesen längerfristig prägen wird. Dazu haben wir uns aufgemacht, Patienten, Ärzten und Versicherern je etwas zu offerieren, aber wir nehmen sie auch in die Pflicht.

Für die Versicherten bieten wir bessere Bedingungen an, und zwar massiv bessere. Sie tragen einen kleineren Selbstbehalt, sie haben eine hälftige Höchstbelastung pro Jahr. Dafür wird ihnen aber die Wahlfreiheit bei den Ärzten teilweise eingeschränkt. Man kann nicht mehr grundlos für das gleiche Leiden zu vier, fünf verschiedenen Ärzten gehen. Die total freie Arztwahl ist nicht mehr möglich.

Für die für die Grundversorgung zuständigen Ärzte bringt es eine Aufwertung ihrer Stellung. Sie legen den Behandlungspfad fest, erhalten mehr Kompetenz und tragen mehr Verantwortung. Es ist auch einfacher, Familie und Beruf zu kombinieren, man kann den Notfalldienst besser regeln. Aber dafür haben sie eine Budgetmitverantwortung zu übernehmen. Dafür werden ihre Entscheide offener verglichen und eingeschätzt werden. Sie können auch zum Beispiel radiologische Apparate nicht einfach grenzenlos zum Einsatz bringen, sondern es wird kontrolliert, ob das nötig war oder nicht, weil sie eine Mitverantwortung haben.

Ja, und was haben die Versicherer im Ganzen beizutragen? Nichts. Frau Maury Pasquier hat sehr eindrücklich von diesem Gleichgewicht zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen gesprochen. Wir müssen versuchen, dieses Gleichgewicht zu erhalten. In den Agglomerationen und in den grossen Städten ist es kein Problem, einen Versicherer zu finden, der solche Modelle anbietet; aber wir möchten diese Vorteile, kombiniert mit den Nachteilen, ja auch den Patientinnen und Patienten in Uri, im Wallis und bei uns im Freiamt anbieten. Wenn wir diese Verpflichtung für die Versicherer nicht aufnehmen, heisst das, dass sich die Versicherten einen Versicherer suchen müssten, der dieses Modell anbietet. Das kann doch nicht sein! Deshalb finde ich es gerechtfertigt, dass wir hier auch die Versicherer in die Pflicht nehmen. Die Pflicht ist ja sehr klein, sie können ein solches Modell allein oder in Zusammenarbeit mit mehreren anderen Versicherern anbieten; sie müssen es auch nicht von einem Tag zum anderen anbieten, sondern haben eine Übergangsfrist von drei Jahren. Sie wollen das nicht. Ich muss Ihnen sagen: Diese Bestimmung soll einfach das Gleichgewicht wiederherstellen; das ist der Grund, weshalb ich Sie bitte, hier die Minderheit II zu unterstützen.

Noch ein Wort zum Stichwort Unabhängigkeit: Wenn wir die Formulierung gemäss Minderheit II durchbringen würden, die der Nationalrat ja mit sehr komfortabler Mehrheit beschlossen hat, dann würden die heutigen Modelle der Versicherer einfach in einen anderen Status umgewandelt; sie könnten diese unter einem anderen Namen anbieten, dessen bin ich mir sicher. Sie würden einen Weg finden, um diese weiterzuführen. Die neunzig Netzwerke würden auf keinen Fall zu Grabe getragen.

Ich bitte Sie, mit Blick auf einen Erfolg bei der Steuerung im Gesundheitswesen dieses Gleichgewicht beizubehalten. Wir können nicht immer im Oktober über die Prämiensteigerung jammern und es im Dezember schon wieder vergessen haben. Jede Vorlage hat Vor- und Nachteile, diese müssen einfach in einem Gleichgewicht sein.

Ich bitte Sie um Zustimmung zum Antrag der Minderheit II.

Fetz Anita (S, BS): Auch ich bitte Sie dringend, die Minderheit II zu unterstützen. Wir haben hier eine zentrale Bestimmung dieser Vorlage vor uns. Wenn wir die Angebotspflicht abschaffen, bringen wir die ganze Vorlage in Schiefelage. Es braucht eine gewisse Verpflichtung für die Krankenkassen, solche Modelle anzubieten. Kollegin Egerszegi-Obriest hat es Ihnen gesagt: Im Nationalrat wollte eine erdrückende Mehrheit diese Bestimmung. Das ist auch richtig.

Eigentlich stehen sich hier zwei Lesarten gegenüber. Die Mehrheit sagt, wir hätten ja schon heute Managed-Care-Angebote, also bräuchten wir keinen Angebotszwang. Dann brauchen wir, antworte ich darauf, die gesamte Vorlage nicht, denn wir haben, wie bereits ausgeführt worden ist, schon heute Managed-Care-Modelle. Wir wollen mit dieser Vorlage aber nicht nur sicherstellen, dass einfach Managed Care angeboten wird, sondern wir wollen Managed Care stärken und offensiv fördern, und zwar flächendeckend. Dazu braucht es eine Angebotspflicht. Immerhin setzen wir in dieser Vorlage mit dem differenzierten Selbstbehalt einen sehr starken Anreiz, diese Modelle zu wählen. Das ist ein starkes Signal, doch braucht es auf der Gegenseite einen Angebotszwang.

Ein Wort zu Kollege Schwaller, der die Mehrheit vertritt und gesagt hat, es gebe heute schon neunzig Netzwerke: Sie alle kennen sich mit Organisationsformen ja bestens aus. Es braucht nur einen relativ geringen Aufwand, um Netze organisatorisch so zu gestalten, dass sie sowohl unabhängig wie eigenständig sind. Darum gibt es eine dreijährige Übergangsfrist.

Ich bitte Sie deshalb, hier nicht eine schwerwiegende Differenz zum Nationalrat zu schaffen. Ich jedenfalls wünsche mir nicht, dass diese Vorlage, wie so viele ihrer Vorgängerinnen, einen Differenzbereinigungs- oder Schlussabstimmungstod stirbt.

Stähelin Philipp (CEg, TG): Ich gestehe, dass ich, quasi als Gegenmittel zum damals eingeführten Ärztestopp, vor rund zehn Jahren einen Antrag gestellt hatte, der in Richtung der jetzigen nationalrätlichen Fassung ging. Der Bundesrat hat sich damals gegen meinen Antrag gewandt – das war noch Bundesrätin Ruth Dreifuss. Ich habe etwas den Eindruck, es sei Ironie der Geschichte: Jetzt kommt der gleiche Antrag und wird seitens des Bundesrates stark unterstützt. Ich muss Ihnen aber sagen, dass ich aus heutiger Sicht mit dieser Bestimmung Mühe habe, und zwar auch von der systematischen Stellung dieser Bestimmung im Gesetz her.

Um was geht es mir? Wenn in einem Gebiet, beispielsweise einem Kanton, einer Prämienregion oder, wie es hier im Gesetz in Artikel 13 Absatz 5 heisst, in «Teilen des örtlichen Tätigkeitsbereichs» einer Versicherung, ein Ärztenetzwerk besteht, das aber mit einzelnen Versicherern, insbesondere kleinen, keinen Vertrag schliesst – das wird vor allem die ländlichen Gebiete angehen –, dann wird das dazu führen, dass die Versicherer, welche keine Ärzte, keine Leistungserbringer für ein Netzwerk finden, in diesem Gebiet, beispielsweise im Kanton Appenzell oder im Toggenburg oder wo auch immer, überhaupt keine obligatorischen Krankenversicherungen mehr anbieten dürfen. Sie fallen weg, sie können in der Grundversicherung gar nicht mehr tätig sein. Das ergibt sich hier aus der Stellung von Buchstabe g in Artikel 13, der die Bewilligung und den Entzug der Bewilligung für Versicherer regelt. Die Versicherer dürfen dann hier gar nicht mehr tätig sein.

Wohin führt das? Das führt dazu, dass die ganze Geschichte dann möglicherweise Richtung Monopol, Richtung Kartelle führt. Das wollen wir doch nicht! Aber schauen Sie sich diese Geschichte hier an: Darum geht es doch. Die Auf-

sicht, das Departement, muss dann einem Versicherer, der in einer Gegend kein Netzwerk findet, die Bewilligung für eine solche Gegend generell entziehen. Das ergibt sich aus der systematischen Stellung. Ich frage Sie noch einmal: Wollen wir das? Das kann es doch nicht sein! So wird das Ganze zu einer Konzentrationsübung verkommen, und das kann ja nicht der Sinn der Geschichte sein.

Ich bitte Sie deshalb mit der Mehrheit, gegen diesen Antrag der Minderheit II zu stimmen.

Kuprecht Alex (V, SZ): Frau Kollegin Egerszegi und Frau Kollegin Fetz haben jetzt immer wieder darüber gesprochen, wie wir mit dieser Vorlage steuern. Seien wir uns doch bewusst: Es gibt eigentlich drei Akteure im Gesundheitswesen: erstens die Versicherer bzw. Krankenkassen, zweitens die Ärzte – das sind selbstständigerwerbende Unternehmer – und drittens die Versicherten. Wenn jemand die Kassen steuern kann, dann sind das nach meiner Überzeugung die Versicherten. Wir haben in diesem Prozess die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen, und ich glaube, der differenzierte Selbstbehalt ist ein wichtiger Bestandteil dieser Rahmenbedingungen.

Was machen Sie, Frau Kollegin Egerszegi, wenn sich diese selbstständigen Ärzte nicht in ein Netz einbinden lassen? Dann wird es kein Netz geben, und die Versicherten werden genau vor der Problematik stehen, die jetzt Herr Stähelin geschildert hat. Darum bin ich der festen Überzeugung: Nicht wir, sondern die Versicherten steuern. Die Versicherten werden entsprechend den Wettbewerb spielen lassen, wenn die Kasse, bei der sie versichert sind, kein Netzwerk anbietet. Darum glaube ich, dass wir diesem Wettbewerb freien Lauf lassen müssen. Die Kassen werden mit Bestimmtheit solche Netze anbieten, sofern sie Ärzte finden, die in diese Netze kommen. Darum bin ich der festen Überzeugung, dass der Druck in Bezug auf die Bildung von Netzen vonseiten der Versicherten kommen muss und nicht von uns.

Ich möchte Sie deshalb bitten, diese nicht notwendige Verpflichtung nicht anzunehmen, sondern der Mehrheit zu folgen.

David Eugen (CEg, SG): Nach meiner Überzeugung ist der entscheidende Vorteil der Netzwerke, dass sie dem Versicherten bzw. Patienten eine bessere Qualität anbieten können. Dies ist erst noch mit dem finanziellen Vorteil verbunden, dass man dafür weniger Selbstbehalt übernehmen muss.

Meiner Ansicht nach sind diese zwei Elemente eng miteinander verknüpft. Die Reduktion des Selbstbehaltes ist dann gerechtfertigt, wenn effektiv mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit im Behandlungsablauf festzustellen sind. Entgegen der Meinung vieler, auch der Meinung der Mehrheit der Kommission, ist das in keiner Weise ein Automatismus; die Untersuchungen bestätigen das. Die Netzwerke sind in Bezug auf die Qualität ganz verschieden. Wenn wir hier eine Regel aufstellen, wonach praktisch jede Konstruktion, die irgendwo gebildet wird, ein bezüglich des Selbstbehaltes privilegiertes Netzwerk ist, nehmen wir vom Qualitätserfordernis Abschied. Dann schafft man Netzwerke – das ist der Endeffekt –, die eigentlich Alibi-Charakter haben. Man macht sie, weil der Staat das verlangt, weil der Staat das steuert und sagt, dass da auch noch ein Netzwerk sein müsse, ohne dass die Rahmenbedingungen, die eben sehr verschieden sein können, berücksichtigt werden. Es gibt Bereiche, in denen man, weil die Qualität nicht erbracht werden kann, eben kein Netzwerk bilden kann. Damit die Risikogruppe stimmt, braucht es genügend Versicherte, die sich dafür interessieren. Es braucht auch genügend Leistungserbringer, die motiviert sind mitzumachen. Zu glauben, dies mit staatlichem Zwang herbeiführen zu können, ist meiner Meinung nach eine Illusion; es untergräbt eigentlich den Grundgedanken des Netzwerkes, nämlich die Idee, dass die Qualität die Patienten und Versicherten dazu veranlassen soll, ein Netzwerk zu wählen.

Daher sollten wir diese Bestimmung weglassen. Wir sollten die Steuerung nicht durch den Staat implementieren, son-

dern dies, wie es vorher Alex Kuprecht gesagt hat, den Versicherten überlassen. Die Versicherten werden, wenn sie sehen, dass die Qualität da ist, Netzwerke verlangen, und dann werden auch Netzwerke entstehen, die das Gewünschte anbieten. Dann haben wir eine Steuerung, die in die richtige Richtung geht – aber nicht, wenn wir hier hinsichtlich der ambulanten Versorgung eine staatliche Zwangsordnung für das ganze Land einrichten.

Brändli Christoffel (V, GR): Diese Frage des Zwanges wird meines Erachtens politisch enorm hochstilisiert. Das Ziel muss es sein, gute Netzwerke zu haben, damit Kranke in diese Netzwerke gehen. Wir können das mit der Differenzierung der Kostenbeteiligung und mit der Rabattierung erreichen. Das sind die Anreize, die wir anbieten. Für mich ist klar: Wenn ein Managed-Care-Modell ein attraktives Modell ist, muss doch jede Versicherung dieses Modell anbieten, sonst verliert sie Kunden. Der Markt regelt also dieses Problem.

Jetzt wollen wir sagen, die Versicherer müssten Verträge mit den Leistungserbringern abschliessen. Da ist einfach ein Denkfehler in der ganzen Konstruktion. Die Netzwerke werden durch die Leistungserbringer, also Ärzte und Spitäler, gebildet, und nun sagt man den Vertragspartnern, den Zahlenden, sie müssten mit diesen Netzwerken einen Vertrag machen. Das ist für den Geldempfänger eine feudale Angelegenheit, denn er kann 10 Prozent mehr verlangen, während der andere ausgeliefert ist und einen Vertrag abschliessen muss. Das macht keinen Sinn. Ich bin fest davon überzeugt, dass der Markt dieses Problem löst; in letzter Zeit ist ja sehr viel in Bewegung gekommen. Wenn Sie Zwang ausüben möchten, müssen Sie sagen, dass die Ärzte und Spitäler Netzwerke bilden müssen; dann haben wir eine andere Situation, dann muss derjenige, der anbietet, das machen!

Man kann lange über diese Frage diskutieren. Ich spreche mich dafür aus, dass wir hier jetzt eine Differenz schaffen und der Nationalrat diese Frage noch einmal vertieft diskutiert, denn ich bin der festen Meinung, dass hier ein Konzeptionsfehler vorliegt. Schaffen Sie eine Differenz, dann kann der Nationalrat diese Frage nochmals klären. Am Schluss werden wir eine Lösung haben – hoffentlich eine gute und nicht eine schlechte.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Gestatten Sie mir noch eine persönliche Bemerkung. Ich bin der festen Überzeugung, dass die integrierte Versorgung eine ausgezeichnete Lösung ist. Ich bin davon überzeugt, dass sich die Leistungserbringer zu Netzen zusammenfinden. Was bis jetzt noch nicht erwähnt worden ist und was eben auch mitspielt, ist die Forderung nach dem verfeinerten Risikoausgleich. Er wird den Leistungserbringern wesentlich mehr bringen, als wir annehmen. Sie werden sich auch deshalb zu Netzen zusammenschliessen, weil sie dann Chronischkranke behandeln können, ohne dadurch finanzielle Einbussen zu erleiden. Die Versicherten werden das Modell der integrierten Versorgung aus Gründen der qualitativ besseren Versorgung und des tieferen Selbstbehalts wählen, und die Versicherer werden – davon bin ich überzeugt, und ich habe mit den Versicherern ja sonst nichts am Hut, ich bin mit ihnen nicht vernetzt – die Netze unter Vertrag nehmen, weil sich die Versicherten sonst andere Versicherer suchen. Sie werden aus rein marktwirtschaftlichen Überlegungen daran interessiert sein, diese Netze anzubieten. Das zeigt sich ja schon heute: Wir haben bereits heute diese Netze in den Randregionen. Dort, wo sich Leistungserbringer zusammenfinden, finden wir auch diese Netze.

Deswegen verstehe ich wirklich nicht, weshalb man jetzt sagt, das sei aus Gründen der Opfersymmetrie einer der wichtigsten Artikel dieser ganzen Vorlage. Wie Herr Brändli bin auch ich der Meinung, dass es wichtig ist, eine Differenz zu schaffen, damit man im Nationalrat, wenn man sich dort unsere Überlegungen noch einmal durch den Kopf gehen lässt, selber zur Ansicht kommt, dass diese Bestimmung gar nicht notwendig ist.

Noch einmal: Ich trete vehement für die integrierte Versorgung ein, aber wir dürfen hier nicht Bestimmungen ins Gesetz aufnehmen, die etwas vorgaukeln, das nicht erfüllt werden kann.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: La différence entre l'exécutif et le Parlement réside dans le fait que l'exécutif pense que si parfois il peut être utile de créer des divergences, il est surtout utile de construire des convergences. Donc s'il faut encore créer une divergence sur ce point, d'accord! Mais, à un moment donné, il faudra quand même trouver un point commun, parce que les divergences, c'est intéressant, mais cela ne nous amène pas très loin dans les travaux parlementaires. A la fin, il faut quand même mettre au point un projet qui ait des chances d'être accepté.

Toutes les interventions que vous avez faites ont au moins un point commun: personne n'a remis en cause le fait qu'on doive créer les conditions les meilleures pour que les réseaux de soins intégrés se développent véritablement. Et là, je dis d'emblée à Monsieur Schwaller – qui n'est pas là – que c'est aussi une question de rythme. Donc le développement des réseaux de soins intégrés, c'est bien, le développement rapide des réseaux de soins intégrés, c'est mieux! Parce que cela fait quelques années que l'on attend un véritable changement de paradigme, comme l'a dit Madame Forster, et quelques années que ce changement de paradigme n'est pas très rapide.

Alors s'il y a quelque chose de malade dans le système de santé, Madame Maury Pasquier, ce n'est pas ce projet! S'il y a quelque chose de malade, c'est le fait qu'on cherche à mettre en place un système de qualité, mais qu'on n'arrive pas toujours à mesurer la qualité. En revanche, on constate que les coûts augmentent tout le temps, sans que la qualité augmente vraiment de manière proportionnelle aux coûts. Et c'est cela peut-être l'élément qui est malade dans le système. Et ce qui est – je ne dirai pas malade, pour ne pas être impoli – vraiment difficile, c'est que tout changement de paradigme pour aller vers une augmentation de la qualité et en même temps de l'efficacité se heurte à des blocages quasi systématiques – vous le savez très bien, dans ce conseil.

C'est pourquoi il faut maintenant, une fois pour toutes, passer par-dessus. Et c'est aussi pourquoi le Conseil fédéral soutient la version du Conseil national. Je ne m'exprimerai pas sur les différences de détail puisque vous voulez vraisemblablement qu'il y ait une divergence, que ce soit la minorité I ou la majorité. J'aimerais surtout m'exprimer sur la différence de concepts entre la minorité I et la minorité II et celui de la majorité; soit le concept qui consiste à dire qu'il faut une disposition qui prévoit que les assureurs doivent offrir de tels modèles et le concept qui prévoit de biffer cette disposition.

Le Conseil fédéral est d'avis qu'il faut une disposition allant dans ce sens-là pour deux raisons. Je l'ai déjà dit lors du débat précédent.

Premièrement, il faut délivrer un message politique clair: il ne s'agit pas d'une étatisation – «Verstaatlichung» – de tout le système de santé. Il s'agit pour l'Etat d'envoyer un message clair et cela, c'est le rôle de la politique. Il faut délivrer, par cette révision, un message politique clair.

Deuxièmement, il faut aussi construire un équilibre dans cette révision, un équilibre au niveau des efforts consentis par chacun. Le message politique clair, c'est que nous voulons un développement rapide des réseaux de soins de façon que la majorité des assurés en fassent partie. Sur ce point, j'aimerais commenter les propos de Monsieur Brändli; je partage assez largement son avis. Je suis assez convaincu, et le Conseil fédéral aussi, que le marché va être fort à ce niveau-là, et que la demande des assurés pour adhérer à des réseaux de soins intégrés va se développer ces prochaines années. Elle commence déjà maintenant à se développer alors que les conditions sont moins bonnes. Alors si on améliore ces conditions, à l'évidence cette demande se développera encore et le marché aussi. La question est que, si vraiment le marché va dans ce sens, alors il faut accentuer encore un peu cette tendance en demandant aux assu-

reurs d'offrir ces modèles. Si le marché va réellement dans ce sens, ce qui est votre conviction et aussi la mienne, en quoi le fait de demander aux assureurs d'offrir un tel modèle causerait-il un problème?

J'ajouterai encore ceci à propos des remarques formulées, en particulier de celles de Monsieur Stähelin: je les comprends de toute manière, c'est clair, mais je ne les comprends pas totalement, malgré tout, à cause des dispositions transitoires. En effet, celles-ci prévoient très clairement trois ans, mais pas seulement. Le délai de trois ans pour mettre en place et proposer cette forme d'assurance des réseaux de soins intégrés est une chose, mais il y a aussi l'alinéa 3 des dispositions transitoires, Monsieur Stähelin, qui prévoit que s'il y a des problèmes du type de ceux dont vous avez parlé, le législateur devra intervenir.

Donc, c'est quand même un pari: si vous estimez qu'il faut pousser dans ce sens-là et envoyer un message clair, et si les problèmes soulevés par Monsieur Stähelin devaient réellement apparaître – je ne crois pas que cela sera le cas –, alors il faut en effet modifier un certain nombre de choses. Mais c'est la philosophie même du projet. Voulez-vous attendre que les choses se fassent, comme on le fait depuis vingt ans? Depuis vingt ans, on demande ces formes particulières d'assurances! «Résultat des courses»: ce ne sont que les formes particulières d'assurances plutôt orientées vers la sélection des risques qui se sont développées.

Quand vous dites, Monsieur Schwaller, que 10 à 20 pour cent des assurés ont choisi de se faire soigner dans les réseaux de soins intégrés, ce n'est vrai! Ils sont moins de 10 pour cent. Les réseaux de soins intégrés tels que ceux qui sont prévus dans le projet, il n'y a actuellement pas 10 pour cent des assurés qui les ont choisis. 30 pour cent des assurés ont contracté des formes particulières d'assurance, mais pour la plupart ce sont des modèles de listes, et vous savez très bien que ce sont des formes qui ont plutôt tendance à renforcer le modèle d'assurance orienté vers la sélection des risques. Or ce que l'on veut, c'est exactement le contraire. Ce que l'on veut, c'est la concurrence sur la qualité mais plus sur la sélection des risques. Et pour faire cela, vous devez, comme l'a dit Madame Forster, avoir le courage de changer de paradigme, ce qui ne peut se faire sans que l'Etat, le monde politique et le Parlement comprennent le message clair d'intention, à la Suisse entière et aux assurés, puisque c'est de cela qu'il s'agit.

Dans ces conditions, il me paraît que le message politique clair, c'est une version du type de celle du Conseil national. Si vous voulez vraiment «eine Differenz schaffen», alors vous pouvez le faire en adoptant la proposition de la minorité I (Gutzwiller), et à ce moment-là on reprendra la discussion au Conseil national. Mais montrez clairement que vous voulez que les assureurs offrent ce modèle, d'autant plus que le marché lui-même va quasiment le plébisciter, à vous entendre en tout cas!

Ensuite, j'aimerais faire une appréciation, là aussi très politique. Vous savez, ce projet n'est pas malade, je le répète, mais très difficile. Ce n'est pas parce qu'il est difficile qu'il est malade! Les projets les plus simples seraient alors en bonne santé? Les projets simples sont très faciles, quand vous êtes tous d'accord, vous pourriez même vous passer de la présence du Conseil fédéral dans ce cas, et je n'aurais plus besoin de venir les défendre au Parlement! Mais quand le projet est difficile, il faut se battre, mais cela ne veut pas dire qu'il est malade! Ce projet n'est pas malade; c'est un bon projet, mais il sera attaqué, et c'est là qu'est la différence entre les projets bons et faciles et les projets bons et difficiles. Du point de vue, tout d'abord, de l'équilibre de ce projet – que certains d'entre vous ont évoqué –, en résumé, tout simplement, il y a un équilibre politique qui s'appuie sur le fait que les assureurs s'engagent à offrir de telles formes d'assurances, les réseaux de soins intégrés, selon les alinéas 1 et 3 des dispositions transitoires. Donc, si cela ne marche pas, on reviendra devant vous, mais cela marchera! C'est possible, il faut simplement la volonté d'aller tous dans le même sens pour changer un peu dans ce débat sur la politique de santé.

Ensuite, les fournisseurs de prestations s'engagent à assumer une coresponsabilité budgétaire. Vous savez à quel point c'est délicat, à quel point c'est critiqué, mais vous savez aussi à quel point c'est juste si vous voulez véritablement que le système de santé aille non seulement vers la qualité mais vers l'efficacité. C'est le deuxième point de l'équilibre.

Enfin, troisième point de l'équilibre, c'est les assurés qui assumeront une plus grande participation aux coûts s'ils restent dans un modèle aujourd'hui traditionnel, c'est-à-dire celui que nous connaissons. Mais j'insiste sur ce point: demain, le modèle traditionnel sera les réseaux de soins intégrés, parce que la majorité des assurés seront affiliés aux réseaux de soins un jour. A ce moment-là, le changement de paradigme aura vraiment lieu.

Vous avez là un équilibre politique assez délicat à conserver, et si on y touche, tout le projet deviendra évidemment plus difficilement acceptable lorsqu'il y aura le débat populaire, qui se tiendra certainement sur un tel projet. D'ailleurs, il est assez souhaitable qu'il ait lieu.

L'appréciation politique est donc simple: si vous voulez marquer une volonté politique claire, il faut non seulement une ligne claire mais aussi un rythme clair. Je le redis, cette fois-ci en présence de Monsieur Schwaller, la question du rythme est importante. En effet, cela fait longtemps qu'on attend, maintenant on n'a plus trop de temps pour essayer de mettre en place un système qui permet réellement de concilier qualité, efficacité et, donc, coûts. Si on veut donc cette ligne et ce rythme clairs et si on veut conserver l'équilibre du projet dans ce débat très délicat, il faut aller dans le sens du Conseil national, donc dans le sens de l'une des deux minorités, et on peut encore chercher une optimisation de la formulation de cette disposition.

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag der Minderheit I ... 20 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 16 Stimmen

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 21 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 14 Stimmen

Art. 19 Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 19 al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Artikel 19 Absätze 1 und 2bis, Artikel 20 Absatz 1, Artikel 34 Absatz 3 sowie Artikel 41 Absatz 4 werden gestrichen bzw. aufgehoben, weil wir die Vorlagen zusammengeführt haben. Die nächste effektive Differenz besteht bei Artikel 41b Absatz 1.

Angenommen – Adopté

Art. 41b

Antrag der Kommission

Abs. 1

Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig ...

Abs. 1bis, 2–5

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41b

Proposition de la commission

Al. 1

Les assurés peuvent convenir avec l'assureur de se fournir en prestations uniquement ... avec laquelle l'assureur ...

Al. 1bis, 2–5

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Auch hier ganz kurz: Wir haben eine klarere Formulierung gewählt. Danach können die Versicherten Vereinbarungen mit den Versicherern treffen. Wir haben lediglich die Formulierung «im Einvernehmen» gestrichen.

Absatz 1bis wird gestrichen, weil er an einer anderen Stelle eingefügt worden ist.

Gemäss Absatz 2 werden auch künftig weitere alternative Versicherungsformen wie Listenmodelle, Wahlfranchisen, telefonische Beratungsdienste und einfache Hausarztmodelle zugelassen. Dafür können Prämienermässigungen gewährt werden, aber keine Reduktion der Kostenbeteiligung. Die Reduktion der Kostenbeteiligung gemäss Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c ist nur bei den Modellen mit integrierter Versorgung möglich.

Zu Absatz 3 gibt es nur eine kurze Bemerkung zu machen: Wir haben diese Bestimmung in Artikel 41b Absatz 2 integriert. Zu den Absätzen 4 und 5 habe ich keine Bemerkungen.

Angenommen – Adopté

Art. 41c

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

... gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung sicherstellen.

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

Streichen

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 5

Der Bundesrat kann Anforderungen ...

Antrag der Minderheit

(Fetz, Maury Pasquier)

Abs. 1

Eine Gruppe von Leistungserbringern nach den Artikeln 36 bis 38, die sich ...

Antrag der Minderheit

(Stähelin, Kuprecht, Niederberger, Reimann Maximilian)

Abs. 2

... nicht anwendbar. (Rest streichen)

Antrag der Minderheit

(David)

Abs. 6

Auf Versorgungsnetze, die sich auf die Behandlung chronischer Krankheiten konzentrieren, finden Artikel 41c Absatz 1 dritter Satz und Artikel 41c Absatz 4 keine Anwendung.

Antrag der Minderheit

(Fetz)

Abs. 7

Kommt bei stationärer Behandlung ein anderer Tarif zur Anwendung als nach Artikel 49, so übernimmt der Wohnkanton anteilmässig die Vergütung nach Artikel 49a nach diesem Tarif, höchstens aber bis zu seinem Anteil nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Findet die stationäre Behandlung im Rahmen eines Exklusivitätsvertrages mit einem Spital statt, entfällt die anteilmässige Vergütung des Wohnkantons mit Ausnahme von Behandlungen aus medizinischen Gründen nach Artikel 41 Absatz 3bis ganz.

Art. 41c

Proposition de la majorité

Al. 1

... chaîne thérapeutique. Le réseau de soins intégrés doit garantir l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

Biffer

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 5

Le Conseil fédéral peut fixer ...

Proposition de la minorité

(Fetz, Maury Pasquier)

Al. 1

Un groupe de fournisseurs de prestations selon les articles 36 à 38 qui ...

Proposition de la minorité

(Stähelin, Kuprecht, Niederberger, Reimann Maximilian)

Al. 2

... applicable à ces contrats. (biffer le reste)

Proposition de la minorité

(David)

Al. 6

L'article 41c alinéa 1 troisième phrase et l'article 41c alinéa 4 ne s'appliquent pas aux réseaux de soins intégrés qui traitent en priorité les maladies chroniques.

Proposition de la minorité

(Fetz)

Al. 7

Si, pour un traitement hospitalier, le tarif applicable diffère de celui prévu à l'article 49, le canton de résidence prend en charge sa part de rémunération au sens de l'article 49a selon ce tarif, mais uniquement jusqu'à concurrence de la part calculée sur le tarif en vigueur dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Si le traitement hospitalier est fourni dans le cadre d'un contrat d'exclusivité conclu avec un hôpital, le canton de résidence ne prend pas en charge sa part de rémunération, sauf pour les traitements administrés pour des raisons médicales visées à l'article 41 alinéa 3bis.

Präsident (Inderkum Hansheiri, Präsident): Es liegt eine bereinigte Fassung des Antrages der Minderheit David zu Absatz 6 vor.

Abs. 1 – Al. 1

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Das ist der eigentliche Kern der Vorlage: Es wird festgehalten, dass unter integrierter Versorgung die medizinische Versorgung und Betreuung der Versicherten über die ganze Behandlungskette verstanden wird. Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung anbieten, und die Behandlung der Versicherten soll sektorübergreifend geschehen. Es wird Netzwerke geben, an denen sich nur Grundversorger beteiligen und die Spezialisten, Spitäler, Ambulatorien usw. unter Vertrag nehmen, und andere, die neben Grundversorgern auch Apotheken, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Spezialisten und Spitäler ins Netz integrieren. Aber auch Spitalambulatorien können Netzwerke anbieten und andere Leistungserbringer unter Vertrag nehmen. Wie die Leistungserbringer, Spitalambulatorien, einzelne Spitalabteilungen und Spitäler in die Netzwerke eingebunden werden – ob direkt am Netz beteiligt oder aber als Dienstleister eingebunden –, bleibt den Netzen überlassen.

Die Netze haben also sehr grosse Freiheiten. Wichtig ist, dass nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die Anbieter von ambulanten und stationären Spitalleistungen wie die nachgelagerten Betreuungsstrukturen in die Netzwerke mit einbezogen werden. Es ist den Netzwerken auch nicht verwehrt, sich innerhalb eines Netzes auf besondere Krankheiten zu spezialisieren, solange sie Gewähr bieten, alle übrigen OKP-Leistungen auch anzubieten. In diesem Sinn ist auch die Änderung des letzten Satzes dieses Absatzes zu

verstehen. Damit soll deutlich gemacht werden, dass die Versorgungsnetze den Zugang zu allen Leistungen sicherstellen, so z. B. über Verträge mit entsprechenden Anbietern.

Gemäss der Minderheit Fetz – ich möchte klarstellen, dass ihr Antrag sich nur auf Absatz 1 dieses Artikels bezieht – sollen zwar alle Leistungserbringer, nicht aber die Spitäler und Pflegeheime in die Modelle integriert werden. Dabei wird u. a. argumentiert, dass die Finanzierungsregelung völlig offen sei. Dies trifft aber gemäss Mehrheit insofern nicht zu, als für alle Leistungen, die im Netzwerk erbracht werden, Verträge abgeschlossen werden, die auch Finanzierungsregelungen enthalten. Die Tarif- und Vergütungsfragen sowie die Definition der Budgetmitverantwortung werden absichtlich offengelassen oder nur allgemein geregelt. Im Übrigen werden in der Regel die bestehenden gesetzlichen Grundlagen anwendbar sein, was sicherstellt, dass die bewährten Regeln eingehalten werden.

In diesem Sinne ist die Mehrheit der Überzeugung, dass eben auch bei der integrierten Versorgung die Spitäler und Pflegeheime nicht ausgenommen werden dürfen.

Fetz Anita (S, BS): Bisher gingen wir bei den Verhandlungen davon aus, dass es sich bei den Managed-Care- oder integrierten Netzwerken um Organisationen handelt, die eben Ärztenetze sind. Selbstverständlich steuern diese Netzwerke auch die stationären Leistungen. Das ist unbestritten, auch von der Minderheit, und steht auch so in diesem Absatz. Die Netze können mit Spitalern sogar Exklusivverträge abschliessen; das kommt dann weiter hinten. Es ist also nicht so, dass der stationäre Bereich nicht in diese Ärztenetze einbezogen wäre.

Aber ich glaube, wir müssen ehrlich sein. Wenn wir Netzwerke wollen, müssen wir auch Netzwerke verlangen und das wirklich ins Gesetz schreiben. Wir sollten das entsprechend festhalten und uns dabei wirklich auf Ärztenetze konzentrieren, nicht auf Parallelstrukturen, die an den kantonalen Spitalplanungen vorbeigehen; das ist die grosse Gefahr. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz stellt sich ebenfalls auf den Standpunkt, dass hier nicht noch mal eine neue Regelung ausserhalb der Spitalplanung und erst noch parallel zur neuen Spitalfinanzierung, die jetzt grosse organisatorische Umstellungen verlangt, eingeführt werden soll. Es reicht, wenn wir die Netzwerke auf die Ärzte beschränken. Deshalb bitte ich Sie, der Minderheit zuzustimmen. Übrigens erfassen die Artikel 36 bis 38 neben den Ärzten natürlich auch sämtliche anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Auch Apotheken können also Netzwerke bilden, auch Spezialisten können Netzwerke gründen. Wie gesagt, alle können die Spitäler in ihre Netzwerke integrieren. Wichtig ist, dass wir nicht den Spitalern selber die Kompetenz geben, auch noch Netzwerke zu gründen.

David Eugen (CEg, SG): Ich sehe die grösste Chance für die Netzwerke bei den Chronischkranken – man kann auch sagen: bei den Hochkostenfällen. Das, was in diesem Artikel ja auch erwähnt wird, nämlich die Vorgabe oder die Strukturierung von Behandlungspfaden, ist geeignet, bei ihnen eine bessere Qualität der Behandlung herbeizuführen und auch die Ressourcen optimal einzusetzen. Diese Patientengruppe nimmt pro Jahr Leistungen für Kosten von mehr als 5000 Franken pro Patientin oder Patient in Anspruch. Das ist die Patientengruppe, bei welcher die Netzwerke eigentlich die grössten Chancen bringen. Es ist eine zahlenmässig relativ kleine Gruppe – sie bewegt sich im Bereich von 10 Prozent –, auf der Leistungskostenseite verursacht diese Gruppe aber Kosten von 50 bis 60 Prozent des gesamten Volumens.

Um diese Gruppe anzusprechen, spielen die Spitäler natürlich eine ganz wichtige Rolle. «Integrierte Versorgung» heisst ja gerade, dass man das Leistungsspektrum der Spitäler mit einbezieht, und zwar gerade für die schweren Fälle. Es soll auch durchaus zulässig sein – es muss nicht so sein –, dass die Spitäler die Initiative ergreifen. Es kann insbesondere auch ein Ziel von Regionalspitalern sein, in ih-

rer Region Ärztenetze zu initiieren und sich stark auf die schweren Fälle zu konzentrieren. Wenn wir der Minderheit folgen würden, würden diese nach meiner Meinung zentralen Möglichkeiten des Netzwerks beseitigt, sie würden quasi untersagt. Den Spitalern würde in der ganzen Netzwerkfrage allenfalls eine Nebenrolle zuerkannt, und das wäre falsch.

Ich behaupte nicht, dass die Spitäler die Hauptrolle spielen müssen. Es muss ihnen vielmehr freigestellt sein, diese Rolle zu übernehmen. Das muss sich nachher auf dem Feld zeigen: An einem Ort kann das sehr wohl eine ganz gute Lösung sein, an einem anderen Ort wird eher die Lösung richtig sein, dass das Spital einfach Vertragspartner eines Netzwerkes ist. Es wäre meines Erachtens ganz falsch, wenn wir mit der Zustimmung zum Antrag der Minderheit diese Lösung von Anfang an verbauen würden; vielmehr sollten wir diese Möglichkeit offenlassen und es den Beteiligten in der Versorgung überlassen, die besten Lösungen zu finden.

In diesem Sinne bitte ich Sie, im Interesse einer freieren Lösung der Mehrheit zu folgen, wonach solche Netzwerke auch zusammen mit Spitalern entstehen können.

Stähelin Philipp (CEg, TG): Lassen Sie mich noch auf einen weiteren Aspekt hinweisen: Wenn die Fassung des Nationalrates gegenüber jener unseres eigenen Rates einen grossen Vorteil und einen Fortschritt gebracht hat, dann im Einbezug in die Budgetmitverantwortung. Wenn wir nun die Spitäler ausschliessen, verlassen wir nicht nur den Grundgedanken der integrierten Versorgung, bei der die Behandlungspfade eben voll vorgesehen sind, sondern wir entlassen indirekt auch die Spitäler, die grössten Kostenfaktoren, aus der Budgetmitverantwortung. Das scheint mir schlicht und einfach falsch zu sein. Das sollten wir nicht tun. Ich bitte Sie, bei der Mehrheit zu bleiben.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Madame Fetz, il ne faut pas trop parler d'«Ärztenetze». Il s'agit vraiment de réseaux de soins intégrés, ce ne sont pas seulement des réseaux de médecins. Maintenant, il faut passer à la vitesse supérieure, il s'agit des réseaux de fournisseurs de prestations. Tant que vous restez dans la logique de réseaux de médecins «purs», évidemment que je comprends les problèmes que vous imaginez.

Encore une fois, il faut se projeter dans l'avenir. Or l'avenir, c'est véritablement une médecine optimisée et pas une médecine maximisée. Elle fait appel à l'ensemble de la chaîne des soins. Madame Forster a dit au sujet de cet article que c'était un élément central. C'est en effet le coeur du projet, c'est la définition.

Il y a deux principes: le premier, qui est vraiment très important – vraisemblablement le plus important –, c'est le fait qu'on va piloter les soins tout le long du processus thérapeutique. Donc, avec la coordination des soins, on se pose les questions suivantes: «est-ce que tel acte doit être fait à tel moment?» ou «doit-on ne pas le faire ou le faire autrement?»

Le deuxième principe est que toutes les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins doivent être fournies par le réseau, mais pas forcément directement par lui. En ce sens, véritablement, la formulation de la majorité de votre commission est très proche de celle du Conseil national, mais elle est quand même un petit peu plus claire. En effet, à la fin, il est précisé que «le réseau de soins intégrés doit garantir l'accès à toutes les prestations», mais qu'il ne les offre pas forcément lui-même. C'était d'ailleurs aussi la volonté du Conseil national, mais il a utilisé le mot «offrir» qui pouvait prêter à confusion.

Nous sommes donc favorables à la proposition de la majorité. Nous croyons que pour aboutir aux résultats prévus et respecter les grands principes de la coordination des soins, d'un côté, et pour garantir l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins, de l'autre, il est véritablement justifié de laisser un tel réseau ouvert et libre à l'ensemble des fournisseurs de prestations.

Pour cette raison, nous vous demandons de rejeter la proposition de la minorité, parce qu'elle n'est pas positive, à mon

sens, pour le développement des réseaux de soins intégrés. Il faut suivre la majorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 27 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 4 Stimmen

Abs. 2 – Al. 2

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zwischen dem integrierten Versorgungsnetz – es trifft zu, was Herr Bundesrat Burkhalter gesagt hat: Wir müssen ab sofort von integrierter Versorgung und nicht mehr von Managed Care sprechen – und dem Krankenversicherer werden Einzelheiten der Zusammenarbeit, des Datenaustauschs, der Qualitätssicherung und der Leistungsvergütung in einem Vertrag ausgehandelt.

Zuhanden des Amtlichen Bulletins möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich festhalten, dass Vereinbarungen zwischen den integrierten Netzwerken und den Versicherern den OKP-Bereich abdecken. Die Verträge bedürfen keiner behördlichen Genehmigung. Im Falle von unzulässigen Wettbewerbsabreden kann bei der Weko die Eröffnung einer Untersuchung beantragt werden. Es soll gemäss der Mehrheit den Netzen überlassen werden, ob über Leistungsvereinbarungen Leistungen, die über die Pflichtleistungen hinausgehen, angeboten werden. Mit anderen Worten: Es soll den Anbietern der Netze überlassen werden, mit zusätzlichen Leistungen wie zum Beispiel Komplementärmedizin, sofern sie nicht so oder so wieder in die OKP Eingang findet, oder über andere Leistungen die Netze attraktiver zu gestalten. Die Netze übernehmen aber dann gemäss Absatz 4 auch einen Teil der finanziellen Verantwortung. Das Angebot kann auch nur gemacht werden, wenn es von den Versicherern vertraglich akzeptiert worden ist. Wer hingegen zusätzliche Leistungen, zum Beispiel ein Einzelzimmer in einem Spital oder sonstige Zusatzleistungen, in Anspruch nehmen will, muss dies nach wie vor über eine Zusatzversicherung abdecken.

In der Kommission wurde gewünscht, dass man das zu Protokoll gibt, weil offensichtlich Unsicherheiten darüber bestehen, ob Zusatzversicherungen überhaupt noch abgeschlossen werden müssen, wenn man in diesen Netzen versichert ist. Dem ist so. Wer spezielle Leistungen wie zum Beispiel ein Einzelzimmer oder sonstige Leistungen beanspruchen will, muss dies über die Zusatzversicherung tun.

Stähelin Philipp (CEg, TG): Die Minderheit beantragt die Streichung des zweiten Satzes von Absatz 2. Erklärer Zweck der ganzen Managed-Care-Vorlage ist ja eine Kostensenkung im System der obligatorischen Krankenversicherung; wir wollen, dass die Kosten hier sinken. Mit dem zweiten Satz soll nun die Möglichkeit eingeführt werden, dass integrierte Versorgungsnetze zusammen mit den Versicherern Leistungen vorsehen, welche nicht von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckt werden, also über die Pflichtleistungen hinausgehen. Weitere Leistungen, das bedeutet in der Regel doch auch höhere Kosten und nicht Kostensenkung. Weitere Leistungen gehören nach dem KVG-System in den Bereich der Zusatzversicherung und werden grundsätzlich vom KVG gar nicht erfasst. Damit würde also ein gewisser Systembruch erfolgen, und damit fänden auch die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirksamkeit des KVG in diesem überobligatorischen Bereich grundsätzlich keine Anwendung. Deshalb würde auch die Qualitätssicherung zum Problem. Die Vergleichbarkeit verschiedener Netzwerke wäre bei unterschiedlichem Leistungsangebot unter Einbezug überobligatorischer Leistungen «au fur et à mesure» ebenfalls nicht mehr gegeben.

Man kann nun selbstverständlich einwenden, in Netzen mit Budgetverantwortung würden Zusatzangebote, etwa im Bereich der Komplementärmedizin oder von Präventionsmassnahmen, das Budget unter dem Strich nicht belasten und es solle deshalb in der Kompetenz des Netzes bleiben, dies

selbst zu regeln. Ich habe grundsätzlich nichts dagegen. Dann soll halt auch das Hallenbad-Abonnement usw. wieder ins Paket kommen, womit die einzelnen Versicherer dann wieder bestens werben können. Aber dann doch bitte im Rahmen der Zusatzversicherungen! Dort ist der Platz für überobligatorische Leistungen. Das ist problemlos machbar, und wir verursachen nicht wieder einen Systemwirrwarr ohne Transparenz. Wir hätten damit auch für die Versicherten, die in solche Netzwerke gehen wollen, ein Angebot, das nur die obligatorischen und nicht darüber hinausgehende Leistungen abdeckt. Ich gehe davon aus, dass es auch solche Versicherte gibt, das heisst Versicherte, die nur den obligatorischen Teil und nichts anderes versichern wollen. Diese könnten das sonst ja nicht tun.

Ich bitte Sie um Unterstützung der Minderheit.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Ich könnte jedes Wort von Kollege Stähelin unterstützen, wenn wir jetzt hier nicht eine Änderung des Systems machen würden.

Wenn wir integrierte Versorgungsnetze haben, bei denen der Arzt oder der Leiter dieses Netzes die Budgetverantwortung hat, dann ist es mir an und für sich weniger wichtig, dass nur die Medikamente auf der Liste der Pflichtleistungen zum Zuge kommen. Wenn ein Patient zum Beispiel auf Alternativmedizin anspricht und der Arzt die Verantwortung für das Budget hat, ist es doch gut und richtig, wenn diese Möglichkeit offensteht. Ich möchte betonen, dass es hier nicht um Hallenbad-Abos oder solchen Schnickschnack geht; es geht auch nicht um Wellnessbehandlungen oder um Abos für Fitnessstudios. Es geht vielmehr um Alternativmedizin, es geht aber auch um präventive Massnahmen, zum Beispiel um Massnahmen zur Vermeidung von Sekundärinfektionen. Prävention wird von den WZW-Kriterien grundsätzlich nicht erfasst. Der Arzt, der die Verantwortung für die Behandlung des Patienten hat, hat doch ein Interesse daran, dass er möglichst schnell gesund wird; wir haben unsererseits ein Interesse daran, dass es effizient, kostengünstig geht, dass man Doppelspurigkeiten vermeiden kann.

Gerade auch im Sinne der Attraktivität dieser Netze – wir möchten ja im Zusammenhang mit dieser Änderung 60 Prozent der Patientinnen und Patienten auf diesen Weg bringen – bitte ich Sie, hier dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen. Diese Formulierung ist nämlich, finde ich, gelungen. Wir sind dieser Formulierung ja auch in der Kommission mit grosser Mehrheit gefolgt. Ich bitte Sie, dasselbe zu tun.

Schwaller Urs (CEg, FR): Das Gesundheitswesen ist sehr stark reglementiert, wie in den meisten westlichen Ländern wahrscheinlich überreglementiert. Lassen wir doch mindestens auch in dieser Vorlage noch die wenigen wettbewerbsrechtlichen Elemente, die bleiben. Mit der Budgetmitverantwortung wird ja auch die Gewähr geboten, dass die über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehenden Angebote – es wurde gesagt: wir denken hier an Komplementärmedizin, wir denken auch an Vorsorge – nicht zu einem weiteren Kostenschub führen. Ich glaube, die Budgetverantwortung wird hier dämpfend genug wirken, und es wird auch niemand Leistungen anbieten, die er innerhalb dieser Budgetverantwortung nicht tragen kann. Wenn es möglich ist, in Netzwerken mehr als in einer Einzelpraxis, mehr als in einer Versicherungsform ausserhalb eines Netzwerkes anzubieten, so müsste man eigentlich diese Möglichkeiten gerade wiederum im Sinne eines wettbewerbsrechtlichen Angebots oder Vorteils beibehalten.

Ich bin hier klar auf der Linie der Mehrheit.

David Eugen (CEg, SG): Ich plädiere auch für die Mehrheit, obwohl ich nicht die Vorstellung habe – das sage ich klar –, dass 60 Prozent der Versicherten in die Netze gehen sollten. Der Kern ist nach wie vor der, dass wir diejenigen Versicherten in die Netze bringen, die auch einen entsprechenden Behandlungspfad brauchen, und das ist an der ganzen Patientenpopulation gemessen ein relativ kleiner, aber sehr wichtiger Teil. Das sind diejenigen, die wir wirklich dazu bringen

sollten, in die Netze zu gehen, und zwar mit dem Qualitätsargument; ich kann das nur unterstreichen. Die Netze sollten sich in ihrem Angebot durch ein Mehr an Qualität differenzieren können, vor allem durch ein Mehr an Qualität für die Chronischkranken. Das hat Frau Egerszegi angesprochen. Es sind z. B. Präventions- und Begleitleistungen, die man bei Diabetes anbieten kann und die von der OKP nicht gedeckt sind, aber im Bereich der Chronischkranken einen grossen Effekt haben, auch hinsichtlich der Kosten und der Kostenentwicklung.

Das Wesentliche ist für den Patienten aber nicht das, sondern wir wollen ihm ein Mehr an Qualität bringen. Deswegen soll er dann sagen: «Ich als Chronischkranker mit der dauerhaften Notwendigkeit, einen Arzt aufzusuchen, sehe in diesem Netzwerk Vorteile, weil man mir gewisse zusätzliche Dinge anbietet, die gerade hinsichtlich meiner Krankheit sehr wichtig sind und die ich in der normalen OKP in dieser Form nicht in Anspruch nehmen kann.» Da ist dann auch eine gewisse Innovation gefragt. Wir sollten es auch den Netzwerken ermöglichen, innovativ zu sein und ihre Patientengruppen genau zu analysieren und für sie zu definieren, was man hier zusätzlich, über den allgemeinen Katalog der OKP hinaus, anbieten will, damit diese Patienten einsteigen. Ich bin auch überzeugt, dass der Anreiz durch Qualität am Ende für diese Patientengruppe viel stärker sein wird als der Kostenanreiz, über den wir weiter hinten hinsichtlich des differenzierten Selbstbehalts noch sprechen werden, denn dessen Bedeutung ist für diese Personengruppe relativ gering; davon bin ich überzeugt. Wenn hingegen die Leistungserbringer beim Angebot deutlich bessere Möglichkeiten aufzeigen können, besteht eine echte Chance, etwas zu verbessern. Darum bitte ich Sie, diese Freiheit zu belassen, denn das ist es. Ich behaupte – das möchte ich zu Kollege Stähelin sagen –, dass selbst Wellnessangebote durchaus Sinn machen können, denn Krankheit hat ja auch viel mit der Psyche zu tun. Es kann im Hinblick auf eine Verbesserung der Situation durchaus richtig sein, dass man für Leute mit schweren Krankheiten auch so etwas anbietet – aber eben im Rahmen eines Behandlungspfades, überlegt und nicht einfach mit der Giesskanne verteilt. Solche Chancen müssen wir den Netzwerken lassen. Bitte folgen Sie hier der Mehrheit.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Ich kann nur in den gleichen Chor einstimmen und zeigen, wie man mit dieser Bestimmung neben den schon erwähnten alternativmedizinischen oder den jetzt gerade erwähnten Therapien, beispielsweise auch der delegierten Psychotherapie – das ist ein weiteres, fast seit Jahrzehnten, sicher seit Jahren bestehendes dornenvolles Thema –, eine Lösung anbieten kann. Hier ist es in der Zukunft nämlich möglich, dass Netze zum Beispiel auch in diesem Bereich – die anderen wurden erwähnt – Lösungen finden. Das Problem, dieses seit Jahren bestehende Kampffeld, wenn ich so sagen darf, dass es heute ausgezeichnete nichtärztliche Psychotherapeuten gibt, die aber nicht direkt behandeln können, weil wir die delegierte Psychotherapie haben, könnte deutlich entschärft werden, weil es dann eben den Netzen überlassen wäre, solche Varianten wie Alternativmedizin, Prävention, nichtärztliche Psychotherapie einzubauen. Das halte ich auch für eine der Stärken der Vorlage.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je ne suis pas certain que l'exemple des médecines complémentaires soit le meilleur compte tenu du contexte actuel. Mais cela dit, il est quand même vrai que la problématique des médecines complémentaires pourrait être quelque part résolue par une telle proposition sans que l'on doive se poser des questions, dont les réponses ne sont pas très faciles, sur le respect des critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité, WZW, ou EAE pour parler français.

Ceci dit, on doit se poser deux questions: est-ce que c'est une incitation positive pour les réseaux intégrés? Oui, mais il ne faut pas la surestimer. Quand on parle avec les responsables de réseaux de soins intégrés qui marchent déjà bien actuellement, ils disent que c'est un élément positif, une inci-

tation pour faire venir des patients. J'aimerais dire d'emblée à Monsieur David que j'approuve entièrement sa volonté de faire en sorte que les malades chroniques soient de plus en plus traités dans des réseaux de soins intégrés puisque la qualité y est particulièrement importante pour le traitement de ces maladies chroniques qui entraînent, on le sait tous, les coûts les plus importants et qui constituent la problématique la plus importante du système de santé.

Sur quoi je ne suis pas tout à fait d'accord, c'est sur le fait d'imaginer que ce système est destiné uniquement aux malades chroniques. Tout le monde ne sait pas à l'avance qu'il souffrira d'une maladie chronique et rien n'empêche une personne d'aller se faire soigner dans un réseau de soins intégrés auparavant. D'autre part, il ne s'agit pas forcément, et nous y reviendrons ensuite dans un débat sur un autre objet, de mettre en place des réseaux de soins où seraient «parqués» les malades chroniques. Les réseaux de soins intégrés doivent véritablement offrir toutes les prestations et donc ne pas s'adresser uniquement aux malades chroniques dont la maladie est déjà déclarée mais à toutes les personnes. On peut tout à coup être frappé par une maladie chronique et ce n'est pas à ce moment-là seulement qu'on va choisir une assurance d'un certain type.

Concernant donc cette question: oui, il y a une incitation, et si on veut véritablement aider les réseaux de soins intégrés à passer la première grande vague, à faire en sorte qu'ils réussissent à augmenter très rapidement leurs parts de marché, il faut prévoir toutes les incitations possibles. Celle-ci en est une; nous sommes donc pour la solution de la majorité.

La deuxième question qui se pose est la suivante: est-ce que cela – et je comprends bien aussi la problématique de Monsieur Stähelin – pose des problèmes en termes de coûts réels? Théoriquement oui, mais si on considère le fait que, dans ce modèle, tout se fera dans le cadre des réseaux de soins intégrés qui sont orientés d'une part vers la coordination des soins – donc vers l'optimum, mais pas le maximum –, et d'autre part vers la coresponsabilité budgétaire, le risque est très faible. Pratiquement, les réseaux de soins doivent faire cela dans le cadre de la coresponsabilité budgétaire et, cette fois-ci, ils portent une responsabilité réelle dans le choix des prestations qu'ils veulent ajouter. Il ne s'agit plus simplement d'ajouter pour ajouter – de faire toujours le maximum, comme on le constate dans ce système de santé –, mais de choisir là où on a intérêt à agir.

Là où je ne suis plus d'accord avec vous, c'est quand vous n'imaginez la problématique qu'en termes de coûts, parce que si le réseau de soins intégrés travaille intelligemment – ce qu'on peut espérer –, il va décider de préconiser des prestations supplémentaires sur le plan de la prévention secondaire, qui, précisément, vont réduire les coûts sur l'ensemble du processus thérapeutique, notamment pour certains malades chroniques. C'est là qu'il a intérêt à le faire, et c'est ce qu'il va faire: il va calculer qu'à long terme un investissement relativement faible en prévention secondaire peut avoir une conséquence relativement grande sur l'ensemble du traitement. Et c'est la nouveauté avec les réseaux de soins intégrés qui sont orientés vers le processus thérapeutique: ils s'intéressent à la santé des gens non seulement d'un jour à l'autre, mais sur la durée.

C'est un élément qui, à mon avis, n'est pas décisif, Monsieur Stähelin, mais cette phrase est quand même utile. Dans ce sens-là, nous souhaiterions que vous la mainteniez.

Les exemples donnés en termes de prévention sont en effet valables. Il y a d'autres exemples concernant les vaccins également, qui touchent d'ailleurs aussi à la problématique de la prévention. Ce ne sont pas de grandes choses, mais ce sont des éléments qui peuvent être utiles, y compris en termes de coûts.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 30 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 9 Stimmen

Abs. 3–5 – Al. 3–5

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Die Kommission ist der Meinung, dass Absatz 3 gestrichen werden soll, weil im Krankenversicherungsgesetz nicht auch noch die Rechtsformen der Organisationen vorgeschrieben werden sollen. Die Organisationen sollen vielmehr frei sein. Es ist anderswo festgelegt, wie man die Rechtsformen der Organisationen eben regeln soll.

In Absatz 4 wird die Budgetmitverantwortung der Netze festgehalten. Dies ist aus Sicht der Kommission ebenfalls ein zentrales Element. Dabei ist wichtig festzuhalten, dass die Budgetmitverantwortung auf der Ebene der Netzwerke und nicht beim einzelnen Arzt angesiedelt ist. Entsprechend haftet auch das Netzwerk als Ganzes mit der Höhe des Eigenkapitals. Es wird von einem All-inclusive-Budget ausgegangen, das heisst, dass die stationären Behandlungen – das hat bereits Kollege Stähelin erwähnt – im Budget enthalten sind. Die Details der Budgetmitverantwortung werden vertraglich festgehalten. Der Arzt haftet mit der Höhe des Eigenkapitals; in der Regel sind das bei den bestehenden Netzen rund 5000 Franken, die er bei der Gründung des Netzwerkes eingebracht hat. Ein Ärztenetz mit Budgetverantwortung kombiniert die Einzelleistungsvergütung mit einer Budgetpflicht und gleicht damit Über- und Unterversorgung automatisch aus. Der Versorgungsausgleich garantiert auch die Versorgungssicherheit.

Budgetmitverantwortung ist bereits heute gut etabliert. Kostenträger und Leistungserbringer haben grossen Gestaltungsfreiraum bei der Festlegung des Budgets. Vertragspartner finden sich, und die Budgetmitverantwortung garantiert, wie bereits erwähnt, den Versorgungsausgleich. In diesem Sinn ist die Kommission der Meinung, dass die Budgetmitverantwortung als eines der zentralen Elemente aufgenommen werden muss. Sie sehen ja auch aus der Fahne, dass wir hier einstimmig beschlossen haben.

Zu Absatz 5: Den Netzwerken soll die Freiheit zugestanden werden, sowohl die Qualität als auch den Umfang der Budgetmitverantwortung mit den Versicherern selber auszuhandeln und vertraglich festzulegen. Gemäss Ihrer Kommission kann sich der Bundesrat einschalten, wenn Ungereimtheiten festgestellt werden – er muss aber nicht. Deshalb wählen wir die Kann-Formulierung und nicht die Muss-Formulierung, die der Nationalrat gewählt hat.

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

Abs. 6 – Al. 6

David Eugen (CEg, SG): Auf der Fahne auf Seite 12 ist mein Minderheitsantrag verzeichnet, dessen Text auf Absatz 2 von Artikel 41c verweist. Das ist ein Fehler. Es muss auf Absatz 1 verwiesen werden. Mein Minderheitsantrag ist die formelle Korrektur dieses Fehlers auf der Fahne, indem es nun richtig heisst: «Artikel 41c Absatz 1 dritter Satz und Artikel 41c Absatz 4». Es muss also 1 statt 2 heissen. Das ist die formelle Bemerkung. In dem Sinn hat sich aber inhaltlich nichts geändert. Es ist der Minderheitsantrag jetzt einfach richtig formuliert mit Absatz 1 statt Absatz 2.

Worum geht es? Ich habe es schon angesprochen: Ich bin der Meinung, die Chance der Netzwerke ist vor allem dort, wo eben chronische Krankheiten bestehen. Und ich muss Ihnen sagen, wir gehen einer Entwicklung entgegen, bei der natürlich mit wachsender Lebenserwartung auch die Alterskrankheiten zunehmen und vor allem auch die Multimorbidität eine immer wesentlichere Rolle spielt. Da geht es um Personen im höheren Alter, die von verschiedenen Krankheiten betroffen sind, die in einem Zusammenhang zueinander stehen oder sich auch unabhängig voneinander entwickeln können. Denken Sie an Personen, die beispielsweise im Alter stürzen und einen Unfall erleiden, und allein aus diesem Unfall heraus können sich nachher zusätzliche Komplikationen ergeben, die eigentlich bei einer jungen Person gar nicht auftreten. Und für diesen Personenkreis – das heisst Perso-

nen, die älter sind – können, der Überzeugung bin ich, diese Netzwerke wirklich eine sehr gute Rolle spielen.

Aber, und das ist auch meine Überzeugung, diese Netzwerke brauchen eben entsprechende Freiheiten. Wir haben jetzt mit den vorhergehenden Beschlüssen, die wir gefasst haben, in zwei Punkten nach meiner Meinung Regeln eingeführt, die zwar generell richtig sein mögen, aber für Netzwerke, die sich dieses Personenkreises annehmen, grosse Hinderungsgründe sein können.

Der erste Punkt ist der, dass wir in Artikel 41c Absatz 1 dritter Satz verlangen, dass die Netzwerke alle Leistungen anbieten müssen. Es ist also nach unserem System nicht möglich, indikationsfokussierte Netzwerke zu bilden, das heisst Netzwerke, die sich gezielt nur mit Alterskrankheiten auseinandersetzen und gezielt nur für diesen Personenkreis ihre Leistungen anbieten, die also in einer Art von der Indikation her spezialisiert sind. Das ist in dem Sinne nicht möglich, weil wir verlangen, dass die Netzwerke alles anbieten müssen. Sie müssen in dem Sinne quasi für alle Personen offen sein, sie können sich nicht auf einen bestimmten Personenkreis konzentrieren und ihre Ressourcen möglichst effizient dort einsetzen. Das spielt dann auch wieder eine Rolle bei der Zusammenarbeit mit den Spitälern, wie ich schon einmal angetönt habe. Ich finde, wir sollten hier die Freiheit lassen, dass solche Netzwerke, die auf Indikationen fokussiert sind, entstehen können. Das haben wir heute nicht, das stimmt. Das ist eine Entwicklung, die jetzt angestossen werden könnte. Wenn wir die Auflage machen, dass alle Leistungen angeboten werden müssen, dann ist diese Chance eigentlich vertan.

Der zweite Punkt, der für diese Netzwerke wichtig ist, ist das Risiko. Wenn Sie Alterskrankheiten, Multimorbidität haben, haben Sie automatisch ein sehr hohes Risiko in Ihrer Patientenpopulation. Es ist kritisch, wenn wir diesen Netzwerken von Anfang an und unbedingt per gesetzliche Vorschrift immer die Budgetmitverantwortung übergeben und sagen: Ihr müsst einen Teil dieses Versicherungsrisikos tragen. Die Budgetverantwortung ist ja nichts anderes als eine Verlagerung des Versicherungsrisikos auf die Leistungserbringer. Das kann in einem grossen Teil der Fälle richtig sein, aber für die Netzwerke, die sich vor allem mit den Chronischkranken im Alter befassen, ist es nach meiner Meinung falsch. Solche Netzwerke werden sich nicht bilden, weil die Leistungserbringer – die Ärzte, die Spitäler – das Risiko scheuen, das sie auch nicht ermessen können. Ich bin der Meinung, dass es in diesen Fällen richtig ist, dass das Risiko voll beim Versicherer bleiben kann. Es besteht immer noch ein hohes Interesse, solche Netzwerke zu machen, wegen der Qualität, wegen der besseren Behandlungspfade und der besseren Betreuungsmöglichkeiten, auch im Medikamentenbereich.

Von daher gesehen ist mein Vorschlag der: Wir sollten eben gerade den Versorgungsnetzen, die sich auf die Behandlung chronischer Krankheiten konzentrieren, die Freiheit lassen, von der Pflicht, alles anzubieten, abzuweichen. Auch eine Abweichung von der Pflicht, mit der Budgetverantwortung unter allen Umständen immer einen Teil des Risikos mitzutragen, sollte möglich sein.

Ich bitte Sie, den Netzwerken diese Freiheit zu lassen.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wie Sie von Herrn David gehört haben, vertritt er die Meinung, dass sich integrierte Versorgungsnetze nur auf die Behandlung von Chronischkranken spezialisieren sollen, dass es Netze für das Disease Management geben soll. Dabei sollen die spezialisierten Netze den gleichen Bedingungen unterstellt werden wie die integrierten Versorgungsmodelle.

Der Nationalrat, Ihre Kommission und der Bundesrat geben einem anderen Konzept den Vorzug: Die Versicherten wählen das Netz, und innerhalb dieses Netzes können sie den Arzt frei wählen. In der Regel ist dies der Hausarzt als wichtigste Vertrauensperson. Der Hausarzt koordiniert die Spezialisten und arbeitet mit einem Netz von bevorzugten Leistungserbringern und Spitälern zusammen. Dabei möchte ich nochmals betonen, dass die Netze nicht alle

Spezialbehandlungen offerieren müssen. Die Netze werden dazu vielmehr Verträge mit Spezialisten aushandeln. Es kann dabei durchaus sein, dass ein Spezialist eine Vereinbarung mit verschiedenen Netzen trifft. Der Versicherte wählt innerhalb des Netzes den Arzt seines Vertrauens aus und wird von ihm dann betreut. In besonderen Krankheits-situationen, wie den von Herrn David angesprochenen, kann durchaus ein Spezialist oder ein ärztlich geführtes Betreuungsteam die Aufgaben des Gesundheitsmanagers oder -koordinators übernehmen. Das Anliegen von Herrn David wird aufgenommen, aber eben innerhalb des Netzes. Und das Netz wiederum kann die komplexen Behandlungssysteme, die aufgrund der Chronischkranken nötig sind, per Vereinbarung einkaufen. Mit der Idee von Herrn David, wonach die Behandlung von bestimmten Chronischkranken nach einem Disease Management konzentriert eingeführt werden soll, würde die Idee der integrierten Versorgung, wie wir sie besprochen haben und für die wir uns jetzt überall mehrheitlich entschieden haben, gewissermassen ausgehebelt.

Ich möchte noch zu den Bemerkungen etwas sagen, die Herr Kollege David gemacht hat: Es geht vor allem auch darum, dass damit die Budgetverantwortung dieser Netzwerke gewissermassen überzogen wird. Netzwerke übernehmen in der Regel Kosten zwischen 10 000 und 30 000 Franken im Jahr. Die Differenz geht zulasten der Krankenkassen. Die Versichertenpauschale wird je nach Risikogruppen der Versicherten berechnet. Anschliessend werden von den Versicherern Grossrisikodeckungs-Korrekturen vorgenommen. Bis zu einem Betrag von 3 Prozent der Netto-Capitation gehen 100 Prozent des Gewinns oder des Verlustes an das Netz. Übersteigen der Gewinn oder der Verlust 3 Prozent der Netto-Capitation, so werden sie zu 100 Prozent von den Versicherern getragen. So wird das heute von bestehenden Netzen offenbar mit gutem Erfolg betrieben. Wir haben von niemandem gehört, dass das so nicht funktioniert. Die heutigen Netze funktionieren in dem Sinn, dass es für Chronischkranke keine speziellen Netze gibt. Die Versicherten sollen von Beginn an in diese Netze gehen, damit sie, wenn sie chronisch krank werden, bereits in diesen Netzen sind und dann möglicherweise an Spezialisten überwiesen werden können.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag der Mehrheit zuzustimmen.

Fetz Anita (S, BS): Obwohl ich als Mitglied der Kommission nicht auf dem Minderheitsantrag David figuriere, möchte ich ihn unterstützen, und zwar primär, weil es ein Konzept für eine Zielgruppe ist, die für die integrierten Versorgungsnetze die wichtigste ist. Der Antrag will ja, dass Netzwerke, die auf bestimmte chronische Krankheiten spezialisiert sind, auch entsprechend unterstützt werden. Man nennt das Disease Management. Konzeptionell handelt es sich um optimierte Behandlungspfade, z. B. für Diabetiker, Demenzkranke oder Parkinson-Patienten, und nicht einfach um eine Zusammenarbeit mit einem Spezialisten innerhalb des Netzwerks. Wenn man von dem ausgeht, was wir heute wissen, dass nämlich 10 Prozent der Kranken, eben die Chronischkranken, 60 Prozent der Kosten verursachen, weil ihre Krankheiten hochkomplex und chronisch sind, dann, meine ich, gehört solchem Disease Management oder solchen spezialisierten Netzwerken ein Teil der Zukunft – nicht die ganze, aber ein Teil der Zukunft. Die Bedingung dafür ist, dass das finanzielle Risiko beim Versicherer bleibt. Das ist der entscheidende Punkt, den ich beim Minderheitsantrag David unterstützen möchte.

Solche Netzwerke werden sich spezialisieren, und sie werden auch dadurch optimierte Behandlungen anbieten können, dass sie sehr eng zusammenarbeiten und vielleicht auch neue Sachen ausprobieren, die noch nicht so erprobt sind und die zum Teil auch finanzielle Risiken in sich bergen. Das würde sehr viel offensiver angegangen, wenn das Risiko mit der Budgetverantwortung nicht beim Netz, sondern bei den Versicherern liegen würde, die ja hochgradig daran

interessiert sein müssen, dass ihre chronisch kranken Versicherten effektiv und optimal unterstützt werden.

Schwaller Urs (CEg, FR): Zuerst eine Präzisierung zu einer Zahl, die ich heute Morgen genannt und in der Zwischenzeit nachgeprüft habe: Von den 95 Ärztenetzwerken werden 28 von Versicherungen betrieben; das zur Präzisierung. Herr Bundesrat, Sie haben mir nachher gesagt, es seien heute wahrscheinlich nur 10 Prozent der Versicherten, oder vielleicht nicht einmal so viele, die Ärztenetzwerken angehören, und dass ich mit den von mir genannten 15 Prozent zu hoch läge.

Was wir ja vor allem wollen: Wir wollen die Chronischkranken in diese Netze bringen; da sind wir uns einig. Ich hatte zu Beginn unserer Diskussionen in der Kommission auch grosses Verständnis für den Vorschlag von Kollege David. Ich habe mich dann aber überzeugen lassen, dass die Stossrichtung, wonach ein Netzwerk alle Leistungen der Grundversicherung anbieten soll, richtig ist. Wenn wir nämlich Sondernetze schaffen, dann werden wir jedes Mal, wenn wir ausserhalb der chronischen Krankheit eine Leistung abrufen, so oder so wieder ein anderes Netz wählen. Darum scheint es mir richtig zu sein, dass wir vom Grundsatz ausgehen: Ein Netzwerk soll alle Leistungen der Grundversicherung anbieten. Das Netzwerk soll und muss dann aber gerade Verträge mit solchen an spezialisierten Indikationen orientierten Netzen abschliessen, um auch die chronisch kranken Patienten betreuen zu können.

Das ist ein anderer Ansatz, aber am Schluss wollen wir ja alle, dass sich vor allem auch die Chronischkranken für diese Netze entscheiden. Von daher scheint mir der Ansatz, den die Kommissionsmehrheit und der Bundesrat gewählt haben, zielführender zu sein.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Der Ansatz, den Kollegin Fetz gewählt hat, beunruhigt mich, denn wir haben eine solidarisch ausgerichtete Krankenversicherung, und ich wehre mich mit aller Vehemenz dagegen, dass wir innerhalb dieser Grundversicherung spezielle Bedingungen für Chronischkranke schaffen. Wie Kollege Schwaller gesagt hat: Auf der einen Seite könnte das zu Rosinenpickerei von gewissen Versicherern führen, auf der anderen Seite könnte das aber auch einen Wechsel erzwingen, wenn jemand chronisch krank ist und er nicht mehr im Netz bleiben kann. Und vor allem: Wenn wir dann nicht bereit sind zu beschliessen, dass solche Versicherungsmodelle überall angeboten werden müssen, ist es noch sehr viel tragischer. Das empfinde ich als Anknabbern der solidarischen Krankenversicherung, bei der für alle Behandlungen, egal ob die Krankheiten chronisch oder akut sind, dieselben Bedingungen gelten müssen.

Deshalb möchte ich Sie bitten, der Mehrheit zu folgen.

David Eugen (CEg, SG): Ich möchte keine Kommissionsdiskussion eröffnen, aber das ist ein Missverständnis, Frau Egerszegi.

Der Patient möchte die beste Behandlung. Das ist das Ziel, das der Patient hat. Er möchte nicht einfach eine egalitäre Behandlung, denn die egalitäre Behandlung kann auch schlecht sein. Und es ist in Gottes Namen so, dass sich die Krankheiten ganz stark unterscheiden. Sie sagen: Auch ein Krebskranker muss, bevor er zur Behandlung für seine spezifische Krankheit kommt, einen «gatekeeper» aufsuchen. Und der «gatekeeper», sei das nun ein Arzt oder eine Krankenschwester, sagt zu ihm: «Du Krebskranker musst zu diesem Krebsarzt; du bist in unserem Netzwerk, ich sage dir, wohin du gehst.» Ich glaube nicht, dass die Krebskranken das so akzeptieren werden. Auch die Diabeteskranken werden das nicht akzeptieren. Sie werden sagen: «Ich möchte dorthin gehen, wo ich den Eindruck habe, für meine Krankheit die bestmögliche Behandlung zu erhalten.» Ich glaube auch, die Schweizer Patientinnen und Patienten haben das Recht auf diese Wahl.

Es ist richtig, diese Netzwerke sind nicht in jedem Tal. Es gibt in der Schweiz für gewisse wichtige Krankheiten wenige

Netzwerke, vielleicht drei oder vier, und vielleicht muss man hundert Kilometer dorthin reisen. Aber der Patient findet in diesem Kompetenzzentrum nach seiner Wahl die beste Behandlung. Das Kompetenzzentrum ist sein Netzwerk. Für alle anderen Leistungen ist es ihm egal, ob er bei seinem Hausarzt bleibt. Dafür braucht er auch kein Netzwerk, er braucht seine übliche Behandlung vor Ort.

Solche Netzwerke möchte ich entstehen lassen. Ich möchte ihnen eine Chance geben. Ich gebe zu, das ist eine andere Vorstellung als die der Mehrheit. Die Mehrheit sagt: Das ganze Volk muss durch einen «gatekeeper» durch, der Patient wird dorthin und dorthin überwiesen, zu jenen Ärzten, mit denen das Netzwerk seine Verträge geschlossen hat. Der Patient muss die Freiheit der Wahl aufgeben, auch wenn er eine schwere Krankheit hat. Ich sehe das nicht als eine Lösung an, die von den Patienten geschätzt wird und die ihnen die Chance gibt, ihre Wahlfreiheit wahrzunehmen, wenn sie schwer krank sind. Diese Freiheit sollten wir den Leuten nicht nehmen, und darum plädiere ich dafür, dass solche Netzwerke entstehen können. Wenn Sie den Antrag der Minderheit ablehnen, können diese Netzwerke nicht entstehen, und dann ist am Schluss auch die Freiheit des Patienten nicht mehr gegeben, sie zu wählen. Das ist durchaus ein konzeptioneller Unterschied zu dem, was die Mehrheit möchte.

Fetz Anita (S, BS): Ganz kurz zu Frau Egerszegi-Obrist: Dagegen wehre ich mich natürlich; es geht hier nicht um das «Anknabbern» der Solidarität, sondern um die Optimierung der Behandlungsqualität für bestimmte chronische Krankheiten. Ich habe dort als betroffene Person die optimale Behandlung, weil ich dann in einem Netz bin, das genau auf diese Krankheit spezialisiert ist, Erfahrungen machen kann, die man bei einem einzelnen Spezialisten so nicht unbedingt macht. Für mich ist das ein qualitativer Sprung, dass man auch solche Netze machen kann.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Noch einmal ganz kurz: Es ist nicht so, Herr David und Frau Fetz, dass diese Netze Chronischkranke nur an einzelne Spezialisten überweisen können. Diese Spezialisten bilden gemeinsam wiederum Netzwerke, in denen sie als Team die entsprechende chronische Krankheit besonders gut behandeln können. Die Netzwerke schliessen mit solchen Teams Verträge ab. Von daher haben die Leute die genau gleich gute Behandlung, wenn sie in Versorgungsnetzen sind und dann allfällig an diese Betreuungsteams überwiesen werden, wie wenn sie ein Disease Management haben.

Von daher sehe ich eigentlich gar nicht, weshalb wir uns so sehr in die Haare geraten, sage ich jetzt einmal, denn ich gehe davon aus, dass mit dem integrierten Versorgungsnetz, wie es die Mehrheit will, das, was Sie möchten, genauso gut gemacht werden kann.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: J'ai l'impression que vous mélangez un peu les réseaux de soins intégrés et les programmes de «disease management». En tout cas, c'est comme cela que je comprends ce que vous voulez faire. Je crois qu'on doit se demander quelle est la question qui se pose véritablement ici. On a eu l'impression, au début de votre présentation, que la question était la suivante: «Est-ce qu'on veut vraiment bien ou mieux soigner les malades chroniques?» Je crois que tout le monde est d'accord là-dessus. Permettez-moi de faire une petite parenthèse: quand vous présentez la manière dont les réseaux de soins intégrés vont fonctionner, vous oubliez de dire que, dans ces réseaux, les médecins en particulier s'engagent à travailler dans des cercles de qualité, ce qui n'est pas toujours le cas dans le modèle traditionnel – qui permet une très grande liberté, mais dans lequel on ne dispense pas forcément toujours les meilleurs soins. Là, la question n'est pas de savoir dans quelle mesure on aura une restriction, mais dans quelle mesure on arrivera à optimiser les soins pour que leur qualité soit également augmentée.

Ce à quoi vous nous invitez, Monsieur David, avec la proposition de minorité que vous avez déposée, c'est en fait de créer deux types de règles du jeu: un type pour les réseaux de soins intégrés et un autre pour les réseaux de soins intégrés qui ne seraient plus tout à fait des réseaux de soins intégrés mais des programmes de «disease management», qui peuvent tout à fait se trouver dans des réseaux de soins intégrés. Donc, cela ne joue pas, à mon sens. Vous demandez que l'on n'applique pas la règle selon laquelle les réseaux de soins intégrés offrent toutes les prestations et vous demandez qu'on n'applique pas la règle de coresponsabilité budgétaire. Je précise encore une fois qu'il s'agit bien d'une coresponsabilité – j'insiste sur le préfixe «co» – et que les assureurs sont amenés par contrat à discuter de cela. Ainsi, les assureurs ne sont pas hors du jeu en la matière.

Maintenant, dans les faits, tout le monde ne sait pas quelle maladie chronique il peut avoir. De plus, les maladies chroniques sont de plus en plus accompagnées par d'autres types de maladies, parfois même par d'autres maladies chroniques. La situation pousse véritablement à favoriser la polyvalence. Les réseaux de soins intégrés qui s'engagent à garantir l'accès à tous les types de prestations sont précisément ceux que nous voulons. Nous sommes donc d'accord sur l'objectif général à atteindre.

Des programmes de «disease management», pourquoi pas? Même un réseau de soins peut se spécialiser. Rien ne l'empêche de passer un accord avec un réseau plus généraliste de manière à offrir toutes les prestations, mais, selon la loi, il doit de toute manière garantir l'accès à toutes les prestations. Cependant, rien ne l'empêche de se spécialiser; il aura de toute façon une certaine «coloration» dans un certain domaine, qui dépend souvent des médecins principaux du réseau, qui se sont fait une réputation et qui sont vraiment spécialisés. Rien n'empêche un réseau des soins de développer des programmes de «disease management», mais en même temps il devra garantir l'accès, d'une manière ou d'une autre, par le réseau au sens strict ou par des contrats au sens large, à toutes les prestations. Cela tient compte de la réalité même de la situation des malades; cela tient compte en particulier de la polymorbidité et des problèmes rencontrés – de plus en plus souvent d'ailleurs – à cause du vieillissement de la population.

Par conséquent, la voie que vous choisissez est compréhensible, mais la proposition que vous faites brise la logique du système et puis elle rend les soins plus difficilement accessibles.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit ... 3 Stimmen
Dagegen ... 31 Stimmen

Abs. 7 – AI. 7

Fetz Anita (S, BS): Was will dieser Antrag? Bekanntlich beteiligt sich der Wohnkanton anteilmässig an den Kosten für stationäre Behandlungen in der gesamten Schweiz; dies nach Tarif gemäss Artikel 49. In diesem Artikel wird die neue Spitalfinanzierung definiert, die dann ja neu über Fallpauschalen abgewickelt wird. Genau hier hakt mein Minderheitsantrag ein. Wenn ein anderer Tarif zur Anwendung kommt, so, wie das jetzt in dieser Vorlage möglich ist, wenn also mit anderen Worten zum Beispiel ein Tarif günstiger als der Tarif jenes Kantons ist, in dem die versicherte Person wohnt, dann soll der Kanton ebenfalls weniger bezahlen müssen. Das ist der eine Teil meines Antrages. Der Kanton soll hingegen nicht mehr bezahlen müssen, wenn der angewendete Tarif höher ist als der eigene.

Die Netzwerke bekommen jetzt ja die Kompetenz, nach gesonderten Bedingungen Verträge mit einzelnen Spitälern abzuschliessen. Es ist für mich nicht einsichtig, warum ein Kanton, falls dies dann günstiger ist, nicht auch an diesem günstigeren Tarif partizipieren können soll.

Der zweite Teil des Antrages bezieht sich auf die Exklusivverträge, welche die Netzwerke neu, gemäss der Vorlage, abschliessen können. Das heisst, ein bisschen vereinfacht

gesagt, dass ein Netzwerk mit einem bestimmten Spital abmacht: Wir bringen euch alle die und die Fälle, dafür gebt ihr uns eine ganz hohe Rabattierung; das ist ja der Sinn dieser Exklusivverträge. Ich bin der Meinung, dass sich ein Kanton, wenn das passiert, an diesen Kosten nicht beteiligen muss. Als Genfer Versicherte zum Beispiel wäre ich, wenn ich in diesem Netzwerk wäre und der Exklusivvertrag mit einem Spital in der Ostschweiz abgeschlossen worden wäre, weil dieses halt besonders gut und günstig wäre und eine hohe Rabattierung gäbe, gezwungen, dorthin zu gehen. Oder ich müsste als Bündnerin nach Neuchâtel zur Behandlung, je nachdem, mit wem mein Netzwerk seinen Vertrag, womöglich sogar seinen Exklusivvertrag abgeschlossen hätte.

Während der Verhandlungen in der Kommission ist immer wieder betont worden, in der Vergangenheit seien die dem Wohnort am nächsten gelegenen Spitäler jeweils berücksichtigt worden. Aber ich meine, wir legiferieren hier eben nicht die Vergangenheit, sondern wir setzen den Rahmen für die Zukunft. Und dort bin ich ganz sicher, insbesondere wenn es um die Möglichkeit von Exklusivverträgen geht, dass dann sehr viel mehr Spitäler in diesen Netzwerken berücksichtigt werden, die eben weit weg vom Wohnort des Versicherten sein können. Ich sehe nicht ein, warum der Kanton das auch noch zum normalen Tarifansatz mitbezahlen soll. Sondern dann kann man sagen: Okay, es ist besonders günstig in diesem Netz, es hat einen Exklusivvertrag mit einem Spital, aber wir können dadurch nicht die ganze Spitalplanung, die ja nicht ganz billig ist, aushebeln und unterspülen. Dann soll das der Kanton erst noch bezahlen müssen; so weit, meine ich, kann man nicht gehen.

Die Netzwerke sollen ihre Verträge machen können, auch exklusive, aber dann muss es möglich sein, dass auch der Wohnkanton des Patienten von diesen Vorteilen profitiert, indem er sich nicht mit den gleichen Kosten beteiligen muss, wie wenn die Person in keinem Netzwerk wäre.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Wir haben diesen Antrag Fetz in der Kommission ausführlich behandelt. Wir haben ihn mit 10 zu 1 Stimmen bei 2 Enthaltungen abgelehnt. Ich mache es kurz; wenn noch Fragen sind, können Sie sie anschliessend stellen.

Der Kantonsanteil ist immer an die effektiv bezahlten Beträge gebunden. Wenn ein Versicherer mit einem Netzwerk einen günstigeren Tarif aushandelt, beteiligt sich der Kanton gemäss Prozentschlüssel nur am günstigeren Tarif. Ob es tatsächlich zu Exklusivverträgen mit einzelnen Spitälern kommen wird, die für die Netzwerke Dienstleistungen übernehmen, wird sich zeigen. Dann wird man auch vertragliche Vereinbarungen treffen können. Es ist gut möglich, Frau Fetz – das wissen Sie –, dass die Kantone mit der neuen Spitalfinanzierung unter Umständen mit Abweichungen von der Planung wegen der tatsächlichen Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch die Einwohnerinnen und Einwohner konfrontiert sind. Dies gilt aber unabhängig von der Managed-Care-Reform. Grundsätzlich wird eine Fokussierung der einzelnen Angebote begrüsst.

Die Mehrheit lehnt den Minderheitsantrag auch deshalb ab, weil damit der Wettbewerb unter den Spitälern, wie wir ihn ja mit der Spitalfinanzierung explizit aufgenommen haben, wieder zurückgebunden würde.

In diesem Sinn bitte ich Sie, den Minderheitsantrag abzulehnen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je m'exprime brièvement. Je crois, d'une part, que la proposition de la minorité entre passablement en contradiction avec les principes du financement hospitalier et, d'autre part, qu'elle est assez théorique.

Tout d'abord, permettez-moi peut-être quand même quelques mots à propos de l'article 49. Vous dites que le tarif applicable sera différent de celui qui est prévu à l'article 49, mais il n'y a pas vraiment de tarif prévu à l'article 49; le principe est qu'il y a une convention tarifaire. En l'occurrence, comme l'a dit la rapporteure, il n'y a pas de problème majeur, parce que s'il y a un accord entre les réseaux de soins

intégrés et l'hôpital, en effet, le pourcentage s'appliquera ensuite sur un tarif peut-être un peu plus bas, mais le canton paiera sa part, en pourcentage, telle qu'elle est définie.

En ce qui concerne le financement hospitalier, votre souci, si j'ai bien compris, est qu'à partir de 2012 cela risque de mettre quelque peu en danger les planifications cantonales, mais les cantons sont de toute façon chargés d'assurer d'abord la capacité d'absorption des patients locaux et cantonaux, et seulement s'il reste des capacités supplémentaires ils peuvent évidemment aussi accepter des personnes qui viennent d'autres lieux.

En ce qui concerne le côté théorique, imagine-t-on vraiment qu'il y aura beaucoup de contrats d'exclusivité avec des réseaux de soins intégrés? Vous avez lu dans le rapport que nous avons remis à la commission que cela nous paraît assez peu probable. Mais, en tout cas, il ne faut pas prendre des dispositions de ce type qui, au fond, contrecarrent ce que le Parlement lui-même a voulu pour le financement hospitalier à partir de 2012.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit ... 4 Stimmen

Dagegen ... 25 Stimmen

Art. 41d

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

... nach Artikel 41b Absatz 1 und Absatz 2 Buchstabe a, sofern ...

Abs. 2

... so kann sie den Versicherer vor Ablauf dieser Dauer wechseln:

...

b. Streichen

c. wenn eine erbrachte Leistung offensichtlich qualitative Mängel hat.

Abs. 3

Gegen Bezahlung einer Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Antrag der Minderheit

(Schwaller, Egerszegi-Obrist, Fetz, Hêche, Maury Pasquier)

Abs. 2 Bst. b

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41d

Proposition de la majorité

Al. 1

... l'article 41b alinéa 1 et alinéa 2 lettre a, une réduction ...

Al. 2

... il peut changer d'assureur au cours de cette durée:

...

b. Biffer

c. si une prestation est clairement inférieure à la qualité requise.

Al. 3

Contre paiement d'une prime de sortie, l'assuré peut changer aussi bien d'assureur que de forme d'assurance au cours de cette durée. Le Conseil fédéral règle les modalités.

Proposition de la minorité

(Schwaller, Egerszegi-Obrist, Fetz, Hêche, Maury Pasquier)

Al. 2 let. b

Adhérer à la décision du Conseil national

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zu Absatz 1: Die Formulierung entspricht den Beschlüssen, die wir bereits getroffen haben; deshalb lauten die Verweise anders.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Il s'agit d'un point assez important, que cette introduction à l'alinéa 2. Il n'y a pas de minorité, je ne demanderai pas de vote, il y aura donc une divergence et on reprendra la discussion.

Sur le principe, il s'agit là de la durée des contrats d'assurance. On souhaite que les assurés choisissent les réseaux de soins intégrés et on souhaite qu'ils y restent! C'est ça le principe, puisqu'on veut faire un pilotage des soins sur la durée, une coordination des soins, un processus thérapeutique suivi. Il est donc souhaitable que la durée soit relativement longue et qu'il n'y ait pas des changements toutes les années. Voilà pour le souhait.

La version du Conseil national prévoyait la possibilité de changer d'assureur, dans certains cas, mais pas de forme d'assurance. Donc c'est évidemment une solution qui nous convenait mieux. Cela dit, il est vrai – et on l'a encore vu récemment dans un sondage qui a été fait et qui portait sur l'appréciation par la population de cette évolution vers les réseaux de soins intégrés – que le fait de ne plus pouvoir faire de changement est évidemment considéré comme un gros obstacle. Il vaut donc la peine d'en reparler.

Votre commission, dans l'introduction à cet alinéa 2, a décidé que le changement d'assureur pouvait se faire. Elle n'a par contre pas précisé qu'on ne pouvait pas changer de forme particulière d'assurance. Elle a donc laissé cela ouvert, et il est possible que quelqu'un qui entre dans un réseau de soins intégrés puisse, dans certaines conditions, changer d'assureur et de forme particulière d'assurance. C'est vraisemblablement un des points positifs de cette proposition, pour inciter les gens à essayer les réseaux de soins intégrés. Mais il y a aussi des points négatifs: c'est une sorte de slalom entre les formes particulières d'assurance qui ne nous convient pas trop. Mais nous ne demandons pas de voter maintenant sur ce point-là. Nous reprendrons simplement cette discussion, sur tout l'alinéa d'ailleurs, avec le Conseil national, parce que cela ne nous paraît pas encore être la bonne solution, ou la solution la meilleure.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Bei Absatz 2 Buchstabe b geht es darum, unter welchen Umständen ein Wechsel vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich ist. Die Mehrheit will Buchstabe b streichen – das wurde allerdings mit 6 zu 6 Stimmen mit Stichtentscheid des Präsidenten so entschieden. Der Vertrag, der bis zu drei Jahren gewährt wird, enthält immer eine Prämienermässigung für den Versicherten. Entsprechend soll er nur in ganz spezifischen Situationen vor Ablauf der ausgehandelten vertraglichen Dauer gekündigt werden können. Entsprechende Berechnungen sind höchst kompliziert und mit unverhältnismässig hohem Aufwand verbunden. Deshalb ist die Mehrheit – noch einmal: der Entscheid fiel mit 6 zu 6 Stimmen mit Stichtentscheid des Präsidenten – dafür, dass Buchstabe b gestrichen werden soll.

Schwaller Urs (CEG, FR): Wir reden hier ja von Verträgen von bis zu drei Jahren Dauer. Die Idee dieser Möglichkeit ist es, den Vertragsverhältnissen eine gewisse Stabilität zu geben. Ich glaube, das ist wichtig für die Versicherer und die Netzwerke. Um aber den Versicherten die Möglichkeit zu geben, die Netzwerke zu verlassen, haben wir die Bestimmung eingebaut, wonach dies bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen möglich sein muss. Sechs Stimmen in der Kommission halten, wie gesagt, dafür, dass es auch bei einer Prämienerrhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienerrhöhung im Kanton liegt, möglich sein muss.

Mit dem Fehlen einer solchen Bestimmung riskieren wir, die Vorlage am Schluss eben doch zu gefährden. Wir können ja nicht ausschliessen, dass wir die Vorlage auch vor dem Volk zu vertreten haben werden. Es wird sehr schnell von Knebelverträgen die Rede sein. Uns scheint, dass man die Möglichkeit bieten muss, vor Ablauf von drei Jahren aus dem Vertrag auszusteigen, und zwar bei ausserordentlichen Verhältnissen, wenn sich also die Grundlagen geändert haben, und vor allem bei Prämienerrhöhungen, welche über der durchschnittlichen Prämienerrhöhung im Kanton liegen.

Das ist die Idee der Minderheit, und ich bitte Sie, dieser gerade auch im Interesse der Vorlage zu folgen.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je n'ai pas l'impression que cet élément soit sensible au point de justifier une votation populaire, mais si vous le ressentez comme cela, je respecte volontiers votre sentiment. Il me semble qu'il y en a vraiment d'autres dans ce projet.

Je vous répète que le but est de montrer que le réseau de soins intégrés soigne dans la durée. Donc, il ne faudrait pas que les changements se fassent trop facilement. Il me semble que la formulation du Conseil national et de la minorité est un peu trop ouverte et qu'elle favorise trop le changement. Je suis par conséquent plutôt favorable à la proposition de la majorité.

Je répète que cela ne me paraît pas être un point essentiel. Cet alinéa 2 devra être revu dans le cadre du débat dans l'autre chambre. Sa formulation ne me paraît pas encore vraiment très équilibrée.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zu Absatz 2 Buchstabe c äussere ich mich nur kurz, obwohl wir darüber in der Kommission sehr lange Diskussionen geführt haben. Es geht darum, ob ein Versicherter das Netz wechseln kann, wenn eine erbrachte Leistung offensichtlich qualitative Mängel hat. Es ist auf der einen Seite schon klar, dass die Formulierung «wenn eine erbrachte Leistung offensichtlich qualitative Mängel hat» Juristenfutter ist. Auf der anderen Seite ist es nach der Meinung Ihrer Kommission eine Zumutung, wenn ein Versicherter trotz offensichtlich qualitativen Mängeln einer Leistung für den Rest der vertraglichen Vereinbarung beim Versicherer bleiben muss. Die Möglichkeit zum Wechsel gilt nur, wenn die erbrachte Leistung einen schwerwiegenden Mangel hat. Nur dann kann der Versicherer gewechselt werden.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je comprends bien ce qui est dit, mais vous partez d'un a priori selon lequel on risque d'avoir de grands problèmes de qualité. Théoriquement, l'ensemble des prestations LAMal doivent être de qualité, la loi le prévoit. On doit donc assurer une qualité de très haut niveau dans l'ensemble du système. L'autre aspect, c'est l'application. Très franchement, il sera extrêmement difficile de faire autre chose que de nombreux actes de jurisprudence. Les risques d'un procès ou d'une discussion devant un tribunal existent en cas de désaccord ou de déception sur un traitement.

L'intention est assez positive, elle est très compréhensible, d'autant plus que l'on cherche à augmenter la qualité dans les réseaux. L'application de cette disposition est néanmoins problématique et elle ne nous convient pas trop.

Je vous l'ai déjà dit, l'alinéa 2 doit être rediscuté. Je ne demande pas de vote s'il n'y a pas de minorité, mais je vous annonce qu'une discussion au Conseil national sera nécessaire pour trouver une meilleure solution.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Zu Absatz 3: Hier geht es darum, dass die versicherte Person gegen Bezahlung einer Austrittsprämie sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf der Versicherungsdauer wechseln kann. Der Nationalrat hat entschieden, dass die versicherte Person die Austrittsmodalitäten vor Vertragsabschluss mit dem Versicherer vereinbaren soll. Wir sind der Meinung, dass der Bundesrat diese Einzelheiten regeln soll.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 19 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 15 Stimmen

Art. 57 Abs. 9; 62 Abs. 1, 2bis, 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 57 al. 9; 62 al. 1, 2bis, 3*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté***Art. 64***Antrag der Mehrheit**Abs. 2*

...

b. 15 Prozent ...

c. 5 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) der Leistungen, die im Rahmen einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden.

Abs. 2bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 1000 Franken. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einer besonderen Versicherungsform nach Artikel 41c angehören, beträgt maximal 500 Franken.

Abs. 3bis

Der Bundesrat kann die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen.

Abs. 6, 7

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Fetz, Egerszegi-Obrist, Forster, Hêche, Maury Pasquier, Schwaller)

Abs. 3bis

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

*Antrag Imoberdorf**Abs. 2, 3*

Unverändert

Art. 64*Proposition de la majorité**Al. 2*

...

b. 15 pour cent des coûts ...

c. pour les prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 41c, 5 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

Al. 2bis

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise. Le montant maximal annuel de la quote-part est de 1000 francs. Pour les assurés dans le cadre d'une forme particulière d'assurance au sens de l'article 41c, le montant maximal annuel de la quote-part est de 500 francs.

Al. 3bis

Le Conseil fédéral peut adapter les montants maximaux annuels de la quote-part au sens de l'alinéa 3 en fonction de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

Al. 6, 7

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Fetz, Egerszegi-Obrist, Forster, Hêche, Maury Pasquier, Schwaller)

Al. 3bis

... en fonction de l'évolution des salaires et des prix.

*Proposition Imoberdorf**Al. 2, 3*

Inchangé

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: In Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben a bis c, Absätze 3 und 3bis wird die Kostenbeteiligung für die Versicherten festgehalten. Die Kostenbeteiligung besteht gemäss Buchstabe a zunächst einmal aus einem festen Jahresbetrag. Dieser wird heute vom Bundesrat festgelegt und liegt bei 300 bis maximal 700 Franken. Dann folgt Buchstabe b, der Selbstbehalt. Dieser beträgt heute 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten. In Absatz 3 wird dann die Festlegung des jährlichen Höchstbetrages für den Selbstbehalt geregelt.

Damit vor allem auch Chronischkranke den Weg in die integrierte Versorgung finden, hat sich der Nationalrat für gewisse Anreize für die Versicherten entschieden. Gemäss Nationalrat sollen die Versicherten, die sich für die integrierte Versorgung entscheiden, von einer tieferen Kostenbeteiligung und einem kleineren Höchstbetrag des Selbstbehaltes profitieren. Versicherte, die keinem Netz beitreten wollen, können das, werden sich dann aber mit höheren Kosten an der erbrachten Leistung beteiligen müssen.

Ihre Kommission folgt im Grundsatz den Beschlüssen des Nationalrates. Allerdings sind wir der Meinung, dass die Anreize verstärkt werden müssen. Nur so werden sich gemäss Ihrer Kommission auch die Chronischkranken der integrierten Versorgung anschliessen. Wir vertreten deshalb die Ansicht, dass der Selbstbehalt für die Versicherten, die sich einem integrierten Netz anschliessen, von heute 10 Prozent auf 5 Prozent gesenkt werden soll. Dieser reduzierte Selbstbehalt kommt ausschliesslich bei Leistungen, die in einem integrierten Versorgungsmodell erbracht werden, zur Anwendung. Dasselbe gilt für den maximalen Selbstbehalt, der gegenüber dem bestehenden Gesetz für Versicherte in Netzwerken neu tiefer angesetzt werden muss.

Imoberdorf René (CEg, VS): Ich darf vorausschicken, dass ich nichts dagegen habe, wenn alternative Versicherungsmodelle entwickelt und auch betrieben werden. Von daher bin ich auch nicht grundsätzlich gegen die Versicherungsform, die auf integrierten Versorgungsnetzen basiert. Ich bin aber dagegen, dass diejenigen, die sich nicht für dieses neue Versicherungsmodell entscheiden, mit einem höheren Selbstbehalt bestraft werden sollen. Ich möchte das kurz begründen.

Von dieser Vorlage verspricht man sich eine Qualitätssteigerung und gleichzeitig Einsparungen. Es gibt bis heute keinen wissenschaftlichen, schlüssigen Beweis, dass die Managed-Care-Modelle übers Ganze gesehen für die Krankenkassen und damit für die Versicherten kostensparend wirken. Es kann ja durchaus sein, dass ein klassischer Hausarztbesuch kostengünstiger ist als eine Behandlung in einem integrierten Ärztenetzwerk. Umso unverständlicher ist es meines Erachtens, dass man dann zusätzlich noch mit einem höheren Selbstbehalt bestraft würde. Es geht nicht an, dass integrierte Versorgungsnetze gegenüber anderen Versicherungsformen wie Hausarztmodellen, Bonus-Malus-Systemen, Telemed-Diensten usw. mit einem tieferen Selbstbehalt bevorzugt werden, nur damit sich mehr Versicherte für dieses Modell entscheiden. Das ist eine unzulässige Wettbewerbsverzerrung.

In dünnbesiedelten Gebieten werden die Versicherten wohl kaum vom tieferen Selbstbehalt profitieren können, weil es dort schlichtweg keine integrierten Ärztenetze gibt oder geben wird. Natürlich kann sich auch dort der Hausarzt mit der Hebamme und dem Naturheiler zu einem integrierten Versorgungsnetz zusammenschliessen, aber dieses Netzwerk würde meiner Meinung nach vermutlich nur bei grosszügiger Auslegung der Definition der integrierten Versorgung gemäss Artikel 41c Absatz 1 nach einer aufwendigen Evaluation durch die Versicherer als solches anerkannt. Ursprünglich war es die Idee des Bundesrates, integrierte Versorgungsnetze als weitgehende und zusätzliche besondere Versicherungsform im Gesetz zu definieren, nicht mehr und nicht weniger. Von differenzierten Selbstbehalten war damals nie die Rede.

Ich möchte noch erwähnen, dass das geltende Recht es dem Bundesrat ermöglicht, den Höchstbetrag für den

Selbstbehalt jährlich festzulegen. Diese Regelung ermöglicht mehr Flexibilität als der fixe Betrag, der von der Kommission vorgeschlagen wird.

Zum Schluss noch dies: Im Verlaufe dieser Debatte wurde von mehreren Votanten gesagt, der Markt werde es schon richten, will heissen: Die Versicherten werden aufgrund der offenbar besseren Qualität den integrierten Versorgungsnetzen beitreten. Wenn dem so ist, braucht es den differenzierten Selbstbehalt nicht.

Ich möchte Sie bitten, meinen Antrag zu unterstützen, die Regelung des Selbstbehaltes nach geltendem Recht zu belassen.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Ich hätte eigentlich Verständnis gehabt, wenn Kollege Imoberdorf nach diesem Votum vorher einen Antrag auf Nichteintreten auf die Vorlage gestellt hätte. Einerseits stellt er eigentlich das ganze Prinzip, die ganze Vorlage, infrage, andererseits macht er rückgängig, was wir am 5. Dezember 2006 in diesem Rat beschlossen haben, nämlich die Erhöhung der Kostenbeteiligung für die Patientinnen und Patienten. Unterdessen hat ja der Nationalrat drei Vorlagen in eine gepackt, und ein Teil der Vorlage, die wir heute beraten, ist die damalige Kostenbeteiligungsvorlage. Es war eigentlich unbestritten, dass man die Patientinnen und Patienten irgendwie stärker in die Verantwortung mit einbezieht, um die Kosten zu dämpfen. Wir haben jetzt aber einen anderen Weg gewählt: Wir wollen sie nicht nur über die finanziellen Anreize, sondern auch mit dem Ansatz bezüglich der Kostenbeteiligung in die Versorgungsnetze bringen. Ich weiss jetzt nicht mehr, ob Sie, Herr Imoberdorf, mich vorher bei der Forderung, dass alle Versicherungen ein solches Modell anbieten müssen, unterstützt haben. Das würde nämlich Ihrer Argumentation entgegenkommen, indem dann sichergestellt wäre, dass in Ihrem wenig dicht besiedelten Gebiet im Kanton Wallis von jeder Versicherung ein solches Netz angeboten werden müsste. Wir haben ja eine Differenz zum Nationalrat geschaffen und werden sicher noch einmal Gelegenheit haben, darüber zu diskutieren.

Auf jeden Fall bitte ich Sie hier, die Sache konsequent weiterzuführen und den Einzelantrag Imoberdorf abzulehnen.

Schwaller Urs (CEg, FR): 1. Herr Imoberdorf sagt, dass Managed-Care-Modelle keine Einsparungen bringen; ich glaube, das ist falsch. Wir haben in der Kommission relativ lange darüber gesprochen, und ich habe immer noch die Zahl im Kopf, gerade auch von Spezialisten, dass man hier von 10 Prozent gesprochen hat. Ich glaube, noch viel wichtiger ist, dass es eben zur Kostendämpfung beiträgt.

2. Um hier nicht die Kommissionssitzung zu wiederholen – wir haben ja sehr lange über 10 und 20 Prozent diskutiert –: Ich meine, mit der Lösung der Kommission, nämlich mit den Selbstbehalten von 5 und 15 Prozent bzw. vor allem mit den beiden Beträgen von 500 und 1000 Franken, bringen wir Sicherheit in das System und machen wir eine klare Aussage. Vor allem bewirkt diese Absenkung von 10 auf 5 Prozent einen zusätzlichen Anreiz für die Leute, die wir in die Netzwerke hineinbringen wollen, nämlich gerade auch für die Chronischkranken.

Ich glaube, unsere Linie ist eine gute Linie; ich lade Sie ein, diese zu unterstützen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): J'ai pour ma part toujours été opposée à l'augmentation de la participation aux coûts, même si elle a effectivement été décidée par ce conseil en 2006, pour plusieurs raisons.

La première, c'est qu'on n'a pas de preuve de l'effet de cette augmentation de la participation aux coûts sur la consommation de soins. On risque en revanche de voir un certain nombre d'effets négatifs parce que les personnes qui ont des petits revenus et qui sont malades consultent plus ce qui a posteriori entraînerait des coûts plus élevés pour traiter leur maladie. De plus, on sait aussi que la Suisse est un des pays au monde dans lequel les prestations payées

directement de la poche des personnes concernées sont les plus élevées.

Mais dans ce projet, nous avons aussi un intérêt, qui est celui d'inciter les personnes à adhérer au modèle de réseaux de soins intégrés. Et c'est pour cela que la notion de différenciation de participation a été introduite dans ce projet et que je l'ai personnellement défendue. Ceci étant, si on veut essayer de soutenir ces deux objectifs a priori contradictoires, Monsieur Imoberdorf aurait encore dû faire une autre proposition, celle de laisser à 10 pour cent la participation, comme c'est le cas actuellement, pour les personnes qui n'adhèrent pas aux réseaux de soins intégrés et de baisser la participation pour inciter les personnes à adhérer à ces réseaux. Dans ce sens-là, la proposition qui nous est faite me paraît malheureusement contradictoire dans ses objectifs et pas suffisamment claire. On peut espérer, ceci dit, que, dans la mesure où nous créons une divergence avec le Conseil national, nous pourrions peut-être encore améliorer ce projet dans le sens des préoccupations de Monsieur Imoberdorf, mais aussi dans celui de prendre en compte ce projet qui offre effectivement des perspectives.

Seydoux-Christe Anne (CEg, JU): Je ne siégeais pas dans cette chambre en 2006, donc vous excuserez mon opposition. Je soutiens la proposition Imoberdorf, aussi dans le sens de créer une divergence.

Que l'obligation soit faite ou non aux assureurs d'offrir un réseau, j'estime qu'il n'y a pas de raison de sanctionner par principe les assurés non membres d'un réseau par le biais d'une quote-part différenciée, et les dispositions prévues dans ce projet sur les quotes-parts différenciées me semblent déloyales d'un point de vue concurrentiel. En effet, sur la base d'une quasi-profession de foi selon laquelle le réseau serait par essence plus économique que la médecine libérale, on sanctionne d'emblée les assurés non membres d'un réseau. On le fait avant même d'avoir prouvé qu'un système de réseaux de soins intégrés généralisé, et non plus tenu par des pionniers qui avaient la volonté de prouver qu'il y avait une autre manière de faire de la médecine, est plus économique tout en offrant la même qualité. Ainsi, pour la même prestation, les assurés non membres d'un réseau devront payer une quote-part plus importante quand bien même leur médecin, conscient de ses responsabilités au niveau des coûts de la santé, peut se situer dans la moyenne des coûts voire au-dessous.

De plus, ce projet ne prend pas en compte les régions peu peuplées et/ou à faible densité médicale, dans lesquelles des réseaux seront de toute façon difficiles à mettre sur pied, parce que dans ces régions-là, on manque déjà de relève, qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes. Et on a beau me dire qu'on garantit que les assureurs vont devoir faire des réseaux partout, pour l'instant je n'y crois pas parce que, moi, je connais aussi la situation du point de vue médical dans ces régions.

Je suis favorable à la promotion des réseaux de soins intégrés, mais ceux-ci, s'ils sont vraiment économiques et tiennent leurs promesses au niveau de la qualité pour tous les malades, y compris les malades chroniques, seront leur meilleure publicité. En évitant le tourisme médical et, partant, la multiplication des examens, ces réseaux ont certainement un potentiel d'économies. On parle de 10 pour cent, mais ce n'est pas non plus la panacée pour tous les maux de notre système de santé. Je suis cependant favorable à leur promotion par des moyens incitatifs; et quand on parle de moyens incitatifs, je suis d'accord avec des réductions de primes, des ristournes, des rabais sur les primes après coup, en fonction des économies réalisées, mais non pas en sanctionnant les assurés qui ont, pour beaucoup, déjà de la peine à payer leur participation fixée actuellement à 10 pour cent. L'idée de Madame Maury Pasquier de différencier entre les 10 pour cent actuels et les 5 pour cent me paraît intéressante; on verra ce qu'en fera le Conseil national.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: J'aimerais d'emblée juste réagir à quelques points. Les réseaux de soins intégrés ne

sont pas opposés à la médecine libérale. Madame Seydoux, cela n'a rien à voir! On peut très bien être libéral du point de vue professionnel et faire partie d'un réseau. Cela, c'est une première chose. Le travail en réseau permet précisément aux régions excentrées d'avoir une chance supplémentaire d'exister. De plus en plus, le travail en réseau sera même la seule solution. Je reviendrai là-dessus. Je sais qu'il n'y a pas à avoir un très long débat là-dessus, mais ça vaut malgré tout la peine.

Ensuite, il y a quand même un principe de base. Il n'y a pas de miracle: si vous baissez la participation aux coûts, vous avez automatiquement une pression au niveau des primes. Il ne faut donc pas croire que vous allez donner quelque chose en ayant tout à coup une politique très généreuse en matière de participation aux coûts. Je vais l'expliquer dans les faits. Vous donnez peu de choses parce que vous avez automatiquement la problématique des primes, qui est d'autant plus importante dans cette discussion qu'elle sera utile pour voir dans quelle mesure les assurés se dirigent vers les modèles de réseaux de soins intégrés. Si les primes dans les réseaux de soins intégrés restent trop élevées, ce sera très difficile d'inciter la population à y adhérer. Ce n'est pas une profession de foi. Tous les exemples chiffrés et toutes les études existantes montrent clairement – on l'a encore vu avec les experts consultés – qu'il y a, comme l'a dit Monsieur Schwaller, non seulement une économie, mais aussi, sur la durée, une incitation à faire attention à la question des coûts, ce qui n'est pas le cas dans le reste du système.

Ici, comme vous le savez, on est face à un élément essentiel pour le projet, mais aussi essentiel pour le débat populaire, car il y aura vraisemblablement une votation. Il vaut donc la peine d'en parler un petit peu.

La participation aux coûts est un instrument de responsabilisation qu'il faut fixer à un niveau acceptable, mais qui est nécessaire au système. J'aimerais quand même vous rappeler de quoi il est fait. Je suis sûr que plusieurs d'entre vous le savent, mais je sais aussi que c'est quelque chose qui n'est pas toujours très bien connu.

Il y a d'abord la franchise qui, pour l'assurance de base, est en principe à 300 francs. Ensuite, il y a la quote-part, qui est actuellement de 10 pour cent avec un montant maximum qui est de 700 francs. Cela veut dire quelque part que la seule chose qui est vraiment fondamentale, c'est le montant maximum, et pas tellement le pourcentage. Dans le débat politique, on parle beaucoup du pourcentage, et c'est celui-là qui va être véritablement décisif dans l'appréciation générale de la situation. Mais, dans les faits, ce qui est important est le montant maximum parce que, une fois la franchise atteinte, on retient sur chaque facture un pourcentage pour la participation aux coûts jusqu'à un montant maximum. Si ce dernier est plus grand ou plus petit, cela change beaucoup les choses. Tandis que, si ce n'est que le pourcentage qui varie, cela représente une évolution relativement mineure.

L'intention initiale du Conseil fédéral était de fixer la participation aux coûts à 20 pour cent pour tout le monde. La première discussion à l'époque portait donc sur une augmentation de la responsabilisation face aux coûts de la santé et sur une augmentation de la participation aux coûts, qui prévoyait un pourcentage plus élevé. Était-il aussi question d'un montant maximum que l'on pouvait faire évoluer? Cela doit encore être discuté mais, à l'époque, c'était la proposition discutée.

Cela dit, avec le projet de réseaux de soins intégrés, on a la possibilité de différencier la quote-part, le pourcentage mais, surtout, le montant maximum, parce que c'est cela qui est important! En particulier pour les malades chroniques, parce que les malades chroniques savent qu'ils devront payer chaque année le montant maximum. Et le fait de devoir payer 10 ou 20 pour cent sur quelques factures ne change rien fondamentalement pour les malades chroniques. Ce qui change, c'est le montant maximum. Si celui-ci est fixé à 500, 700 ou 1000 francs, les malades chroniques savent qu'ils auront à payer chaque année un montant plus ou moins important. Et c'est cela qui est important.

Votre commission, à mon avis, est en train de pencher pour une solution qui est assez bonne, qui est équilibrée du point de vue technique et politique, ce qui est l'enjeu ici, à savoir de trouver un équilibre qui joue du point de vue technique, c'est-à-dire qui se répercute ensuite positivement sur le système, y compris sur la problématique des primes, et qui a aussi une chance d'un point de vue politique, lorsqu'il faudra aller l'expliquer dans le cadre d'un débat populaire, ce qui est loin d'être simple! Et la solution qui est proposée là va dans ce sens. Ce n'est peut-être pas encore la dernière solution, il y a peut-être encore quelque chose à faire évoluer, mais cela va dans le bon sens.

Pour ce qui concerne les effets – cela, vous devez le savoir et je pense que c'est important pour le débat, surtout dans la suite des opérations –, si on part toujours du principe qu'on veut atteindre un objectif de 60 pour cent d'assurés dans les réseaux de soins intégrés, la version du Conseil national, avec une quote-part de 10 et de 20 pour cent, si on fixe le montant maximal annuel de la quote-part à 500 et à 1000 francs, permet des économies de l'ordre de 1,1 milliard de francs dans l'assurance obligatoire des soins. La participation aux coûts des assurés augmente légèrement. Elle augmente légèrement, c'est le système du Conseil national – quote-part de 10 et 20 pour cent et montant maximal annuel de la quote-part de 500 et 1000 francs –, qui fait que la participation aux coûts augmente aussi. Ce système permet donc de faire des économies sur l'ensemble du système de l'assurance obligatoire des soins, avec une légère augmentation de la participation aux coûts.

Dans le cadre de la proposition de la majorité de la commission du Conseil des Etats, les économies globales sont estimées à environ 840 millions de francs. La participation aux coûts des assurés baisse légèrement – dans cette situation, l'«Out-of-Pocket-Anteil» baissera légèrement. La proposition de la commission du Conseil des Etats permet d'économiser un peu moins, avec pour effet une légère baisse de la participation aux coûts.

Quelle est la conséquence? Cela veut dire que les primes seront un peu moins attractives au début. Ainsi, si la version du Conseil des Etats est vraisemblablement favorable d'un point de vue politique, elle est légèrement plus défavorable d'un point de vue technique, parce qu'elle sera moins attractive par rapport aux primes. Et – qu'on le veuille ou non – ce sont quand même les primes qui seront déterminantes au départ pour entrer dans un réseau de soins intégrés et, progressivement, ce seront la qualité et la question de la participation aux coûts.

A ce stade, je vous propose clairement d'approuver la proposition de la majorité de la commission, tout en admettant qu'il y a encore une légère optimisation à chercher avec le Conseil national, et en espérant que l'on trouve une solution qui permette aux deux chambres de se mettre d'accord et qui n'aboutisse pas à ce qui arrive de temps à autre, c'est-à-dire à ce que vos deux chambres commencent à faire un jeu qui éloigne leurs positions. Mais je pense qu'on va plutôt vers un rapprochement.

C'est dans ce sens que le Conseil fédéral va également travailler, aussi bien avec votre commission qu'avec la commission soeur du Conseil national.

Fetz Anita (S, BS): Bei Absatz 3bis geht es darum, dass der Bundesrat den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes anpassen kann. Damit sind wir einverstanden. Die Frage ist jetzt einfach: An was kann er ihn anpassen? Die Mehrheit empfiehlt Ihnen, dass er ihn an die Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen kann. Wir sagen, dass er ihn der Lohn- und Preisentwicklung angleichen soll.

Was ist der grosse Unterschied? Die Lösung der Mehrheit, also Anpassung an die Kostenentwicklung innerhalb des Krankenversicherungsbereichs, ist erstens einmal richtig, weil in diesem Bereich die Prämien die Kostensteigerung abbilden. Zweitens steigen diese Kosten rasant; das wissen Sie. In den letzten Jahren sind sie um 60 Prozent gestiegen. Das würde heissen, dass man den maximalen Selbstbehalt,

den wir jetzt gerade definiert haben, im genau gleichen Tempo anpassen müsste. Das wiederum trifft dann vor allem die Kranken. Der Selbstbehalt wird ja dann ausgelöst, wenn man krank ist. Die Minderheit sagt Ihnen, eine Anpassung sei okay, aber sie solle an der Lohn- und Preisentwicklung ansetzen und damit auch einigermaßen moderat bleiben, zumal ja die Kostenentwicklung über die Prämien abgebildet ist.

Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen und jenen der Mehrheit abzulehnen.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Von den Vertretern der Minderheit wurde bereits erklärt, wo der Unterschied liegt. Die Kommission hat mit 7 zu 6 Stimmen entschieden. Die Mehrheit ist der Meinung, dass die Anpassung nach der Kostenentwicklung zu geschehen hat. Sie sehen, ich bin bei der Minderheit, also bin ich nicht diejenige, die Ihnen den Antrag der Mehrheit mit grosser Vehemenz anpreist; Sie sollen selber entscheiden.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: L'intervention de Madame Forster en faveur de la proposition de la majorité était très convaincante. J'ajoute toutefois quelques mots.

Au fond, c'est assez simple. Tout d'abord, l'alinéa 3bis est à mettre en relation avec l'alinéa 4 des dispositions transitoires au chiffre lter selon la proposition de votre commission, qui prévoit que: «La réglementation prévue à l'article 64 alinéa 3bis est mise en oeuvre la première fois trois ans après l'entrée en vigueur de la modification.» Par conséquent, pendant trois ans rien ne bouge, que cela soit bien clair. C'est un point important pour le débat. La possibilité d'adapter existe après trois ans. C'est la première chose à dire.

La deuxième est que, si on adapte en fonction des coûts de l'assurance-maladie, on a alors un effet «stabilisant» sur les primes. Les propositions auront une influence soit sur la participation aux coûts, soit sur les primes. Avec la proposition de la majorité, on a un effet plutôt stabilisant sur les primes; avec celle de la minorité, on a un effet favorable sur la participation aux coûts, donc plutôt favorable aux malades chroniques, mais alors un effet négatif sur les primes.

Il faut par conséquent choisir où vous voulez avoir plus de «dégâts» sur le plan des coûts. La meilleure solution serait que les coûts de l'assurance-maladie commencent à être un peu mieux maîtrisés. On sait qu'il est de toute façon peu probable qu'ils soient maîtrisés au niveau de l'évolution des primes. Dès qu'on aura une situation correspondant à l'évolution «démographique» – il y aura des problèmes que l'on ne peut pas éviter, mais aussi des chances en matière de qualité et de nouvelles technologies que l'on veut avoir –, on aura à ce moment-là une augmentation des coûts de l'assurance-maladie plus cohérente, plus maîtrisée.

Il est vrai que la proposition de la majorité a un effet positif sur les primes. Dans ce sens-là, c'est à vous de choisir. Pour le Conseil fédéral, l'une et l'autre peuvent être choisies. Il est plutôt favorable à la proposition de la majorité parce qu'il faut prendre des mesures pour que les primes ne soient pas constamment l'outil pour compenser l'augmentation des coûts.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 24 Stimmen

Für den Antrag Imoberdorf ... 8 Stimmen

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 29 Stimmen

Für den Antrag Imoberdorf ... 4 Stimmen

Abs. 3bis – Al. 3bis

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 16 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 16 Stimmen

*Mit Stichentscheid des Präsidenten wird der Antrag der Mehrheit angenommen
Avec la voix prépondérante du président la proposition de la majorité est adoptée*

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Ziff. Ibis Ziff. 2 Abs. 2, 5

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Stähelin)

Streichen

Ch. Ibis ch. 2 al. 2, 5

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Stähelin)

Biffer

Stähelin Philipp (CEG, TG): Ich stelle diesen Minderheitsantrag zu den Absätzen 2 und 5 im sicheren Bewusstsein, damit einen schweren Stand zu haben. Ich möchte aber ein paar Dinge schlicht und einfach gesagt haben.

In letzter Zeit ist es ja Brauch und Sitte geworden, den Risikoausgleich bzw. gewisse Praktiken der Risikoselektion – diese sind auch meines Erachtens verderblich – als Quelle allen Übels beim KVG darzustellen. Was ist uns da in den letzten Tagen nicht alles zugestellt worden! Ich zitiere aus einem Schreiben von H plus; das ist eigentlich unverdächtig, da mich H plus als Spitalverwaltungsrat ebenfalls vertritt. Es heisst darin, der Risikoausgleich sei das Kernstück der Vorlage; er sei die Mutter aller KVG-Revisionen usw. Ich hatte Freude an diesem Schreiben; beinahe sind mir die Tränen gekommen. Diese Haltung seitens der Leistungserbringer ist verständlich. Der Risikoausgleich ändert ja nichts, gar nichts an den Tarifen und Erträgen der Spitäler; er ändert aber auch gar nichts an den Gesundheitskosten, soweit es um die Leistungserbringung geht. Mit dem weiteren Herumschrauben am Risikoausgleich ändern wir am steten Steigen der Gesundheitskosten nichts; das sollte auch sauber so kommuniziert werden.

Allerdings wird mit der vorgeschlagenen Neuregelung des Kostenausgleichs kostenmässig zweifellos ein Effekt verbunden sein: Neue, weitere Kriterien machen die Sache wesentlich komplizierter und führen damit zu einem entsprechend höheren Verwaltungsaufwand; das ist gegeben. Dies schlägt unter dem Strich und gesamthaft wieder auf die Prämien durch. Diese werden somit wieder steigen.

Eine weitere Änderung des Risikoausgleichs war in der ursprünglichen Fassung der Managed-Care-Vorlage und auch in der Fassung Ständerat nicht enthalten. Der Nationalrat hat sie nun eingefügt. In den Anhörungen haben wir in der Kommission vernommen, dass Netze mit Budgetmitverantwortung ohnehin intern eine Risikobewertung mit entsprechendem Ausgleich vornehmen. Der Einbezug einer Neuordnung für das gesamte System, nicht nur für die Managed-Care-Modelle ist damit unnötig, doppelläufig und belastet diese Vorlage zusätzlich. In der Kommission wurde denn auch – nicht von mir – ein Antrag auf Abtrennung dieser Bestimmungen von der Vorlage gestellt, der aber leider unterlag; das ist mit ein Grund für meinen Minderheitsantrag.

Wir haben mit der Spitalvorlage den Risikoausgleich nach langen Diskussionen bereits verfeinert und neu das Kriterium eines Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim von

über drei Tagen im Vorjahr eingeführt. Diese Bestimmung soll auf 2012 in Kraft treten. Eine frühere Inkraftsetzung sei nicht möglich, wurde uns damals gesagt, weil die Geschichte noch sauber zu berechnen sei. Wir haben es dann in der Kommission dabei bewenden lassen, das Inkrafttreten auf 2012 akzeptiert und gesagt, wir würden dann zwei, drei Jahre lang schauen, wie sich diese Bestimmung auswirke. Jetzt soll wieder einmal ein Schrittwechsel vollzogen werden. Wir haben noch keinerlei Erfahrung mit der neuen Regelung, die wir das letzte Mal beschlossen haben, und sollen die Regeln schon wieder ändern. Zudem geben wir dem Bundesrat mit der sehr offenen Formulierung «die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten» umfassende Kompetenzen zur Regelung, nachdem wir vorher während ganzer Sitzungen über mögliche Kriterien diskutiert und kaum allseits befriedigende Lösungen gefunden haben.

Selbstverständlich freue ich mich, wenn etwa der Thurgauer Morbiditätsindex eingeführt wird, den wir bei uns in den Netzen bereits kennen und der eine individuelle Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands der Versicherten nach einer Skala durch die Hausärzte bringen würde. Aber gilt dann auch die freie Arztwahl? Was wir da machen, ist ja flächendeckend. Oder geht man viel weniger weit und stellt auf einen gewissen Arzneimittelkonsum oder auf Tracerdiagnosen ab? Fragen über Fragen! Wir bringen eine Blackbox und zaubern alles gewissermassen aus dem Hosensack. Dass es dabei um sehr viel Geld, um Hunderte von Millionen Franken geht, die hin und her geschoben werden, muss ich nicht extra betonen. Sie werden hin und her geschoben, und zwar nicht nur zwischen den Kassen, sondern indirekt auch zwischen Jung und Alt. Die Jungen finanzieren in der obligatorischen Krankenversicherung bekanntlich die ältere Generation, und dieser Effekt dürfte durch die Verfeinerung des Risikoausgleichs tendenziell noch verstärkt werden. Spital- und Pflegeheimaufenthalt, Medikamentenkonsum, Morbiditätsfaktoren – das alles summiert sich ja bei den älteren Menschen. Heute sind wir in diesem Rat wohl kaum in der Lage, die Effekte zu beurteilen. Wir wissen nicht, was wir tun.

So, nun habe ich gesagt, was ich sagen wollte, und habe auch meinem Ärger etwas Luft gemacht. Ich sehe aber keine Chancen für meinen Antrag; ich ziehe ihn deshalb zurück.

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ich möchte ganz gerne eine Bemerkung anfügen. Der Antrag der Minderheit Stähelin ist zwar zurückgezogen worden, aber Herr Stähelin hat hier einige Äusserungen gemacht, die ich so nicht stehen lassen will, und deshalb gestatten Sie mir einige Bemerkungen zu Absatz 2.

Herr Stähelin, wir sprechen nicht zum ersten Mal über den Risikoausgleich. Wir entschieden uns ja nach langen und ausführlich geführten Diskussionen zur Spitalfinanzierung, dass wir den Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim in den Risikoausgleich aufnehmen. Wir taten dies sehr bewusst, weil wir der Meinung waren, dass es wichtig sei, den Risikoausgleich zu verfeinern. Weshalb wir so entschieden haben, wissen Sie ganz genau: Weil immer mehr Billigkassen entstanden sind, die Versicherte nicht vorab über die Qualität an sich gebunden haben, sondern vor allem das Ziel verfolgt haben, junge Leute in die Kasse aufzunehmen, weil diese kaum ein Risiko darstellen.

Bereits damals habe ich den Antrag gestellt, wonach der Indikator auch einen gewissen Morbiditätsfaktor enthalten soll. Damals nahmen wir Abstand davon, weil es um die Spitalfinanzierung ging. Hier aber geht es nicht mehr um die Spitalfinanzierung, sondern um die ambulanten Leistungen. Deshalb ist es wichtig, nun den Risikoausgleich mit dem Morbiditätsfaktor zu verfeinern, denn vor allem Ärzte, die in ihren Praxen Chronischkranke behandeln, haben ansonsten das Nachsehen – das wissen Sie. Deswegen brauchen wir trotz der integrierten Versorgung und den Verbesserungen, die daraus entstehen, eben einen zusätzlichen Ausgleich über einen Morbiditätsfaktor.

Weshalb überlassen wir die Entscheide nun dem Bundesrat? Sie haben selber angeführt, es gebe verschiedene Möglichkeiten, wie die Morbidität abgebildet werden kann. Wir sind der Meinung, dass der Bundesrat das zusammen mit den Spezialisten ausloten und dann entsprechend entscheiden soll. Wir waren uns dabei bewusst, was wir tun.

Sie haben noch erwähnt, in der Kommission sei ein Trennungsantrag vorgelegen. Das stimmt, das hatte ich der Kommission unterbreitet. Aber ich tat das nicht, um den Risikoausgleich in dieser Vorlage zu verhindern. Dieser wird mittlerweile von allen unterstützt, von den Leistungserbringern, die am Anfang nicht dabei waren, von den Spitälern, von H plus usw. Man könnte sich vorstellen, durch eine Trennung der Vorlage einmal den Risikoausgleich ins Trockene zu bringen und anschliessend in einer zweiten Vorlage über die integrierte Versorgung zu entscheiden. Die Mehrheit der Kommission war aber der Meinung, dies sei nicht richtig. Deswegen empfehle ich Ihnen wärmstens, hier dem Nationalrat zu folgen.

Ich habe jetzt etwas lange gesprochen, aber nach dem Votum von Herrn Stähelin waren diese Erläuterungen notwendig.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Je réagis brièvement à vos propos.

Premièrement, vous avez dit que ce serait un changement de plus. Ce n'est pas un changement, c'est une confirmation de la priorité, avec une priorité plus forte que l'on donne à la compensation des risques. De fait, nous estimons que l'on doit tout simplement donner la priorité à la concurrence sur la qualité et non sur la sélection des risques. Cette déclaration est importante dans ce projet en particulier.

Deuxièmement, vous avez parlé de «black box», Monsieur le conseiller aux Etats et ancien conseiller d'Etat. Vous savez très bien que quand on donne une compétence à l'exécutif, ce n'est jamais une «black box», c'est un acte de lucidité. Cela dit, je veux bien vous préciser nos intentions, qui sont claires: nous souhaitons aller dans le sens des groupes de médicaments. Vous avez d'ailleurs parlé de cela et dit qu'il y avait plusieurs possibilités. La possibilité pragmatique, rapide et efficace la plus vraisemblable consiste en un affinement de la compensation des risques par le biais des groupes de médicaments.

Troisièmement, j'aimerais dire encore que l'incitation est assez forte si l'on affine la compensation des risques pour les programmes de «disease management» dans les réseaux de soins intégrés, en particulier pour les maladies chroniques.

Par conséquent, votre décision à ce moment-là, à cet endroit du dépliant, est cohérente avec celle que vous avez prise tout à l'heure. En ce sens, nous vous demandons non seulement de suivre la majorité – mais finalement il n'y a plus de vote, puisque vous avez retiré votre proposition de minorité, Monsieur Stähelin –, mais en plus de concevoir cela comme un aspect important à discuter ensemble avec l'ensemble du projet de «managed care».

Präsident (Altherr Hans, erster Vizepräsident): Der Antrag der Minderheit Stähelin ist zurückgezogen worden.

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

Ziff. Iter

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Streichen

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 4

Die Umsetzung der Regelung nach Artikel 64 Absatz 3bis erfolgt erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung.

Antrag der Minderheit

(Gutzwiller, Egerszegi-Obrist, Fetz, Hêche, Maury Pasquier)

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Ch. Iter*Proposition de la majorité**Al. 1*

Biffer

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 4

La réglementation prévue à l'article 64 alinéa 3bis est mise en oeuvre la première fois trois ans après l'entrée en vigueur de la modification.

Proposition de la minorité

(Gutzwiller, Egerszegi-Obrist, Fetz, Hêche, Maury Pasquier)

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Präsident (Inderkum Hansheiri, Präsident): Wir haben über diese Bestimmung bei Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g entschieden.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

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)

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 autogol.

Je vous invite à ne pas réaliser cet autogol 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.

Triponez 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 Selbstbezahls 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, Budgetverantwortung zu tragen. Wir stellen mit Freude und Genugtuung fest, dass die Ärztenverbände 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 verhandelt sind. Und wer hat im Ständerat dafür gesorgt, dass die Bestimmung gekippt wurde? Lauter Mitglieder, die mit einer Versicherung, einer Krankenkasse, verhandelt 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 coresponsabilité 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

Angenommen – 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 Budgetmitverantwortung, 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 Spitallisten 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 einen 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 Krankenkassensicherern 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 Krankenkassensicherern 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'efficience 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 différenciées. 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 choisissent 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 Selbstbezahls. 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 Selbstbezahls habe im Zusammenhang mit der Einführung der Netzwerkpflcht eine positive Stossrichtung, so stimmt das natürlich. Das ist nicht einfach abzustreiten, aber man muss sich bewusst sein, dass eine Senkung des Selbstbezahls, 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 stärken und unnötiges Konsumverhalten bestrafen, 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 Kommissionmehrheit 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 stringenterere 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/7,5 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 Differenzvereinbarung 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.

Cassis 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

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

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

Différences – 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 (Différences – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Différences – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 17.09.08 (Différences – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 18.09.08 (Différences – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 24.09.08
 Ständerat/Conseil des Etats 01.10.08 (Différences – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 01.10.08 (Différences – 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 (Différences – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Différences – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Différences – Divergences)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Art. 12 Abs. 5

Antrag der Mehrheit
 Streichen

Antrag der Minderheit

(Maury Pasquier, Berberat)
 Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 12 al. 5

Proposition de la majorité
 Biffer

Proposition de la minorité

(Maury Pasquier, Berberat)
 Adhérer à la décision du Conseil national

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

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

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

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

Die Mehrheit der Kommission empfiehlt Ihnen deshalb, von einer solchen Bestimmung abzusehen.

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

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

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

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

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

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

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

Ich möchte aber auch materiell etwas sagen. Grundsätzlich müssen wir anstreben, dass wir Managed-Care-Angebote durch die Leistungserbringer haben. Ärzte, Physiotherapeuten, Spitäler müssen diese Angebote machen – sie sind es ja, die ihre Leistungen den Patienten anbieten. Die Versicherer haben keine Ärzte, keine Physiotherapeuten, sie haben keine Spitäler. Eigentlich ist es ein Fehlkonstrukt, wenn man sagt, die Versicherer müssten diese Angebote machen. Noch falscher ist es, wenn wir sagen, die Versicherer müssten solche Angebote machen, aber sie dürften nicht Träger sein; dies im Wissen, dass die Managed-Care-Modelle, die heute funktionieren, praktisch ausschliesslich oder sehr oft Modelle sind, die durch die Versicherer, beispielsweise die Swica, aufgebaut wurden. Ich finde es völlig falsch, wenn wir jetzt in einer Übergangsphase – später müssen dann die Leistungserbringer die Träger der Managed-Care-Modelle sein – derartige Beschlüsse fassen. Wir stellen das, was funktioniert, infrage und sagen denen, die gar nicht die Mittel dazu haben, sie sollten solche Modelle erstellen. Hinzu kommt der formelle Einwand.

Ich beantrage Ihnen, hier der Mehrheit zu folgen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 33 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 10 Stimmen

Art. 13 Abs. 2 Bst. g

Antrag der Kommission

Festhalten

Art. 13 al. 2 let. g

Proposition de la commission

Maintenir

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

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

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

Der Nationalrat will zudem an der Bestimmung festhalten, dass sich die Netzwerke unabhängig von den Versicherern organisieren müssen. Tatsache ist aber, dass sich bereits viele Netzwerkmodelle entwickelt haben, die von den Versicherern zum Beispiel in der Rechtsform der AG geführt werden. Die Gesundheitszentren funktionieren bestens und entsprechen offenbar auch einem Bedürfnis der Versicherten. Nach Meinung Ihrer Kommission macht es keinen Sinn, bestehende erfolgreiche Netzwerke, die bereits heute zu tieferen Kosten beitragen, zu zerstören, nur weil sie nicht «unabhängig» gemäss Buchstabe g sind. Zudem ist Buchstabe g nicht geeignet, jegliche Einflussnahme der Krankenversicherer betreffend die Organisation der integrierten Versorgungsnetze zu verhindern. Buchstabe g würde lediglich dazu führen, dass Scheinlösungen angeboten würden.

Aus all diesen Gründen empfiehlt Ihnen die Kommission, Buchstabe g zu streichen. Die Forderung des Nationalrates, die Netzwerke flächendeckend anzubieten, wird damit nicht fallengelassen; Herr Bundesrat Burkhalter hat auch schon darauf hingewiesen. Mit Ziffer Iter Absatz 3 der Übergangsbestimmungen wird dem Anliegen des Nationalrates Rechnung getragen, dies im Sinne eines Kompromisses. Es wird präzisiert, welche Massnahmen der Bundesrat ergreifen kann, falls nach einigen Jahren kein flächendeckendes Angebot von integrierten Versorgungsnetzen entsteht. Wir wollen dem Anliegen des Nationalrates also entgegenkommen, aber in der Übergangsbestimmung; ich komme darauf zurück.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Angenommen – Adopté

Art. 41c Abs. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 41c al. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

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

Wir empfehlen Ihnen, dass wir uns dem Nationalrat anschliessen.

Angenommen – Adopté

Art. 41d

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

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

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

Angenommen – Adopté

Art. 64

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. b

Festhalten

Abs. 2 Bst. c

c. 7,5 Prozent ...

Abs. 3, 3bis

Festhalten

Antrag der Minderheit

(Gutzwiller, Altherr, David, Forster, Stähelin)

Abs. 2 Bst. b, c

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 64

Proposition de la majorité

Al. 2 let. b

Maintenir

Al. 2 let. c

c. ... 7,5 pour cent des coûts ...

Al. 3, 3bis

Maintenir

Proposition de la minorité

(Gutzwiller, Altherr, David, Forster, Stähelin)

Al. 2 let. b, c

Adhérer à la décision du Conseil national

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

pas les réseaux de soins intégrés, cela devrait automatiquement entraîner une responsabilité plus forte.

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

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

Cela dit, je reviens sur la façon de concevoir le «Strafsteuer» – pour reprendre un terme qui a été utilisé tout à l'heure. J'aimerais rappeler que la participation aux coûts totale est d'abord composée de la franchise ordinaire, qui est de 300 francs, et ensuite de la quote-part, qui peut être, encore une fois, de 10, 20, 15 ou de 7,5 pour cent, selon les différentes variantes. Mais cette quote-part, qui s'applique une fois la franchise dépassée, est limitée au montant maximal. Ainsi les malades chroniques, qui payeront de toute façon le montant maximal, le payeront plus ou moins vite, selon que la quote-part sera plus ou moins élevée en pour cent. Mais cela ne change pas fondamentalement le système. Ce qui est fondamental, c'est le montant maximum.

Et ce qui est proposé maintenant, dans l'état actuel du projet – que nous soutenons –, c'est un montant maximal, sous la forme traditionnelle de 1000 francs, c'est-à-dire supérieur au montant maximal actuel qui est de 700 francs; mais pour les réseaux de soins intégrés, c'est un montant maximal de 500 francs, qui est inférieur au montant maximal actuel de 700 francs pour tout le monde. On se rend donc clairement compte que ce projet offre des solutions très intéressantes, y compris financièrement, pour autant que l'on regarde bien les choses et que l'on arrête de trop mettre l'accent sur la quote-part – qui est importante, mais qui n'est pas aussi importante que le montant maximal. Il faut déplacer le regard et le projecteur sur le montant maximal.

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

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

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

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

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

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 21 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 19 Stimmen

Ziff. Iter

Antrag der Kommission

Abs. 1

Festhalten

Abs. 2

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

Abs. 3

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

Abs. 4

Festhalten

Ch. Iter

Proposition de la commission

Al. 1

Maintenir

Al. 2

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

Al. 3

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

Al. 4

Maintenir

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

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

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

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

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

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

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

Angenommen – Adopté

04.062

**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, Humbel, 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'entente 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 dégageant 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 Spitex 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 Ärztenetzwerke 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.

Cernant 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 Ärztgruppe 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 Besitze 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 Besitze 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 solle, 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 décidiez 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 lter 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 Vorschlag 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 esercizi 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 cure integrate e, in terzo luogo, la partecipazione ai costi differenziata tra assicurati pazienti 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 bitet Sie, der ständerätlichen 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 ertotet 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 Versorgungsnetzen 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 Versorgungsnetzen 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 ständerätlichen 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, Doppelspurigkeiten 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'oeuvrent que dans certaines régions et que la marge de manoeuvre 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 marquez 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), für die 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 Krankenversicherern. 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 Versorgungsmodell 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 referendumpolitisch 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 Spitälern. 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.

Cassis 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 vorsieht, 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 bestraft werden sollen, wird das grossen 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 könne 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 Netzwerkbenützer im Verhältnis zu jenem der Benützer 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 Kompetenzbescheidung 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 ständerätliche 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 ständerätlichen 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 ständerätliche 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 Prämien-erhöhung als nötig erweist. Mit der ständerätlichen Lösung nehmen Sie leichtfertig die Möglichkeit einer solchen Prämien-erhöhung 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 Armutsrisiko 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-Modell.

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 Ansatz 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 ständerätlichen 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. Grosse 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 Einigungskonferenz 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 obsiegt 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 attractives 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 attractif – moins que l'autre, mais attractif 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 lter 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 lter 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 attractives dès le départ.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die 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 referendumpolitisch 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 ständerätlichen Beschluss gefolgt und will die maximale Kostenbeteiligung im Gesetz verankern. Damit werden Transparenz und Sicherheit geschaffen. Patientinnen und Patienten in Versorgungsnetzen profitieren von einer tieferen 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 insécurisés 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.

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)
 Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
 Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11
 Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Art. 12 Abs. 5

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Minderheit

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

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 12 al. 5

Proposition de la Conférence de conciliation

Majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Minorité

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

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 13 Abs. 2 Bst. g

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)
Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 13 al. 2 let. g

Proposition de la Conférence de conciliation
Majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)
Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 64

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Abs. 2 Bst. b

b. 15 Prozent ...

Abs. 2 Bst. c

c. 10 Prozent ...

Abs. 3bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)
Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 64

Proposition de la Conférence de conciliation

Majorité

Al. 2 let. b

b. 15 pour cent des coûts ...

Al. 2 let. c

c. 10 pour cent des coûts ...

Al. 3bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)
Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Ziff. Iter

Antrag der Einigungskonferenz

Mehrheit

Abs. 1–4

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5

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

Minderheit

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)
Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Ch. Iter

Proposition de la Conférence de conciliation

Majorité

Al. 1–4

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5

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

Minorité

(Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Prelicz-Huber, Rossini, Schenker Silvia)
Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich bitte Sie, diesem Kompromiss zuzustimmen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 9 Stimmen

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)
Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)
Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11
Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
Text des Erlasses 1 (BBI 2011 7441)
Texte de l'acte législatif 1 (FF 2011 6849)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Art. 12 Abs. 5*Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Minderheit

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

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 12 al. 5*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

Minorité

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

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 13 Abs. 2 Bst. g*Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

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

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 13 al. 2 let. g*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

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

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Art. 64*Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit**Abs. 2 Bst. b*

b. 15 Prozent ...

Abs. 2 Bst. c

c. 10 Prozent ...

Abs. 3bis

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Minderheit

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

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Art. 64*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité**Al. 2 let. b*

b. 15 pour cent des coûts ...

Al. 2 let. c

c. 10 pour cent des coûts ...

Al. 3bis

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Minorité

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

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Ziff. Iter*Antrag der Einigungskonferenz**Mehrheit**Abs. 1–4*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 5

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

Minderheit

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

Ablehnung des Antrages der Einigungskonferenz

Ch. Iter*Proposition de la Conférence de conciliation**Majorité**Al. 1–4*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 5

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

Minorité

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

Rejeter la proposition de la Conférence de conciliation

Le président (Germanier Jean-René, président): Le groupe PBD soutient la proposition de la Conférence de conciliation.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Geschätzte Anwesende, darf ich Ihnen zuerst eine Frage stellen? Was ist für Sie ein Kompromiss? Sie wissen, dass wir schon lange über diese Vorlage beraten; Sie wissen, dass wir viele Schritte gemacht haben, und Sie wissen auch, dass die SP-Fraktion in all diesen Beratungen immer wieder Hand geboten hat zu neuen Kompromissen. Sie wissen auch, dass der Ständerat Beschlüsse gefasst hat, zu denen wir Ja gesagt haben, und dass diese Beschlüsse genau so lange hielten, bis die Krankenkasse Helsana einmal mehr intervenierte. Mit jedem Schritt, den wir Ihnen entgegengekommen sind, sind Sie einen Schritt nach rechts gegangen. Ich persönlich bedauere dieses Resultat sehr.

Jeden Abend hören wir auf den Podien, in den Diskussionen mit der Bevölkerung, dass sich die Leute darüber ärgern, dass wir hier ständig Machtspiele machen, statt uns der Sache zu widmen. Genau das haben Sie einmal mehr gemacht. Mit Hinterzimmer-Politik haben Sie ein Resultat geschaffen, das die eine Seite dieses Rates ausgrenzt.

Diese Vorlage war nötig, um den Versicherungen Beine zu machen. Deshalb sind wir mit der Idee gestartet, die Versicherungen mit einem Obligatorium dazu zu verpflichten, in der ganzen Schweiz flächendeckend solche Netzwerke anzubieten. Wir wollten einen Paradigmenwechsel. Was ist das Resultat? Das Resultat ist, dass die Versicherungen keine solche Verpflichtung haben, dass die Angebote in der ganzen Schweiz nicht garantiert sind, dass wir den Paradigmenwechsel verpasst haben und dass die Patientinnen und Patienten stattdessen mehr belastet werden. Die Versicherungen kommen also zu mehr Macht, ohne dass sie in die Pflicht genommen werden. Wenn ich zwischen Versicherungsdiktat und Freiheit wählen kann, dann wähle ich die Freiheit.

Wir wollten den Paradigmenwechsel, wir wollten ein Obligatorium für die Anbieter und Anreize für die Nutzerinnen und Nutzer – so quasi, wie wir das beim Katalysator in den Neunzigerjahren gemacht haben. Sie sind aber auf halbem Wege stehengeblieben: Sie sorgen dafür – im übertragenen Sinn –, dass der Katalysator freiwillig ist, und bestrafen die Autofahrer, die ihn nutzen.

Ohne Obligatorium für die Krankenversicherung ist die Substanz dieser Vorlage weg. Was vor uns liegt, ist eine substanzlose Prestigevorlage, die die Patientinnen und Patienten mehr belastet. Denn alles, was an Substanz in dieser Vorlage ist – der Risikoausgleich und die Unabhängigkeit –, hat mit Managed Care nichts zu tun. Sie werden jetzt sagen, die Prämien könnten gesenkt werden. Da möchte ich Sie darauf hinweisen, dass hinter uns drei KVG-Revisionen liegen. Zuerst kam die Pflegeversicherung. Es wurde versprochen, die Prämien würden sinken. Die SP war skeptisch, hat das Referendum aber nicht ergriffen. Was ist der Effekt? Die Prämien sind gestiegen, die Belastung der Patientinnen und Patienten ist gestiegen. Die zweite Revision war die Spitalfinanzierung. Wieder wurde versprochen, die Prämien würden sinken. Die SP war skeptisch, hat das Referendum nicht ergriffen. Was ist der Effekt? Ein Chaos und erneut ein Prämienwachstum. Die dritte Vorlage ist diese Managed-Care-Vorlage. Sie versprechen wieder, die Prämien würden sinken. Die SP ist skeptisch, und vielleicht ist es jetzt Zeit, dass das Volk entscheidet.

Dabei ist wichtig: Alles, was in dieser Managed-Care-Vorlage steht und zu Managed Care gehört, ist heute schon möglich – auch ohne diese Vorlage. Es sollte eine Beschleunigungsvorlage sein, um den Versicherungen Beine zu machen. Ich frage Sie: Wieso eigentlich, wenn Managed Care doch so gut ist, machen es die Versicherungen nicht von sich aus? Wieso haben wir nach wie vor nicht bei allen Versi-

cherungen und nicht in allen Landesteilen solche Angebote? Wieso müssen eigentlich die Patientinnen und Patienten dafür büssen, dass die Versicherungen ihre ureigenste Aufgabe nicht wahrnehmen?

Wir haben drei Reformen, dreimal wurden Prämiensenkungen versprochen, dreimal wurden die Patientinnen und Patienten mehr belastet. Die Krankenkassenlobby funktioniert in diesem Haus, das muss ich neidvoll anerkennen.

Ich persönlich würde sehr gern hier stehen und eine Vorlage vertreten, wenn wir einen Konsens gefunden hätten. Ich würde sehr gern hier stehen, wenn wir eine Gesundheitsvorlage hätten, bei der nicht ein Teil der Bevölkerung ausgegrenzt und nicht in die Kompromissuche mit einbezogen worden wäre. Ich würde gern einen Kompromiss vertreten, und ich habe mich jahrelang für einen solchen eingesetzt, auch oft gegen internen Widerstand. Ich habe das in der Erwartung gemacht, dass Sie unter einem Kompromiss etwas anderes verstehen als das Durchsetzen Ihrer eigenen Interessen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, das Resultat der Einigungskonferenz abzulehnen.

Ruey Claude (RL, VD): C'est vraiment un peu désespérant. Est-ce que nous serons capables de sortir des blocages, de sortir des partis pris idéologiques? Nous le savons, le monde de la santé est un monde complexe: il y a des médecins, des soignants, des économistes, des administratifs, des techniciens, des assureurs, des politiques aussi. C'est interdisciplinaire, c'est difficile. Et puis, le monde de la santé, ce n'est pas n'importe quoi: se jouent la douleur, le sens de la vie, la mort. Evidemment, il n'est pas étonnant qu'il y ait de l'émotionnel dans ce domaine, il n'est pas étonnant qu'il y ait des intérêts contradictoires qui traversent ceci, ou des visions différentes qui existent.

Mais tout de même! Et je le dis à la minorité: est-ce qu'on ne peut pas sortir des stéréotypes? Est-ce qu'on ne peut pas sortir des vieilles querelles? Avez-vous lu l'article de Monsieur Urs Gasche – ce n'est pas la droite qui vous le dit, c'est Monsieur Urs Gasche, qui écrit: «Die SP ist gesundheitspolitisch krank.» Est-ce qu'on pourrait se guérir de cette maladie? Le bien-être de nos concitoyens, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients méritent, me semble-t-il, qu'on soit capable de dépasser ces disputes. Et avec le projet de réseaux de soins intégrés! Vous avez vu le numéro de ce projet? Il date de 2004, ce projet!

Nous avons l'occasion de démontrer que la santé et les soins qu'on donne à nos concitoyens ont la priorité sur les querelles politiciennes! Or c'est ce que nous avons fait en commission. D'abord en sous-commission, où nous nous sommes écoutés les uns les autres, où nous avons fait des pas les uns vers les autres, en commission aussi, et finalement aussi en Conférence de conciliation. Personne ne peut dire que c'est son projet; le projet a été concocté parce que nous avons rapproché nos points de vue, nous avons fait des concessions mutuelles et, finalement, ce projet est un bon projet.

Bien sûr, il n'y a pas l'«Angebotspflicht», mais vous avez vu qu'il y a dans les dispositions transitoires précisément une garantie que s'il n'y a pas de réseaux dans l'ensemble du pays, on trouvera des solutions.

On a accepté que les réseaux de soins intégrés, qui entretemps ont pourtant été créés par beaucoup d'assureurs-maladie, deviennent indépendants dans les cinq ans à compter de la mise en vigueur des modifications de loi. On a accepté que la quote-part – «Selbstbehalt» – ne soit plus 10 pour cent/20 pour cent, mais 10 pour cent/15 pour cent – ce qui est quand même possible – avec des plafonds à 500 francs et 1000 francs.

On a là un projet qui est centré sur le patient: on aimerait que tout se coordonne pour le soigner le mieux possible. On prévoit des incitations à la création de réseaux réfléchis et non pas artificiels. Et enfin on améliore – et c'est aussi une revendication que j'ai entendue bien souvent dans les milieux de gauche – la compensation des risques, en pré-

voyant la possibilité de mieux prendre en charge les maladies chroniques.

Alors, de grâce, faisons un pas vers la médecine de premier recours, vers les médecins de famille, parce que c'est de cela qu'il s'agit. Il ne faut pas le dire seulement dans les slogans, il faut le faire en disant oui à ce projet.

Weibel Thomas (CEg, ZH): Obwohl der Handlungsbedarf offensichtlich ist, konnte das Krankenversicherungsgesetz bisher in wichtigen Punkten nicht revidiert werden. Seit Jahren wird die Gesundheitspolitik durch die verschiedenen Interessengruppen blockiert.

Die nun zur Abstimmung gelangende Managed-Care-Vorlage löst nicht alle Probleme im Gesundheitswesen. Es wird jedoch ein kleiner, aber wichtiger Schritt gemacht. Die integrierte Versorgung ist ein medizinisches Versorgungssystem, das eine ganzheitliche, von einer Hand gesteuerte Gesundheitsversorgung durch die gesamte Behandlungskette und über alle Versorgungssektoren hinweg gewährleistet. Das bedeutet, dass im Netzwerk tätige Hausärzte für die Zuweisung zu einem Spezialisten zuständig sind und die Kostenverantwortung mittragen.

Die Vorlage bezieht Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte in die Lösung ein. Zentraler Punkt der integrierten Versorgung ist die bessere Qualität der medizinischen Versorgung. Mittelfristig können im Gesundheitswesen Einsparungen von 10 bis 20 Prozent erwartet werden.

Was enthält die Vorlage konkret? Die Netzwerke übernehmen Budgetmitverantwortung. Die in integrierten Versorgungsnetzen organisierten Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der im Versorgungsnetz betreuten Patientinnen und Patienten. Anreize wie der um 5 Prozentpunkte tiefere Selbstbehalt, nämlich 10 anstelle von 15 Prozent, und eine maximale Kostenbeteiligung von jährlich 500 Franken, also 200 Franken weniger als heute, belohnen Versicherte beim Einstieg in ein integriertes Versorgungsmodell.

Die Versicherten wählen nach wie vor selbstbestimmt das für sie passende Versicherungsmodell und ihren Hausarzt. Wer an der freien Arztwahl ausserhalb von Netzwerken festhält, wird nicht gebüsst, aber er bezahlt für diese Freiheit im Krankheitsfall maximal 500 Franken.

Um die Jagd nach sogenannten guten Risiken einzuschränken, wird mit dieser Teilrevision auch der Risikoausgleich angepasst. Die Liste der Kriterien – Alter, Geschlecht, Spital- und Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr – wird um einen Morbiditätsindikator ergänzt. Damit lassen sich die Unterschiede in den Versicherungskollektiven besser ausgleichen, und die sinnlose Jagd nach guten Risiken wird wirksam bekämpft.

Die Versicherer sollen innert einer Frist von drei Jahren flächendeckend Managed-Care-Modelle in der ganzen Schweiz anbieten. Richtig, die absolute Verpflichtung ist aus dem Gesetz gestrichen worden. Aber wenn es nicht gelingt, ein flächendeckendes Angebot zu machen, kann der Bundesrat auf dem Verordnungsweg korrigierend eingreifen. Zudem dürfen Krankenkassen selber keine ärztlichen Leistungen erbringen, auch nicht indirekt, indem sie medizinische Einrichtungen führen oder sich finanziell daran beteiligen. Mit dieser Regelung wird Interessenkonflikten vorgebeugt.

Insgesamt überwiegen die positiven Aspekte der Vorlage. Deshalb bietet die CVP/EVP/glp-Fraktion Hand zu diesem Kompromiss und wird dem Antrag der Einigungskonferenz zustimmen. Damit wird hoffentlich die Blockade bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens endlich durchbrochen.

Gilli Yvonne (G, SG): Heute geht es darum, Stellung zu beziehen. Ein Nein zu diesem Antrag der Einigungskonferenz käme der Beerdigung einer weiteren wichtigen und mit grossem Aufwand lange beratenen gesundheitspolitischen Vorlage gleich. Wir sind deshalb heute als Gesundheitspolitikerinnen und -politiker aufgefordert, überlegt zu entscheiden. Die Grünen sagen mehrheitlich Ja zu Managed Care, weil ihnen die Förderung der integrierten Gesundheitsversor-

gung wichtig ist. Wir orientieren uns bei unserer Entscheidung an zwei Hauptkriterien: Wir wollen erstens keine zusätzliche Verschiebung der Kosten zulasten der Patientinnen und Patienten. Es sind die Patientinnen und Patienten, die die schwächste Lobby in diesem Parlament haben und die in den letzten Jahren mehrfach beträchtliche Prämienerrhöhungen schlucken mussten. Zweitens wollen wir die hohe Qualität der ambulanten, hausärztlichen Versorgung erhalten und sie weiter verbessern. Dazu braucht es eine Stärkung der Hausärztinnen und -ärzte und Anreize zugunsten der integrierten Versorgung, wie sie diese Vorlage vorsieht.

Das wichtigste Element dieses Gesetzes ist aus dieser Sicht der verbesserte Risikoausgleich. Ein guter Risikoausgleich verhindert, dass Krankenkassen, die teure oder chronisch kranke Patientinnen und Patienten versichern, in Zahlungsschwierigkeiten geraten. Krankenkassen, die junge und gesunde, also billige Patientinnen und Patienten versichern, müssen Ausgleichszahlungen leisten. Bis jetzt war der Risikoausgleich absolut ungenügend, da er nur das Alter, das Geschlecht und die Hospitalisation im Vorjahr berücksichtigte. Neu wird auch der Gesundheitszustand berücksichtigt. Das verhindert in Zukunft, dass Krankenkassen Jagd auf junge und gesunde Patienten machen können, statt sich um die Qualität der Versorgung Kranker zu kümmern und eine integrierte Versorgung anzubieten.

Die Grünen sind enttäuscht, dass für die Patientinnen und Patienten gemäss diesem Gesetz keine stärkere Belohnung resultiert, wenn sie sich auf der Basis von Managed Care versichern, das heisst, wenn sie bereit sind, sich zu verpflichten, ihren frei gewählten Hausarzt als Gatekeeper zu respektieren. Das bedeutet, dass sie nicht direkt spezialärztliche Konsultationen beanspruchen, sondern zuerst ihre Hausärztin konsultieren. Die Patienten, die dazu bereit sind, werden in Zukunft mit einer Prämienermässigung und einem niedrigeren Selbstbehalt von jährlich maximal 500 Franken belohnt. Die Patienten, die kein solches Versicherungsangebot in ihrer Region haben, werden durch dieses Gesetz nicht bestraft. Ihre Kostenbeteiligung bleibt aber gleich.

Die Grünen werden die Entwicklung hin zu flächendeckenden Modellen und Versicherungsangeboten sorgfältig verfolgen. Wir hoffen, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz, weitere Massnahmen zur Förderung der integrierten Versorgung zu ergreifen, bei Bedarf Gebrauch machen wird. Integrierte Versorgung bedeutet für uns nicht den Verzicht auf eine freie Arztwahl, weil die Patienten die Hausärztin immer noch frei wählen können. Das Ziel von Managed Care ist es, dass diese Hausärztin zusammen mit dem Patienten die Behandlungsqualität überprüft, garantiert und verbessert. Mit Managed Care verpflichtet sich deshalb der Hausarzt zu regelmässiger Qualitätsüberprüfung und zu einer verstärkten Zusammenarbeit. Die Hausärztin kann die Qualität der Behandlung nur überprüfen, wenn sie auch weiss, welchen Behandlungen sich der Patient ausserhalb der hausärztlichen Versorgung unterzieht – deshalb das Gatekeeping. Gatekeeper sind also nicht Securitas-Wächter, die den Zugang zu Spezialärzten verhindern, sondern sie sind Türöffner für die Qualitätsüberprüfung auswärtiger Behandlungen im Sinne des Patienten.

Eine Minderheit der Grünen wird dieses Gesetz ablehnen, nicht zuletzt deshalb, weil auch in ländlichen Regionen noch viele Patienten keinen Zugang zu Managed Care haben, und nicht zuletzt deshalb, weil die Kostenbeteiligung der Patienten, die kein Angebot zur Verfügung haben, sehr hoch bleibt. Mehrheitlich empfehlen wir Ihnen aber ein deutliches Ja zu Managed Care, weil der Risikoausgleich endlich verbessert wird, was der Jagd nach guten Risiken ein Ende bereitet. Zusätzlich setzt der verbesserte Risikoausgleich für Krankenkassen zum ersten Mal in der Geschichte des KVG einen Anreiz, Managed-Care-Angebote tatsächlich zu fördern. Wir sind überzeugt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nur über die Qualität wirksam steuern lassen. Die Qualität der hausärztlichen Versorgung kann durch Managed Care gestärkt werden.

Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Fehr Jacqueline.

Dans les méandres de notre processus de décision qui réduit finalement un projet à quelques éléments susceptibles de sceller le consensus, le risque existe d'oublier les fondements des positions des uns et des autres et d'en arriver à tirer des conclusions hâtives ou erronées. Le groupe socialiste est pour une prise en charge appropriée et intégrée des patients; il est par conséquent pour les réseaux de soins intégrés. Depuis des années, dans ce Parlement et ailleurs, nous avons prôné la nécessité d'une véritable alliance thérapeutique, à savoir mettre le médecin au centre pour éviter des traitements et des prises en charge inappropriés. Cette alliance thérapeutique est la condition de traitements de qualité et qui respectent le principe d'économicité.

Notre soutien au projet de prise en charge globale – le modèle PGS par exemple, qui avait été proposé et discuté, quand bien même rejeté en commission – reflétait très clairement notre souci d'une action en réseau. Sachant qu'aujourd'hui déjà il est possible pour un assureur-maladie de proposer des formes particulières d'assurance et de pratiquer la prise en charge en réseau, nous devons maintenant apprécier la plus-value réelle de la modification de la loi sur l'assurance-maladie que nous terminons aujourd'hui.

La question qui est posée est assez simple: ce projet permet-il vraiment de faire un pas de plus, de sortir du statu quo et de produire les effets escomptés? En d'autres termes, la substance de cette révision l'emporte-t-elle sur le prestige qui a été attribué à cet objet?

La pratique des réseaux de soins intégrés est actuellement très inégalement répartie sur le territoire. Elle est très différemment perçue aussi, c'est logique, par les assurés et les patients de ce pays, souvent en raison de leur perception et de leur vécu – ou de leur non-vécu – de la pratique des réseaux de soins. Ainsi, de nombreuses régions de ce pays ne connaissent pas de réseau de soins intégrés. Les patients y voient surtout une perte de choix, notamment la perte du choix de leur médecin. Ils peinent donc à percevoir les avantages qualitatifs et financiers de ce système.

Pour le groupe socialiste, deux éléments ont toujours été centraux.

1. Il s'agit de dépasser la situation actuelle en matière d'offre par l'élargissement du modèle de «managed care» à l'ensemble du territoire. Pour que le changement s'opère et que l'on puisse effectivement parler d'une modification de paradigme, il faudrait une obligation pour les assureurs d'offrir la possibilité à tous les assurés, indistinctement de leur domicile, de bénéficier de cette nouvelle offre de prestations. Ce point n'a pas été souhaité par la majorité de la Conférence de conciliation. On en reste donc à une forme de statu quo – plus ou moins, c'est selon.

2. Pour nous, cet élément est extrêmement important: il s'agit de mettre en oeuvre un mécanisme d'incitation positive qui sensibilise les assurés et les oriente vers le «managed care». Comme pour beaucoup de changements dans le domaine de la santé, on sait que l'acceptation passe par des incitations financières, par le porte-monnaie. Toutefois, nous voulions que l'incitation soit positive, avec un taux de participation inférieur pour les personnes qui choisiraient de recourir à un réseau de soins intégrés. La majorité a toujours oeuvré au Conseil national par la punition, avec des taux de 10 et de 20 pour cent, taux que le Conseil des Etats avait baissés à 5 et 15 pour cent, ce que nous considérons comme extrêmement positif dans le sens de l'incitation positive justement.

La Conférence de conciliation a finalement arrêté la position de 10 et 15 pour cent. Elle garde donc la logique de la punition. D'autre part, cette disposition porte à croire qu'il s'agira d'une incitation négative pour les assureurs, puisqu'ils verront leurs contributions directes baisser si les patients assurement une quote-part plus élevée. Puis, l'adaptation des montants aux coûts de l'assurance-maladie pourrait être rapidement en mesure d'anéantir nos engagements et se retourner finalement contre les patients.

Pour ces raisons, le groupe socialiste rejette la proposition de la Conférence de conciliation, car elle ne constitue pas dans les faits un véritable changement de paradigme, ce que nous regrettons.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Die SVP-Fraktion wird den Ergebnissen der Einigungskonferenz mehrheitlich zustimmen, obwohl wir in verschiedenen Punkten weiter gehende, restriktivere Massnahmen vorgezogen hätten. Das führt dazu, dass Einzelne die Vorlage ablehnen werden. Immerhin muss man zugestehen, dass die Richtung dieser Vorlage stimmt. Allen Akteuren wird etwas abverlangt, und die Vorlage wird schrittweise eine Stabilisierung der Prämien zur Folge haben. Die Hausärzte werden gestärkt, wenn sie die Chance, welche diese Vorlage für sie bringt, auch tatsächlich wahrnehmen. Dass sie das tun, ist zu hoffen.

Diese Revision ist ein überschaubarer Schritt, der die langersehnte Änderung im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens bringt. Zusammen mit der Spitalfinanzierung haben wir damit Korrekturen eingeleitet, die der intransparenten Mengenausweitung – wenn auch in bescheidenem Rahmen, das ist festzuhalten – doch etwas Wirksames entgegengesetzt.

Ich persönlich bin von der Stossrichtung dieser Vorlage überzeugt; sie ist ökonomisch gesehen richtig. Ich werde hier nicht auf die Details eingehen. Es ist dann das Problem der Sozialdemokraten, zusammen mit den Ärzten, die so zwischen 800 000 und 2 000 000 Franken Jahresgehalt für sich beanspruchen, das Referendum durchzuführen. Ich freue mich auf diese Diskussion.

Ich glaube, wir legen mit dieser Teilrevision der Bevölkerung einen Reformschritt vor, der zu Diskussionen Anlass gibt; das ist auch anzustreben. Man kann nicht Reformen vorschlagen, ohne dass irgendjemand davon betroffen ist. Wenn wir der Prämiensteigerung und der Intransparenz im Gesundheitswesen begegnen wollen, müssen wir ihnen etwas entgegensetzen können. Ich glaube, dass wir mit dieser Vorlage das Richtige tun.

Ich bitte Sie, den Ergebnissen der Einigungskonferenz Ihre Zustimmung zu geben.

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Quel est l'enjeu? C'est de tourner le paquebot de la politique de santé du bon côté, de le tourner vers le cap de la qualité et non vers le cap – comme cela a souvent été le cas –, de la mauvaise sélection des risques. L'objectif principal du projet, c'est en effet d'accélérer ce mouvement pour mettre sur pied un système plus efficient, par une incitation plus forte pour faire partie des réseaux de soins intégrés et pour viser une réelle amélioration de la compensation des risques. Ces deux éléments ont manqué pendant des années pour faire progresser le système, précisément de façon à ce que la concurrence régulée s'oriente vers la qualité et non plus du tout vers la sélection des risques; en particulier pour orienter la qualité vers la coordination des soins à l'égard des malades chroniques, ce qui est très important aux yeux du Conseil fédéral.

C'est cette dynamique de qualité qui peut, en conséquence, permettre de stabiliser l'évolution des coûts durablement, et pas seulement sur une courte période. On a pu prendre une série de mesures qui ont eu un effet stable à court terme, mais si l'on veut maîtriser durablement l'évolution des coûts de la santé par une amélioration de la qualité, alors il faut réellement des réformes de ce genre.

Vous allez voter sur une série de propositions de la Conférence de conciliation. Ces propositions portent sur trois points principaux, qui montrent clairement la volonté de la Conférence de conciliation de rechercher un compromis efficace.

1. L'indépendance entre assureurs et institutions de soins: le compromis d'ores et déjà largement accepté par le Conseil des Etats – puisque cela a déjà passé au Conseil des Etats – est en fait la solution voulue par votre conseil. On inscrit clairement dans la loi, à l'article 12 alinéa 5, le principe de cette indépendance entre assureurs et institutions de soins, en ajoutant un alinéa 5 aux dispositions transitoi-

res, qui rend ce principe raisonnablement réalisable. Le Conseil fédéral avait en fait déjà pris les devants sur cette question, puisqu'il avait introduit dès le début de l'année une disposition dans l'ordonnance qui limitait le placement des assureurs dans des institutions servant à la pratique de l'assurance-maladie sociale. Sur ce point, le Conseil fédéral constate que la proposition de la Conférence de conciliation va dans le même sens.

2. La fameuse condition pour les assureurs d'offrir au moins une forme d'assurance de réseaux de soins intégrés: le compromis se trouve dans les dispositions transitoires. Il est donc faux de dire qu'il n'y a rien sur ce point, comme on pouvait le comprendre dans certaines prises de position. Au cas où les modèles de réseaux de soins intégrés ne se développent pas comme souhaité dans les trois ans à partir de l'entrée en vigueur de la loi, nous avons, par cette législation que l'on peut décider au cours de la présente session, une épée de Damoclès. Le Conseil fédéral a la possibilité d'intervenir directement et d'imposer cette condition d'offrir au moins un modèle de réseau de soins intégrés aux assurances qui veulent être actives dans le domaine de l'assurance-maladie sociale.

Le compromis qui a été trouvé est clairement un pas fait par le Conseil des Etats qui, au début, ne voulait rien du tout et qui a donc fait un pas en direction du Conseil national, pas qui, de fait, dans la pratique, à notre sens, aura le même effet que si l'on avait la condition à l'article 13 alinéa 2 lettre g.

3. La participation aux coûts: pour le Conseil fédéral, l'article 64 est un tout; ce qui concerne la participation aux coûts est un tout et cet article doit viser trois objectifs: il doit toujours viser la responsabilisation individuelle; il doit viser en plus une réelle incitation à se tourner vers les réseaux de soins intégrés; il doit aussi permettre de donner de la clarté au débat politique sur ce sujet. Le plus important, ce sont les montants maximaux à payer par les patients, et nous voulions qu'ils soient clairement inscrits dans la loi. C'est le cas maintenant, avec 500 francs au maximum pour les assurés dans le cadre des réseaux de soins intégrés, et 1000 francs pour les modèles traditionnels – soit 300 francs en plus pour les modèles traditionnels, mais en tout cas 200 francs en moins pour les réseaux de soins intégrés. En effet, il s'agit, encore une fois, d'un montant maximum, mais les assureurs, pour ce qui concerne les modèles de réseaux de soins intégrés, sont libres de prévoir un montant encore plus bas. De toute manière, les assurés qui sont dans les réseaux de soins intégrés ont une situation meilleure qu'actuellement puisque, maintenant, le montant annuel maximum de la participation est de 700 francs.

La quote-part, soit le pourcentage sur les factures pour arriver jusqu'à ce montant maximum qui, à notre sens, est le plus important, a été fixée dans le compromis à 10 pour cent au maximum pour les réseaux de soins intégrés, et à 15 pour cent fixes pour les autres. La différence avec ce que vous souhaitiez quand vous parliez des modèles discutés préalablement est relativement faible, puisqu'il s'agit de 10 pour cent au maximum – ce qui n'empêche pas les assureurs, progressivement, avec les résultats qui seront obtenus dans les réseaux de soins intégrés, de diminuer la participation aux coûts, que ce soit sur le montant maximum ou que ce soit sur la quote-part, s'ils le souhaitent. C'est possible. Donc on peut arriver relativement rapidement à une situation qui soit très proche de la variante qu'aurait souhaitée le groupe socialiste.

Par conséquent, nous estimons qu'il s'agit ici véritablement, avec ce compromis, non pas d'un verre à moitié plein, mais d'un verre véritablement plein aux quatre cinquièmes.

Ce modèle permet d'éviter les hausses de primes. Ce point est très important. Dès le moment où un choix se fait quant à la participation aux coûts, il ne faut pas qu'il y ait des impacts négatifs, en particulier au départ, avec une hausse de primes, sinon on aurait une participation aux coûts trop haute. Le Conseil fédéral estime que la Conférence de conciliation a trouvé une bonne solution en ce qui concerne la participation aux coûts. Nous vous demandons d'adopter la proposition de la Conférence de conciliation sur ces derniers points

d'une loi qui a été longue à mettre au point, mais qui crée finalement maintenant une réelle incitation. Cette proposition est constructive, elle incite fortement à améliorer la qualité. Elle est équilibrée, en particulier à l'égard des points de vue des deux conseils. En approuvant cette proposition, vous ouvrez la voie à une amélioration réelle et durable du système de santé, et le Parlement sera plus favorable aux réformes.

Cette dynamique est particulièrement importante dans l'intérêt général et pas du tout dans la défense d'autres intérêts. En effet, nous allons traiter ces prochains temps d'autres projets de réforme. Par exemple, nous venons de lancer un projet qui concerne le dossier électronique du patient, qui est également très important pour la qualité et la sécurité. Dans cet esprit, une dynamique de réforme dans le Parlement aussi est absolument indispensable pour la politique de santé.

Baettig Dominique (V, JU): Monsieur le conseiller fédéral, ne craignez-vous pas, en cas d'acceptation de ce modèle de réseaux de soins intégrés – que d'ailleurs ni les médecins libéraux ni les malades ne veulent –, dans des régions périphériques encore non équipées comme le Jura, qu'on assiste de fait à une disparition de la médecine privée qui serait remplacée par une médecine hospitalière et étatique, donc de qualité moindre?

Burkhalter Didier, conseiller fédéral: Non, Monsieur Baettig, l'enjeu est à peu près l'inverse. A l'heure actuelle, il y a un mouvement, une évolution en ce qui concerne en particulier la médecine privée et les cabinets privés, qui implique que l'on trouve des solutions. Les solutions vont aller de plus en plus vers les réseaux de soins intégrés. C'est précisément l'une des réponses que l'on peut donner aux professions en difficulté, mais surtout aux régions. C'est donc le travail en réseau qui permet précisément, si l'on arrive aussi en plus à développer le dossier électronique du patient, d'améliorer la qualité, sans que cette amélioration de qualité soit réservée aux sites urbains. A notre sens, c'est donc exactement l'inverse.

De manière générale, j'aimerais dire ici que nous sommes parfaitement conscients des difficultés qui se présentent pour les années à venir pour les médecins et tout spécialement pour les médecins de famille, mais qu'il est absolument nécessaire – les médecins de famille avec qui j'en ai parlé le concèdent également – qu'il y ait une évolution dans la manière de concevoir la profession, évolution qui mène en particulier vers le travail en réseau.

Humbel Ruth (CEg, AG), für die Kommission: Der Ständerat hat das Resultat der Einigungskonferenz vom 14. September gleichentags mit 28 zu 9 Stimmen gutgeheissen.

Zu den einzelnen Differenzen:

Bei Artikel 12 Absatz 5 ist die Einigungskonferenz mit 21 zu 0 Stimmen dem Nationalrat gefolgt. Krankenkassen dürfen demnach keine medizinischen Einrichtungen führen und sich auch nicht finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen. Es ist den Krankenversicherern zuzugestehen, dass sie im Bereich von Managed Care Pionierarbeit geleistet haben und gute Angebote haben. Die Einigungskonferenz hat sich aber für folgenden Grundsatz entschieden: Der Leistungsfinanzierer soll nicht Leistungserbringer, der Leistungserbringer nicht Leistungsfinanzierer sein.

Im Zusammenhang mit Artikel 12 Absatz 5 steht Absatz 5 der Übergangsbestimmungen. Danach dürfen vorhandene Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen, welche beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehen, während höchstens fünf Jahren weitergeführt werden.

Bei Artikel 13 Absatz 2 Litera g ist die Einigungskonferenz dem Ständerat gefolgt. Das eine Element der nationalrätlichen Fassung, die Unabhängigkeit der Versorgungsnetze von den Krankenversicherern, ist mit Artikel 12 Absatz 5 erfüllt. Mit 17 zu 6 Stimmen hat die Einigungskonferenz beschlossen, auf eine generelle Verpflichtung der Krankenversicherer, in ihrem Tätigkeitsgebiet besondere Versiche-

rungsformen für die integrierte Versorgung anzubieten, zu verzichten. Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage der Versicherten nach Versicherungsprodukten mit integrierter Versorgung zunehmen wird und die Krankenkassen diese Versicherungsformen anbieten werden. Für den Fall, dass die Versicherer in gewissen Regionen wider Erwarten kein solches Versicherungsangebot machen sollten, kann der Bundesrat gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmungen die Versicherer nach Ablauf der dreijährigen Einführungsfrist, längstens bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Revision, verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern besondere Versicherungsformen für integrierte Versorgungsnetze gemäss Artikel 41c anzubieten. Solange in einer Region kein Versicherungsangebot besteht, gilt die Kostenbeteiligung von 10 Prozent.

Bei der nächsten Differenz, bei Artikel 64 Absatz 2, geht es um die Kostenbeteiligung. Der Kompromiss der Einigungskonferenz sieht 10 bzw. 15 Prozent vor. Er wurde mit 18 zu 7 Stimmen beschlossen. Grundsätzlich gilt gemäss Litera b für die die Franchise übersteigenden Kosten ein Selbstbehalt von 15 Prozent. Ausgehend von der ständerätlichen Fassung bei Litera c gilt für integrierte Versorgungsnetze ein Selbstbehalt von 10 Prozent. Diese 10 Prozent sind ein Maximalwert und können gemäss Absatz 2bis reduziert oder erlassen werden. Das ist zu berücksichtigen. Es geht nicht um einen Fixwert, sondern um einen Maximalwert, der reduziert werden kann.

Mit dem Kompromiss, vorerst 10 Prozent vorzusehen, verhindern wir, dass der Systemwechsel zum Zeitpunkt der Einführung der Gesetzesrevision zu Prämien erhöhungen führt. Es ist erstaunlich, dass gerade jene dieses Risiko eingehen wollen, die gegen diese Vorlage votieren.

Bei der maximalen Kostenbeteiligung sind wir im Nationalrat bereits Anfang Session dem Ständerat gefolgt. Für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen wird die maximale Kostenbeteiligung von heute 700 auf 500 Franken gesenkt. Ausserhalb von integrierten Netzen gilt ein maximaler Selbstbehalt von 1000 Franken.

Neben tieferen Prämien ist die tiefere Kostenbeteiligung ein Anreiz für Versicherte, Netzwerken beizutreten. Vor allem chronisch kranke Patienten werden durch die gegenüber heute tiefere maximale Kostenbeteiligung bessergestellt.

Die letzte Differenz betrifft Artikel 64 Absatz 3bis. Danach kann der Bundesrat die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehaltes nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen. Die Einigungskonferenz hat sich hier dem Ständerat angeschlossen. Heute hat der Bundesrat generell die Kompetenz, den maximalen Selbstbehalt festzusetzen. Wenn wir den Selbstbehalt nun ins Gesetz schreiben, ist es richtig, eine Klausel einzufügen, wonach der Bundesrat Anpassungen vornehmen kann. Ansonsten bräuhete es für Anpassungen immer eine Gesetzesänderung.

Die Übergangsbestimmungen stehen jeweils in Zusammenhang mit einem bestimmten Artikel, weshalb ich nicht nochmals darauf eingehen muss.

17 Mitglieder der Einigungskonferenz haben den entsprechenden Anträgen zugestimmt, 5 waren dagegen.

Was ein Kompromiss sei, hat Frau Fehr gefragt. Wir sprechen jetzt nur noch über die Differenzen. Aber die Vorlage beinhaltet noch andere Kompromisse, es wurde darauf hingewiesen. Zu nennen ist insbesondere der verbesserte Risikoausgleich, ein Schritt der rechten Seite für diese Vorlage, und ein besserer Risikoausgleich ist ohne diese Vorlage nicht mehr so schnell zu haben. Ich möchte auch daran erinnern, dass wir mit dieser Vorlage an die Vorlage von 2003 anschliessen, in der gerade die integrierte Versorgung mit Budgetverantwortung und differenzierten Kostenbeteiligungen von 10 und 20 Prozent von SP-Seite, nämlich von der heutigen Bundesrätin Simonetta Sommaruga und dem ehemaligen Nationalrat Jost Gross, eingebracht worden ist. Ich bitte Sie im Namen der Kommissionmehrheit, den Anträgen der Einigungskonferenz zuzustimmen und die Vorlage nicht wegen 2,5 Prozent scheitern zu lassen, wegen

2,5 Prozent, welche die linke Seite von den Patienten auf die Prämienzahler verschieben möchte.

Cassis Ignazio (RL, TI), pour la commission: La demande de soins augmente année après année, mais les ressources n'en sont pas moins limitées. Le système de santé doit par conséquent viser un maximum de qualité aux meilleurs coûts.

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle, si les coûts baissent, la qualité diminue, nous savons qu'une meilleure qualité de soins fait baisser les coûts. Les réseaux de soins intégrés répondent à la fragmentation du système de soins et à son ultraspécialisation.

En situant le patient au centre du processus et le médecin de famille à son pilotage, le système de réseaux de soins intégrés se veut plus efficient. Il met l'accent sur la coordination entre les différents acteurs sanitaires: hôpitaux, pharmacies, médecins spécialisés et services de soins à domicile. Il confie aux médecins de famille le rôle crucial de porte d'entrée du réseau, ce qui revalorise le rôle du médecin de famille, qui actuellement souffre d'un manque de relève.

Bien sûr, il n'est jamais facile de changer quelque chose dans notre système de santé. Toute modification vers l'optimisation est perçue comme une menace; moins d'argent pourrait circuler! Rappelons-nous qu'en décembre 1994 le peuple avait accepté la LAMal à une très courte majorité de 51,8 pour cent. Mais si nous refusons toute innovation parce que nous ne sommes plus prêts à accepter des compromis, nous continuons à nous permettre le luxe de payer les inefficiences du système, et surtout de le faire avec la carte de crédit de nos enfants.

Sur les trois divergences, la Conférence de conciliation a donc décidé, à l'unanimité, de garantir l'indépendance des fournisseurs de prestations et des réseaux de soins vis-à-vis des caisses-maladie. Pour permettre aux assureurs-maladie qui possèdent déjà aujourd'hui des réseaux de soins ou des cabinets médicaux de se réorganiser, on a inscrit dans la loi une disposition transitoire qui leur donne un délai de cinq ans pour le faire.

Par 17 voix contre 6, la Conférence de conciliation a décidé de ne pas obliger les assureurs à fournir sur tout le territoire suisse des réseaux de soins intégrés et de laisser le système fonctionner avec les incitations financières. De plus, elle laisse au Conseil fédéral la possibilité d'intervenir, si une diffusion sur tout le territoire national avait du mal à se mettre en place.

Finalement, par 18 voix contre 7, la Conférence de conciliation a décidé d'inscrire dans la loi les montants maximaux annuels de 500 et 1000 francs – 500 francs dans les réseaux de soins intégrés et 1000 francs hors de ces réseaux – et des quotes-parts de 10 pour cent jusqu'à un maximum de 500 francs par année et de 15 pour cent jusqu'à un maximum de 1000 francs par année pour ceux qui sont hors des réseaux de soins.

Il tempo delle parole è finito. Ho il piacere di pronunciare le ultime parole di un dibattito durato sette anni. Oggi siamo pronti a decidere e a farlo con coscienza e diligenza malgrado i forti richiami delle sirene elettorali. Sono felice di chiudere questo importante capitolo della politica sanitaria svizzera e vi invito, insieme con la maggioranza della Conferenza di conciliazione, ad approvare questa innovazione equilibrata.

Baettig Dominique (V, JU): Monsieur Cassis, vous avez de nouveau affirmé que le système de réseaux de soins intégrés allait faire baisser les coûts, mais que faites-vous des coûts nécessaires à la coordination? Tout réseau «mange» une part de l'énergie, celle qui est liée aux efforts de coordination et au fait de définir qui est responsable de quoi. Ne pensez-vous pas qu'au contraire, les coûts de la santé augmenteront parce que se rajouteront un certain nombre de coûts de coordination et de fonctionnement?

Cassis Ignazio (RL, TI), per la commissione: Caro collega Baettig, i costi del coordinamento del sistema sono certa-

mente da contabilizzare, ma un sistema scoordinato – glielo posso assicurare – costa molto di più che un sistema coordinato.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 04.062/6297)

Für den Antrag der Mehrheit ... 111 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 39 Stimmen

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)
 Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
 Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11
 Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Text des Erlasses 1 (BBI 2011 7441)
 Texte de l'acte législatif 1 (FF 2011 6849)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)****Ziff. Iter***Antrag der Redaktionskommission**Titel*

Übergangsbestimmungen der Änderung vom 30. September 2011 (Managed Care)

Abs. 1

Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c und Absatz 3 erfolgt drei Jahre ... Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c und Absatz 3 richtet.

Abs. 2

... Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c und Absatz 3 in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht an-

wendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent, und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 700 Franken.

Ch. Iter

Proposition de la Commission de rédaction

Titre

Dispositions transitoires de la modification du 30 septembre 2011 (Managed Care)

Al. 1

La mise en oeuvre de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c et alinéa 3 doit ... coûts des assurés prévue à l'article 64 alinéa 2 lettres b et c et alinéa 3 est applicable dans ces cantons.

Al. 2

... 41c. Le Conseil fédéral peut décider de suspendre l'application de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c et alinéa 3 dans les cantons dans lesquels la mesure n'est pas encore appliquée. Dans ces cantons, la quote-part applicable est de 10 pour cent et son montant maximal annuel s'élève à 700 francs.

Berset Alain (S, FR), pour la commission: L'ordonnance de l'Assemblée fédérale sur la Commission de rédaction prévoit que la commission peut, lorsqu'elle constate des lacunes, des imprécisions ou des contradictions de fond, transmettre des propositions écrites aux conseils. Si la procédure d'élimination des divergences est déjà terminée – ce qui est le cas pour l'objet qui nous occupe –, elle les transmet aux conseils avant le vote final, avec l'accord des présidents des commissions chargées de l'examen préalable.

Les 14 et 22 septembre derniers, le Conseil des Etats et le Conseil national ont adopté la proposition de la Conférence de conciliation concernant l'objet 04.062, «Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed Care». C'est après coup qu'une lacune concernant la participation différenciée aux coûts a été constatée dans les dispositions transitoires. Ni les commissions législatives, ni les conseils n'ont contesté le fait que la quote-part des assurés ne disposant pas d'un réseau de soins intégrés dans leur canton ne doit pas dépasser celle qui est prévue dans la législation actuelle – à savoir 10 pour cent des coûts mais 700 francs au plus.

Madame Thérèse Meyer, présidente de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, et Monsieur Alex Kuprecht, président de la commission homologue du Conseil des Etats, ont donc chargé la Commission de rédaction de proposer aux deux conseils de modifier le texte prévu pour le vote final. Les présidents des trois sous-commissions de langue française, italienne et allemande, ont été consultés et ont accepté cette modification, car cette dernière correspond à la volonté d'une claire majorité des membres des deux conseils.

La lacune constatée concerne en particulier la référence à l'article 64 alinéa 3 qui a été oubliée et doit être ajoutée dans les dispositions transitoires, aux alinéas 1 et 2. La référence à l'article 64 alinéa 2 lettres b et c doit être complétée en ce sens. L'article 64 alinéa 3 règle le montant annuel maximal de la quote-part – 1000 ou 500 francs. Comme ces montants maximaux sont dorénavant réglés de manière exhaustive dans la loi, le montant de 700 francs doit également figurer explicitement à l'alinéa 2 des dispositions transitoires.

Voilà ce que les présidents des deux commissions législatives ont demandé à la Commission de rédaction de faire. Cela figure maintenant dans le texte qui sera soumis au vote final demain.

Kuprecht Alex (V, SZ): Seit Beginn dieser Diskussion über Managed Care war man bei allen Sitzungen immer der klaren Auffassung, dass man diejenigen, die keinen Zugang zu einem Netzwerk haben, nicht bestrafen kann. Insofern ist diese Ergänzung von Absatz 2 im Prinzip nichts anderes als das, was die Kommission in dieser siebenjährigen Diskussion die ganze Zeit über immer festgehalten hat.

Darum bitte ich Sie, dieser Ergänzung zuzustimmen. Sie ging im Rahmen der Diskussion der Einigungskonferenz ein-

fach vergessen. Es war aber faktisch immer Sinn und Geist der Kommission, das so vorzusehen.

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)
 Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)
 Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11
 Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Text des Erlasses 1 (BBI 2011 7441)
 Texte de l'acte législatif 1 (FF 2011 6849)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Ziff. Iter

Antrag der Redaktionskommission

Titel

Übergangsbestimmungen der Änderung vom 30. September 2011 (Managed Care)

Abs. 1

Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c und Absatz 3 erfolgt drei Jahre ... Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c und Absatz 3 richtet.

Abs. 2

... Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c und Absatz 3 in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent, und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 700 Franken.

Ch. Iter

Proposition de la Commission de rédaction

Titre

Dispositions transitoires de la modification du 30 septembre 2011 (Managed Care)

Al. 1

La mise en oeuvre de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c et alinéa 3 doit ... coûts des assurés prévue à l'article 64 alinéa 2 lettres b et c et alinéa 3 est applicable dans ces cantons.

Al. 2

... 41c. Le Conseil fédéral peut décider de suspendre l'application de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c et alinéa 3 dans les cantons dans lesquels la mesure n'est pas encore appliquée. Dans ces cantons, la quote-part applicable est de 10 pour cent et son montant maximal annuel s'élève à 700 francs.

Gadient Brigitta M. (BD, GR), für die Kommission: Stösst die Redaktionskommission bei einer Vorlage auf materielle Lücken, Unklarheiten oder Widersprüche, so kann sie, wenn das Differenzbereinigungsverfahren bereits beendet ist, gemäss Artikel 5 Absatz 2 der Verordnung der Bundesversammlung vom 3. Oktober 2003 über die Redaktionskommission im Einvernehmen mit den Präsidenten der vorbereitenden Kommissionen den Räten rechtzeitig vor der Schlussabstimmung die erforderlichen schriftlichen Anträge stellen. Am 14. bzw. 22. September 2011 haben der Ständerat bzw. der Nationalrat grossmehrheitlich dem Antrag der Einigungskonferenz zur Vorlage 04.062, «Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care», zugestimmt.

Nachträglich wurde nun eine Lücke in den Übergangsbestimmungen festgestellt. Sie betrifft die Bestimmungen zur differenzierten Kostenbeteiligung. In beiden Kommissionen und auch in den Räten war es unbestritten, dass Versicherte, in deren Kantonen es noch kein Angebot für ein integriertes Versorgungsnetz gibt, dafür nicht mit einer erhöhten Kostenbeteiligung bestraft werden dürfen, sondern für diese muss weiterhin die heute geltende Regelung von 10 Prozent bzw. maximal 700 Franken gelten.

Die Präsidentin der SGK-NR, Nationalrätin Thérèse Meyer, und der Präsident der SGK-SR, Ständerat Alex Kuprecht, haben den Redaktionskommissionen deshalb beantragt, in beiden Räten die entsprechenden Änderungen des Schlussabstimmungstextes zu beantragen. Sie haben sich gestern in dieser Sache auch mit den Präsidien der französisch-, italienisch- und deutschsprachigen Subkommissionen der Redaktionskommission, mit Ständerat Alain Berset, Ständerat Dick Marty und der Sprechenden, dahingehend abgesprochen.

Wie gesagt entspricht die beantragte Änderung dem grossmehrheitlichen Willen des Gesetzgebers. Die Lücke betrifft insbesondere den Verweis auf Artikel 64 Absatz 3 in den Absätzen 1 und 2 der Übergangsbestimmungen. Dieser Verweis ging vergessen. Der Verweis auf Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c muss zwingend ergänzt werden. Artikel 64 Absatz 3 regelt neu den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes: Er liegt bei 1000 bzw. 500 Franken. Da diese Höchstbeträge nun abschliessend im Gesetz geregelt werden – die geltende Obergrenze von 700 Franken ist in der Verordnung geregelt –, muss in Absatz 2 der Übergangsbestimmung ebenfalls die Obergrenze von 700 Franken zusätzlich explizit festgehalten werden. Dem Antrag beigelegt finden Sie Auszüge des Schlussabstimmungstextes, weil die Nummerierung der Absätze im Vergleich zur Fahne bereits angepasst wurde.

Aus den dargelegten Gründen beantrage ich Ihnen namens der Subkommissionen aller drei Sprachen, diesem Antrag zuzustimmen.

Meyer-Kaelin Thérèse (CEg, FR): Je m'exprime ici comme présidente de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil pour expliquer et appuyer la proposition de la Commission de rédaction.

Lors des séances du 14 septembre au Conseil des Etats et du 22 septembre au Conseil national, les deux conseils ont adopté à une forte majorité les propositions de la Conférence de conciliation, éliminant ainsi les dernières divergences. A la relecture des textes, une lacune a été détectée dans le texte des dispositions transitoires, aux alinéas 1 et 2.

La volonté des commissions et des conseils était claire: ces dispositions transitoires visaient à empêcher de désavantager des assurés qui, dans leur région, n'auraient pas accès à des réseaux de soins intégrés à cause d'une absence d'offre, donc indépendamment de leur volonté.

Cette disposition prévoit que le Conseil fédéral peut suspendre la mise en oeuvre de l'application de la quote-part différenciée dans les cantons dans lesquels le nouveau modèle de réseaux de soins intégrés n'est pas accessible. Dans ces cantons, la volonté exprimée est que la situation reste telle qu'elle est aujourd'hui: la quote-part est de 10 pour cent et le montant maximal annuel est de 700 francs. Dans le texte, il a été oublié de reporter la disposition concernant le montant maximal annuel.

Le président de la commission soeur, Monsieur Kuprecht, et moi-même avons discuté avec le président de la Commission de rédaction, Monsieur Berset, et nous avons pu utiliser la possibilité donnée à l'article 5 alinéa 2 de l'ordonnance de l'Assemblée fédérale sur la Commission de rédaction, qui prévoit que «lorsque la procédure d'élimination des divergences est déjà terminée, la commission, avec l'accord des présidents des commissions chargées de l'examen préalable, transmet ses propositions écrites aux conseils avant le vote final».

Au nom de la Commission de rédaction, Madame Gadient vous a donc proposé d'apporter un petit complément au texte des dispositions transitoires, afin de répondre à la volonté exprimée du législateur.

L'adaptation concerne les dispositions transitoires de la modification du 30 septembre 2011 (Managed Care). L'alinéa 1 est formulé de la manière suivante: «La mise en oeuvre de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c» et aussi l'alinéa 3, qui concerne justement le montant maximal annuel de la quote-part. La mention de l'alinéa 3 avait été oubliée au cours de la votation lors de l'élimination des divergences.

Il y a aussi un changement à l'alinéa 2, qui concerne les deux dernières phrases: «Le Conseil fédéral peut décider de suspendre l'application de l'article 64 alinéa 2 lettres b et c, et 3 dans les cantons dans lesquels la mesure n'est pas encore appliquée. Dans ces cantons, la quote-part applicable est de 10 pour cent et son montant maximal annuel s'élève à 700 francs.» Il a été nécessaire d'apporter cette adjonction, puisque actuellement le montant maximal de la quote-part figure dans l'ordonnance, alors que les montants maximaux annuels de la quote-part sont exprimés dans le nouveau texte de loi – 500 francs dans les réseaux et 1000 francs hors des réseaux. Il était donc nécessaire d'ajouter cette précision. Cette adaptation des dispositions transitoires précise la volonté du législateur et préserve logiquement la situation des assurés qui n'auraient pas accès au nouveau modèle.

Vous avez sous les yeux le texte exact qui vous sera proposé au vote final demain matin. Je vous demande d'accepter cette petite modification.

Je pense que ce mot sera le dernier que je prononcerai à la tribune puisque je ne serai plus dans ce Parlement à l'avenir. Je vous dis donc merci!

Angenommen – Adopté

Vierzehnte Sitzung – Quatorzième séance

Freitag, 30. September 2011

Vendredi, 30 septembre 2011

08.15 h

04.062

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision. Managed Care**
**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle. Managed Care**

Schlussabstimmung – Vote final

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)

Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 30.05.11 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11

Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses 1 (BBI 2011 7441)

Texte de l'acte législatif 1 (FF 2011 6849)

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)**1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)***Abstimmung – Vote*

Für Annahme des Entwurfes ... 28 Stimmen

Dagegen ... 6 Stimmen

(10 Enthaltungen)

04.062

Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care

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

Schlussabstimmung – Vote final

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)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 12.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 14.09.11
 Ständerat/Conseil des Etats 14.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 22.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Nationalrat/Conseil national 29.09.11 (Differenzen – Divergences)
 Ständerat/Conseil des Etats 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Nationalrat/Conseil national 30.09.11 (Schlussabstimmung – Vote final)
 Text des Erlasses 1 (BBl 2011 7441)
 Texte de l'acte législatif 1 (FF 2011 6849)

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion lehnt diese Vorlage mehrheitlich ab, weil Patientinnen und Patienten mehr belastet werden und weil uns diese Vorlage noch stärker als heute den Machenschaften der Krankenkassen ausliefert. Dies, nachdem die Versicherten schon bei den vorangegangenen Gesundheitsreformen, der Pflegefinanzierung und der Spitalfinanzierung, nicht wie versprochen von tieferen Prämien profitieren, sondern stattdessen mehr aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen müssen.

Fünf Argumente gegen die Vorlage in geraffter Form:

1. Patientinnen und Patienten werden mit einem höheren Selbstbehalt belastet oder mit Einschränkungen der freien Arztwahl bestraft.
2. Krankenkassen können uns mit Knebelverträgen mehrjährig an sich binden. Wer aus den Verträgen raus will, muss eine Austrittsprämie bezahlen. Wie hoch diese ist, weiss heute niemand.
3. Krankenkassen werden den Ärztinnen und Ärzten den Tarif durchgeben, denn die Versicherungen müssen die Verträge nicht abschliessen, sie haben Vertragsfreiheit und sind damit am längeren Hebel.
4. Über kurz oder lang werden Durchschnittskosten und Benchmarks die Qualität der ärztlichen Leistungen messen und nicht mehr der eigentliche medizinische Therapieerfolg.
5. Die Arbeit wird sich noch mehr als heute weg von den Patientinnen und Patienten hin zur Bürokratie verschieben.

Mit der Vertragsfreiheit der Krankenkassen werden die Verhandlungen zäher und langfädiger. Teuer bezahlte Gesundheitsökonominnen und Manager statt Ärztinnen und Ärzte werden letztlich unser Gesundheitswesen prägen. Diese Ent-

wicklung ist im Interesse des Profits im Gesundheitswesen, aber nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Die SP-Fraktion lehnt deshalb diese Vorlage mehrheitlich ab, denn die SP setzt sich ein für eine Politik für alle statt für ein paar wenige Interessengruppen.

Huber Gabi (RL, UR): Nach sieben Jahren haben wir uns endlich auf eine wichtige Reform im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens geeinigt. Wir haben uns sogar auf eine Reform geeinigt, welche die Patientinnen und Patienten und die Versicherten in den Mittelpunkt stellt. Auch wenn der Prämienanstieg dieses Jahr so tief wie noch nie ist – es ist ein Anstieg, und jeden Herbst wird die Untätigkeit der Politik beklagt. Die meisten haben verstanden, dass es an der Zeit ist, Verantwortung zu übernehmen und eine Reform zu verabschieden.

Nicht verstanden hat das offensichtlich die SP. Ursprünglich dafür – in ihrem Parteiprogramm werden Versorgungsnetze propagiert –, hat sie ihre Position mit Blick auf die Wahlen und ihre Einheitskrankenkasse-Volksinitiative mit wenig überzeugenden Argumenten geändert. Auch Teile der Ärzteschaft blockieren jegliche Reform. Offenbar will man nicht den Versicherten helfen, ihre Prämienkosten einzudämmen, sondern, im Gegenteil, die Erhöhung der Prämien unterstützen.

Die FDP-Liberale Fraktion will ein qualitativ hochwertiges, koordiniertes, integriertes und effizientes Gesundheitssystem, damit die Finanzierung auch in Zukunft gewährleistet bleibt. Die Managed-Care-Vorlage schafft die Möglichkeit, alle diese Ansprüche zu erfüllen.

Im Namen der FDP-Liberalen Fraktion und im Interesse der Patientinnen und Patienten bitte ich Sie, diese Vorlage zu unterstützen.

Humbel Ruth (CEg, AG): Die CVP/EVP/glp-Fraktion wird die KVG-Revision «Integrierte Versorgung» annehmen.

Die Vorlage löst nicht alle Probleme in unserem Gesundheitswesen, aber sie leitet einen Paradigmenwechsel in der ambulanten Versorgung ein, setzt richtige Anreize und nimmt alle Betroffenen – Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen – in die Verantwortung. Krankenkassen dürfen keine Netzwerke betreiben, und die Leistungserbringer im Netz müssen für die verursachten Kosten Mitverantwortung übernehmen. Die Versicherten wählen den Arzt ihres Vertrauens, der sie durch unser kompliziertes Gesundheitswesen steuert und dafür sorgt, dass sie eine gute medizinische Versorgung bekommen und keine Prämien für verschwendet werden. Mit integrierter Versorgung werden Mehrfachuntersuchungen, Falschbehandlungen sowie Übermedikation verhindert, und die Ressourcenverschwendung im Gesundheitswesen wird gestoppt. Versicherte im Netz profitieren von einer besseren Medizin, von tieferen Prämien und einer tieferen Kostenbeteiligung. Mit einer Verfeinerung des Risikoausgleichs werden sich die Krankenkassen auf gute Behandlungskonzepte für Chronischkranke konzentrieren, die Jagd auf gute Risiken wird gestoppt.

Von Sozialabbau zu sprechen oder eine Einschränkung der freien Arztwahl zu beklagen ist abstrus. Damit redet die SP weiterhin einem Gesundheitswesen das Wort, in dem grundsätzlich und weiterhin das Selbstbedienungsprinzip gelten soll. Das ist weder sozial noch patientenfreundlich, sondern billige Wahlpropaganda, reines Parteikalkül auf dem Weg zur Einheitskasse.

Vor acht Jahren wurde die KVG-Revision in der Schlussabstimmung versenkt. Gern erinnere ich die SP-Fraktion daran, dass ihre Vertreter, Bundesrätin Simonetta Sommaruga und Nationalrat Jost Gross, Vordenker von Managed Care waren und Budgetverantwortung für Ärzte sowie eine differenzierte Kostenbeteiligung von 10 und 20 Prozent ins Gesetz gebracht haben. Es gibt also auch für die SP-Fraktion keinen einzigen sachlichen Grund, dieser ausgewogenen Vorlage nicht zuzustimmen.

Ich bitte Sie, die Vorlage anzunehmen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): Die SVP-Fraktion wird dieser Vorlage mehrheitlich zustimmen. Ich möchte sagen, das ist endlich eine Korrektur im Gesundheitswesen, welche etwas tiefer geht als die bisher doch eher oberflächlichen Massnahmen. Wir wären für weiter gehende Massnahmen eingestanden. Diese haben sich leider nicht durchsetzen lassen. Immerhin, die Richtung dieser Vorlage stimmt. Die Akteure werden vermehrt in die wirtschaftliche Pflicht genommen, und es handelt sich um eine sinnvolle Entwicklung unseres Gesundheitswesens. Zum Schluss: Soziale Aufgaben können nicht der wirtschaftlichen Verantwortung entzogen werden, und diese Vorlage entspricht dieser Forderung. Ich bitte Sie, diese Vorlage zu genehmigen.

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care)

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

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 04.062/6488)

Für Annahme des Entwurfes ... 133 Stimmen

Dagegen ... 46 Stimmen

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 13, Abs. 2, Bst. g

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 10:53:49

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	=	CEg	TI
Aebi	*	V	BE	Flückiger	o	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	+	S	VS
Allemann	+	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Amacker	*	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	=	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	+	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	=	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	*	CEg	AI	Scherer	o	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	+	S	BE	Schibli	+	V	ZH
Barthassat	=	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Lustenberger	=	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmid Roberto	=	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	=	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	=	CEg	LU
Bischof	=	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	o	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Borer	o	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	+	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönmann	+	V	BE	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	+	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	+	S	AG
Brunschwig Graf	*	RL	GE	Grunder	*	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	+	G	BE
Büchel Roland	o	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	+	S	ZH
Büchler	*	CEg	SG	Häberli-Koller	=	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Thorens Goumaz	+	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	=	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	+	S	SZ
Cathomas	=	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	van Singer	+	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	+	S	AG	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Vischer	+	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	=	CEg	VS	Hochreutener	*	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	=	CEg	FR	Hodgers	*	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	*	CEg	BE	Huber	o	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	o	S	VD
Dunant	o	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	o	RL	ZH	Pfister Theophil	o	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Weber-Gobet	+	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	=	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	=	CEg	SZ
Fässler	+	S	SG	Jans	+	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	*	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	+	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	+	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Zemp	=	CEg	AG
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	=	CEg	ZH	Zisyadis	+	G	VD
Fehr Mario	+	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	6	20	24	37	47	138
=	Nein / non / no		22				1	23
o	Enth. / abst. / ast.		1		2	1	6	10
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	7	2	9	3	6	28
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag Prelicz-Huber

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Barthassat

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 13, Abs. 2, Bst. g

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 10:54:47

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	=	CEg	TI
Aebi	*	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	*	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	*	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	o	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	*	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	o	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	*	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Borer	o	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	o	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	=	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönmann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	*	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	*	RL	GE	Grunder	*	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	*	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buqnon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	=	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	o	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	*	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	*	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	*	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	o	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	*	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	*	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	24	2	25		50	105
=	Nein / non / no		3	16	1	36		56
o	Enth. / abst. / ast.		1	1			4	6
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	8	3	9	5	6	32
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit
 Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Prelicz-Huber

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 13, Abs. 2, Bst. g

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 10:55:23

Abate	=	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	=	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	*	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	+	S	VS
Allemann	+	S	BE	Fluri	=	RL	SO	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	*	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	=	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	+	G	ZG	Ruey	=	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	=	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	=	BD	GR	Levrat	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig	+	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	*	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	o	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	+	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	=	RL	VS	Lüscher	=	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	=	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	o	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmid Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	=	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	*	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	=	V	SO	Gobbi	=	V	TI	Messmer	=	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	=	V	TG
Bourgeois	=	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	+	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	=	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönnimann	=	V	BE	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	+	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	+	S	BE
Brunner	=	V	SG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	+	S	AG
Brunschwig Graf	*	RL	GE	Grunder	*	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	+	G	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	+	S	ZH
Büchler	*	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	=	RL	SG	Theiler	=	RL	LU
Buignon	=	V	VD	Haller	=	BD	BE	Müri	=	V	LU	Thorens Goumaz	+	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	=	RL	BE
Cassis	=	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Tschümperlin	+	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	=	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	van Singer	+	G	VD
Caviezel	=	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	=	V	VD
Chopard-Acklin	+	S	AG	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Vischer	o	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	=	RL	GE	Parmelin	=	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	*	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Rotz	=	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	*	G	GE	Pelli	=	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	*	CEg	BE	Huber	=	RL	UR	Perrin	=	V	NE	Voruz	+	S	VD
Dunant	=	V	BS	Humbel Naf	=	RL	AG	Perrinjaquet	=	RL	NE	Walter	=	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	=	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	=	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	o	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Weber-Gobet	+	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fässler	+	S	SG	Jans	+	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	=	RL	VD	Joder	*	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	=	RL	NE	John-Calame	+	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch	+	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann	=	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	o	G	VD
Fehr Mario	+	S	ZH	Killer	=	V	AG	Rime	=	V	FR	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si		29	16	1	38	15	99
=	Nein / non / no	4			24		39	67
o	Enth. / abst. / ast.			4	1			5
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	7	2	9	3	6	28
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Kleiner (streichen)

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41b, Abs. 1

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 11:23:49

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	*	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	*	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	o	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibli	+	V	ZH
Barthassat	o	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	*	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	*	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	*	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	*	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	*	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönmann	*	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	*	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	*	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buqnon	+	V	VD	Haller	*	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	*	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	*	S	BL	Vischer	o	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	*	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	*	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	+	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	+	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	+	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	=	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	*	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	26	5	26		50	111
=	Nein / non / no			13		36		49
o	Enth. / abst. / ast.		1	1			1	3
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	9	3	9	5	9	36
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit
 Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Goll

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41b, Abs. 2, Bst. c

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 11:24:44

Abate	=	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	=	RL	AR	Robbiani	=	CEg	TI
Aebi	=	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	=	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	=	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	=	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	=	BD	GL	Roux	=	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	=	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	=	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	=	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglister	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	=	CEg	SO	Gadient	=	BD	GR	Levrat	*	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	=	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibli	=	V	ZH
Barthassat	=	CEg	GE	Germanier	=	RL	VS	Lüscher	=	RL	GE	Schluer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	=	V	AG	Lustenberger	=	CEg	LU	Schmid-Federer	=	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	=	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	*	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	=	V	ZH	Glanzmann	*	CEg	LU	Markwalder Bär	=	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	*	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	*	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Borer	=	V	SO	Gobbi	*	V	TI	Messmer	=	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Spuhler	=	V	TG
Bourgeois	=	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	=	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönmann	*	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	=	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	=	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	*	RL	GE	Grunder	=	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	=	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	*	CEg	SG	Häberli-Koller	=	CEg	TG	Müller Walter	=	RL	SG	Theiler	=	RL	LU
Buqnon	=	V	VD	Haller	*	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Triponez	=	RL	BE
Cassis	=	RL	TI	Hany	=	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	=	CEg	GR	Hassler	=	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	=	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	=	V	VD
Chopard-Acklin	*	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	*	S	BL	Vischer	=	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	=	RL	GE	Parmelin	=	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	*	CEg	VS	Hochreutener	=	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	=	V	OW
de Buman	=	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	=	RL	TI	von Siebenthal	=	V	BE
Donzé	*	CEg	BE	Huber	=	RL	UR	Perrin	=	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	=	V	BS	Humbel Naf	=	CEg	AG	Perrinjaquet	=	RL	NE	Walter	=	V	TG
Egger	=	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Wandfluh	=	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	=	RL	ZH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wasserfallen	=	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	=	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	=	V	LU	Ingold	=	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	=	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Weibel	=	CEg	ZH
Favre Charles	=	RL	VD	Joder	=	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	=	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Ursula	=	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	=	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	=	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	=	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	=	V	AG	Rime	*	V	FR	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+ Ja / oui / si							2	2
= Nein / non / no		4	27	19	26	36	50	162
o Enth. / abst. / ast.								0
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		1	9	3	9	5	8	35
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes						1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Kommission

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Weibel

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41b, Abs. 2bis

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 11:25:21

Abate	=	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	=	RL	AR	Robbiani	=	CEg	TI
Aebi	=	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	=	V	LU	Rossini	+	S	VS
Alleemann	+	S	BE	Fluri	=	RL	SO	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Amacker	=	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	=	BD	GL	Roux	=	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	+	G	ZG	Ruey	=	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	=	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	=	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglister	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	=	CEg	SO	Gadient	=	BD	GR	Levrat	*	S	FR	Schenker Silvia	o	S	BS
Baettig	o	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	=	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	+	S	BE	Schibli	=	V	ZH
Barthassat	=	CEg	GE	Germanier	=	RL	VS	Lüscher	=	RL	GE	Schluer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	=	V	AG	Lustenberger	=	CEg	LU	Schmid-Federer	=	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	o	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmid Roberto	=	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	*	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	=	V	ZH	Glanzmann	*	CEg	LU	Markwalder Bär	=	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	*	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	*	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Borer	=	V	SO	Gobbi	*	V	TI	Messmer	=	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Spuhler	=	V	TG
Bourgeois	=	RL	FR	Graber Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	=	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönmann	*	V	BE	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Steiert	o	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	=	V	SG	Gross	o	S	ZH	Müller Geri	o	G	AG	Stump	+	S	AG
Brunschwig Graf	*	RL	GE	Grunder	=	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	+	G	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	=	CEg	SG	Thanei	+	S	ZH
Büchler	*	CEg	SG	Häberli-Koller	=	CEg	TG	Müller Walter	=	RL	SG	Theiler	=	RL	LU
Bugnon	=	V	VD	Haller	*	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	+	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Triponez	=	RL	BE
Cassis	=	RL	TI	Hany	=	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Tschümperlin	+	S	SZ
Cathomas	=	CEg	GR	Hassler	=	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	van Singer	+	G	VD
Caviezel	=	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	=	V	VD
Chopard-Acklin	*	S	AG	Heim	o	S	SO	Nussbaumer	*	S	BL	Vischer	+	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	=	RL	GE	Parmelin	=	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	*	CEg	VS	Hochreutener	=	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Rotz	=	V	OW
de Buman	=	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pelli	=	RL	TI	von Siebenthal	=	V	BE
Donzé	*	CEg	BE	Huber	=	RL	UR	Perrin	=	V	NE	Voruz	+	S	VD
Dunant	=	V	BS	Humbel Naf	=	CEg	AG	Perrinjaquet	=	RL	NE	Walter	=	V	TG
Egger	=	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Wandfluh	=	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	=	RL	ZH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wasserfallen	=	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	=	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Weber-Gobet	+	G	FR
Estermann	=	V	LU	Ingold	=	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	=	CEg	SZ
Fässler	+	S	SG	Jans	+	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Weibel	=	CEg	ZH
Favre Charles	=	RL	VD	Joder	=	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	=	RL	NE	John-Calame	+	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch	+	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Ursula	+	S	BE
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann	=	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Zemp	=	CEg	AG
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	=	CEg	ZH	Zisyadis	+	G	VD
Fehr Mario	+	S	ZH	Killer	=	V	AG	Rime	*	V	FR	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si		1	17		31		49
=	Nein / non / no	4	26		26		51	107
o	Enth. / abst. / ast.			2		4	1	7
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	9	3	9	6	8	36
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Zustimmung zum Antrag Fehr Jacqueline

Bedeutung Nein / Signification du non: Ablehnung des Antrages

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41c, Abs. 2

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 12:03:20

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	*	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	o	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	o	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	o	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	+	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	=	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	34	2	31		56	127
=	Nein / non / no			15		40		55
o	Enth. / abst. / ast.			2			1	3
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	2	3	4	1	3	14
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Kommission

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Prelicz-Huber

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41c, Abs. 5

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 12:04:07

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	=	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	=	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	*	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	=	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglister	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	o	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibli	=	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	=	V	TG	Giezendanner	=	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	*	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	*	G	ZH	Malama	=	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	=	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	*	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	=	V	SO	Gobbi	=	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	=	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönmann	=	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	=	V	SG	Gross	*	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	=	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	*	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	van Singer	*	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	o	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	=	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	o	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	=	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	=	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	=	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	=	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	=	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	=	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wasserfallen	*	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	=	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	=	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Ursula	=	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	=	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	=	V	AG	Rime	=	V	FR	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	33	5	29			71
=	Nein / non / no			11		38	55	104
o	Enth. / abst. / ast.			1			2	3
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	3	5	6	3	3	21
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Füglistaller

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41c, Abs. 5

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 12:04:52

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	*	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	o	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	o	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	o	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	+	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	=	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	o	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	33		31		57	125
=	Nein / non / no			16		40		56
o	Enth. / abst. / ast.		1	3				4
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	2	3	4	1	3	14
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit (modifiziert mit Antrag Füglistaller)

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Prelicz-Huber

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41c

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 12:05:44

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	o	S	VS
Alleemann	o	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	*	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	o	V	JU	Galladé	*	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	o	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	o	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	o	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	o	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	o	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	o	S	AG	Heim	o	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	o	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	+	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	o	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	o	S	BE
Fehr Hans-Jürg	*	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	o	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	o	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	34	1	30		56	125
=	Nein / non / no			14		29		43
o	Enth. / abst. / ast.			4	1	9	1	15
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato	1	2	3	4	3	3	16
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: der so bereinigte Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Goll

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41d

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 12:39:53

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	*	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	*	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	*	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	*	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	*	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	CEg	SG	Thanei	=	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	=	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	*	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	*	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	*	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	+	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	*	CEg	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	*	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrl	+	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	=	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	*	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	30		28		51	114
=	Nein / non / no			20		39		59
o	Enth. / abst. / ast.							0
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		6	2	7	2	9	26
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Schenker Silvia

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, Abs. 2, Bst. b und c

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 16:23:43

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	=	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	+	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadiet	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	=	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	o	RL	BS	Schneider	+	RL	BE
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	*	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	*	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	*	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	o	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	*	S	SZ
Cathomas	*	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	*	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	*	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	=	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	*	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	*	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	*	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	29		26		49	109
=	Nein / non / no		4	20		32	1	57
o	Enth. / abst. / ast.				2			2
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		3	2	7	9	10	31
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Kommission

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Steiert

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, Abs. 2ter

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 16:24:23

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	o	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Alleemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	+	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	o	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	o	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider	+	RL	BE
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	*	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	*	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	o	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	*	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	*	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	=	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	=	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	*	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	*	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	o	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	*	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	28	1	28		49	111
=	Nein / non / no			19		35	1	55
o	Enth. / abst. / ast.		4	1				5
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		4	1	7	6	10	28
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Schenker Silvia

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, Abs. 3

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 16:25:00

Abate	o	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	o	CEg	TI
Aebi	o	V	BE	Flückiger	o	V	AG	Kunz	o	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	o	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	=	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	o	RL	VD
Amstutz	o	V	BE	Freysinger	o	V	VS	Leutenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	o	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglister	o	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	o	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	o	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	o	CEg	AI	Scherer	o	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	o	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibli	o	V	ZH
Barthassat	=	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	o	V	ZH
Baumann J. Alexander	o	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	=	CEg	ZH
Bäumle	=	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	=	CEg	VS
Bigger	o	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	o	RL	BS	Schneider	o	RL	BE
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	*	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	o	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	o	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Borer	o	V	SO	Gobbi	o	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	*	S	GE
Bortoluzzi	o	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Spuhler	o	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	o	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	o	RL	VD	Stamm	o	V	AG
Brönmann	+	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	o	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	o	V	VD	Moser	=	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	+	S	AG
Brunschwig Graf	o	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	o	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	o	CEg	SG	Häberli-Koller	o	CEg	TG	Müller Walter	o	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Bugnon	o	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Triponez	o	RL	BE
Cassis	=	RL	TI	Hany	o	CEg	ZH	Nidegger	o	V	GE	Tschümperlin	+	S	SZ
Cathomas	*	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	o	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	o	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	+	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	o	V	VD	von Graffenried	=	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	o	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	o	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	*	RL	TI	von Siebenthal	o	V	BE
Donzé	=	CEg	BE	Huber	o	RL	UR	Perrin	o	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	*	V	BS	Humbel Naf	=	CEg	AG	Perrinjaquet	o	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	o	V	SH	Pfister Gerhard	o	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	o	RL	ZH	Pfister Theophil	o	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	o	V	LU	Ingold	=	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	o	V	SG	Weibel	=	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	o	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	o	V	SO
Favre Laurent	o	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	o	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	o	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	o	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	o	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	o	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	*	V	FR	Zuppiger	o	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	4	10	1	14	8	6	43
=	Nein / non / no		13	20	1	27	2	63
o	Enth. / abst. / ast.	1	10		13		42	66
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		3	1	7	6	10	27
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Minderheit Goll

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Steiert

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, Abs. 3

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 16:25:46

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	+	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Allemann	=	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	+	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	o	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	*	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmid Roberto	=	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	o	RL	BS	Schneider	+	RL	BE
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	*	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	o	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	=	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	o	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buqnon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	*	V	LU	Thorens Goumaz	=	G	VD
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	*	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Vischer	=	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	=	G	BE
Darbellay	*	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	*	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	*	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	*	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	*	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	=	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	+	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	=	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	26		26		50	107
=	Nein / non / no		2	21		36	1	60
o	Enth. / abst. / ast.		2		2			4
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		6	1	7	5	9	28
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag Steiert

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Übergangsbestimmungen 2. Neuer Risikoausgleich, Abs. 2 und 5

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 17:10:14

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	=	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	=	V	LU	Rossini	+	S	VS
Allemann	+	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	=	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	+	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	=	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglister	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	=	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	+	S	BE	Schibler	=	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	=	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmid Roberto	o	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	+	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	*	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	=	V	SO	Gobbi	o	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	=	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	*	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	=	V	AG
Brönmann	=	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Steiert	+	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	+	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	+	G	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Bugnon	=	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	=	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Tschümperlin	+	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	van Singer	+	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	=	V	VD
Chopard-Acklin	+	S	AG	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Vischer	+	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	=	V	VD	von Graffenried	+	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Rotz	=	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	=	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	=	V	NE	Voruz	+	S	VD
Dunant	*	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	=	RL	NE	Walter	=	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	o	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Weber-Gobet	+	G	FR
Estermann	=	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	+	S	SG	Jans	+	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	=	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	+	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch	+	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann	=	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	+	G	VD
Fehr Mario	+	S	ZH	Killer	=	V	AG	Rime	=	V	FR	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	33	20	27	36		121
=	Nein / non / no				2		51	53
o	Enth. / abst. / ast.		1				2	3
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		2	2	6	5	7	22
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Borer/Antrag Füglister

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Übergangsbestimmungen 2. Neuer Risikoausgleich, Abs. 8

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 17:11:17

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI
Aebi	=	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	=	V	LU	Rossini	+	S	VS
Allemann	+	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	=	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	+	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	=	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglistaller	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	=	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	=	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	+	S	BE	Schibli	=	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmid Roberto	=	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	+	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	*	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	=	V	SO	Gobbi	o	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	=	V	TG
Bourgeois	=	RL	FR	Graber Jean-Pierre	*	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	=	V	AG
Brönmann	=	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Steiert	+	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	+	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	+	G	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	=	RL	LU
Buignon	=	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Triponez	=	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Tschümperlin	+	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	van Singer	+	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	=	V	VD
Chopard-Acklin	+	S	AG	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Vischer	+	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	=	V	VD	von Graffenried	+	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Rotz	=	V	OW
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	=	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	=	V	NE	Voruz	+	S	VD
Dunant	*	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	=	RL	NE	Walter	=	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	o	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Weber-Gobet	+	G	FR
Estermann	=	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	+	S	SG	Jans	+	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	=	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	+	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch	+	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann	=	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	+	G	VD
Fehr Mario	+	S	ZH	Killer	=	V	AG	Rime	=	V	FR	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	31	20	26	36		118
=	Nein / non / no		3		4		50	57
o	Enth. / abst. / ast.						2	2
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		2	2	5	5	8	22
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit
 Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Bortoluzzi

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Übergangsbestimmungen Iter (gilt auch für Art 35a)

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 18:13:39

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	*	RL	AR	Robbiani	*	CEg	TI
Aebi	=	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	=	V	LU	Rossini	+	S	VS
Allemann	+	S	BE	Fluri	*	RL	SO	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	=	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	+	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglister	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	=	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig	o	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	=	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	+	S	BE	Schibli	=	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	=	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	o	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmid Roberto	*	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	+	G	ZH	Malama	o	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	=	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	*	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	o	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	*	V	SO	Gobbi	o	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	=	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	=	V	AG
Brönmann	=	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Steiert	+	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	*	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Stump	+	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	+	G	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	o	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	o	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Bugnon	=	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	*	CEg	VD	Triponez	o	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Tschümperlin	+	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	van Singer	+	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	o	RL	ZH	Veillon	=	V	VD
Chopard-Acklin	+	S	AG	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Vischer	+	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	=	V	VD	von Graffenried	+	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	=	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Rotz	=	V	OW
de Buman	*	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	=	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	=	RL	UR	Perrin	=	V	NE	Voruz	+	S	VD
Dunant	+	V	BS	Humbel Naf	=	CEg	AG	Perrinjaquet	*	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	o	RL	ZH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Weber-Gobet	+	G	FR
Estermann	=	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	+	S	SG	Jans	+	S	BS	Reimann Lukas	*	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	+	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Hans	=	V	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	Kaufmann	=	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	+	G	VD
Fehr Mario	+	S	ZH	Killer	=	V	AG	Rime	=	V	FR	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	23	20	21	34	5	108
=	Nein / non / no		4				47	51
o	Enth. / abst. / ast.		3		5		2	10
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		6	2	9	7	6	30
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit (gilt für Art. 35a)

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Bortoluzzi

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Gesamtabstimmung

Abstimmung vom / Vote du: 16.06.2010 18:14:29

Abate	+	RL	TI	Fiala	*	RL	ZH	Kleiner	*	RL	AR	Robbiani	*	CEg	TI
Aebi	+	V	BE	Flückiger	=	V	AG	Kunz	+	V	LU	Rossini	o	S	VS
Allemand	o	S	BE	Fluri	*	RL	SO	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	o	S	GE
Amacker	+	CEg	BL	Föhn	=	V	SZ	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Français	*	RL	VD	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	o	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	o	S	BE	Schibler	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	+	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schluer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	o	S	NE	Schmid Roberto	*	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider	*	RL	BE
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder Bär	+	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	o	S	LU	Glauser	*	V	VD	Marra	o	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Borer	*	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	+	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönmann	+	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	#	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stöckli	*	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	o	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Stump	o	S	AG
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Teuscher	=	G	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	CEg	SG	Thanei	*	S	ZH
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Theiler	+	RL	LU
Buignon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Thorens Goumaz	*	G	VD
Carobbio Guscetti	o	S	TI	Hämmerle	*	S	GR	Neiryneck	*	CEg	VD	Triponez	+	RL	BE
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	o	V	GE	Tschümperlin	=	S	SZ
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	o	S	VD	van Singer	=	G	VD
Caviezel	+	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
Chopard-Acklin	*	S	AG	Heim	o	S	SO	Nussbaumer	o	S	BL	Vischer	=	G	ZH
Daguet	*	S	BE	Hillpold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	o	G	BE
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	o	S	TI	von Rotz	+	V	OW
de Buman	*	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Donzé	+	CEg	BE	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	Voruz	=	S	VD
Dunant	=	V	BS	Humbel Naf	+	CEg	AG	Perrinjaquet	*	RL	NE	Walter	+	V	TG
Egger	+	CEg	AG	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Wandfluh	*	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wasserfallen	+	RL	BE
Engelberger	+	RL	NW	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Weber-Gobet	=	G	FR
Estermann	+	V	LU	Ingold	+	CEg	ZH	Reichsteiner Paul	=	S	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fässler	o	S	SG	Jans	=	S	BS	Reimann Lukas	*	V	SG	Weibel	+	CEg	ZH
Favre Charles	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Wobmann	=	V	SO
Favre Laurent	+	RL	NE	John-Calame	o	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Hans	+	V	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Ursula	*	S	BE
Fehr Hans-Jürg	o	S	SH	Kaufmann	+	V	ZH	Rielle	o	S	GE	Zemp	+	CEg	AG
Fehr Jacqueline	o	S	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zisyadis	=	G	VD
Fehr Mario	o	S	ZH	Killer	+	V	AG	Rime	=	V	FR	Zuppiger	o	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	5	30	1	26		39	101
=	Nein / non / no			17		13	13	43
o	Enth. / abst. / ast.			2		20	2	24
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato		6	2	9	8	6	31
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui:

Bedeutung Nein / Signification du non:

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 13, al. 2, let. g

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 09:04:19

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	=	V	LU	Rossini	+	S	VS
Aebi	=	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Roux	=	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Fröhner	=	V	BS	Lang	+	G	ZG	Ruey	=	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	*	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	=	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	=	V	BL	Füglistaller	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	=	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baetig	=	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	+	-	BE	Schibli	=	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	=	V	TG	Giezendanner	=	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	+	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	=	V	ZH	Glanzmann	*	CEg	LU	Markwalder	*	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Meier-Schatz	=	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	=	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	=	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	+	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	*	V	AG
Brönnimann	=	V	BE	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	+	S	FR
Bruderer Wyss	+	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	+	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Streiff	+	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	=	RL	AG	Stump	+	S	AG
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	*	V	SG	Teuscher	+	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	=	RL	SG	Thanei	+	S	ZH
Bugnon	=	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Theiler	+	RL	LU
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryck	=	CEg	VD	Thorens Goumaz	+	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Triponez	=	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	Tschümperlin	+	S	SZ
Caviezel	+	RL	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	+	G	VD
Chopard-Acklin	+	S	AG	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Veillon	+	V	VD
Daguet	+	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	Vischer	+	G	ZH
Darbella	+	CEg	VS	Hochreutener	*	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Graffenried	+	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	=	V	OW
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Perrin	=	V	NE	von Siebenthal	=	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	+	S	VD
Engelberger	=	RL	NW	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	+	V	TG
Estermann	=	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wandfluh	=	V	BE
Fässler	+	S	SG	Ineichen	*	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Weber-Gobet	+	G	FR
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	+	V	ZH	Joder	=	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	John-Calame	+	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wobmann	=	V	SO
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Jositsch	+	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Mario	+	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Wyss Ursula	+	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rime	=	V	FR	Zisyadis	+	G	VD
Flückiger Sylvia	=	V	AG	Kleiner	=	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		5	26	22	22	40	13	1	129
= Nein / non / no			3		9		40		52
o Enth. / abst. / ast.									0
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4			2				1		3
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto			4		3	1	7		15
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité
 Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Ruey

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41c, al. 5

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 09:30:29

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Aebi	+	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Fröhner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	+	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	*	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baetig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	-	BE	Schibli	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	*	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	*	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	=	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Streff	=	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stump	=	S	AG
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	*	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Teuscher	=	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Thanei	=	S	ZH
Bugnon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Theiler	+	RL	LU
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	=	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Triponez	+	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Tschümperlin	=	S	SZ
Caviezel	+	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	=	G	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Veillon	+	V	VD
Daguet	=	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	Vischer	=	G	ZH
Darbellay	*	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Graffenried	=	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	+	V	OW
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	=	S	VD
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	+	V	TG
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wandfluh	+	V	BE
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	=	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	*	V	ZH	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	=	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Mario	=	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	*	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	*	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		5	29	2	29		52		117
= Nein / non / no			2	19		39	3	1	64
o Enth. / abst. / ast.									0
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4			2				1		3
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto			2	1	5	2	5		15
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Goll

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41d, al. 3

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 10:04:03

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Aebi	+	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Fröhner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baetig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	-	BE	Schibli	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüter	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	*	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	=	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	=	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Streiff	+	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Stump	=	S	AG
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	*	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Teuscher	=	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Thanei	=	S	ZH
Bugnon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Theiler	+	RL	LU
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	=	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Triponez	*	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Tschümperlin	=	S	SZ
Caviezel	*	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	=	G	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Veillon	+	V	VD
Daguet	=	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	Vischer	=	G	ZH
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Graffenried	=	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	+	V	OW
Egger	*	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	von Siebenthal	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	=	S	VD
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	*	V	TG
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wandfluh	+	V	BE
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	*	V	ZH	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Mario	=	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		5	30		27		50		112
= Nein / non / no				22		40		1	63
o Enth. / abst. / ast.									0
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4			2				1		3
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto			3		7	1	10		21
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la commission

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition Steiert

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 41d

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 10:04:53

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Aebi	+	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Fröhner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baetig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	-	BE	Schibli	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	*	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	+	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	*	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	+	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	*	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	=	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	=	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Streiff	+	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Stump	=	S	AG
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	*	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Teuscher	=	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Thanei	=	S	ZH
Bugnon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Theiler	+	RL	LU
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	=	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Triponez	*	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Tschümperlin	=	S	SZ
Caviezel	*	RL	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	=	G	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Veillon	+	V	VD
Daguet	=	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	Vischer	=	G	ZH
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Graffenried	=	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	+	V	OW
Egger	*	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	von Siebenthal	*	V	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	=	S	VD
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	+	V	TG
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wandfluh	+	V	BE
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	*	V	ZH	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Mario	=	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		5	30	2	27		51		115
= Nein / non / no				20		40		1	61
o Enth. / abst. / ast.									0
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4			2				1		3
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto			3		7	1	9		20
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Schenker Silvia (biffer l'art. 41d)

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, al. 2

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 10:53:26

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	o	V	LU	Rossini	=	S	VS
Aebi	*	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Frehner	o	V	BS	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	o	V	BE	Freysinger	o	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	o	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	o	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	o	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	o	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baetig	o	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	o	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	o	V	BE	Lumengo	=	-	BE	Schibli	o	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüer	o	V	ZH
Baumann J. Alexander	o	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Bigger	o	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	o	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	o	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	o	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	*	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	o	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	o	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	o	V	BE	Miesch	o	V	BL	Stahl	o	V	ZH
Brélaz	=	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	o	V	AG
Brönnimann	o	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Steiert	*	S	FR
Bruderer Wyss	=	S	AG	Grin	o	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	o	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	*	G	AG	Streff	+	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	*	BD	BE	Müller Philipp	o	RL	AG	Stump	=	S	AG
Büchel Roland	o	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	o	V	SG	Teuscher	=	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Thanei	=	S	ZH
Bugnon	o	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Theiler	+	RL	LU
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	=	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Triponez	o	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Tschümperlin	=	S	SZ
Caviezel	+	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	=	G	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Veillon	o	V	VD
Daguet	=	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	o	V	VD	Vischer	=	G	ZH
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Graffenried	=	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	o	V	OW
Egger	+	CEg	AG	Huber	o	RL	UR	Perrin	o	V	NE	von Siebenthal	o	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	=	S	VD
Engelberger	*	RL	NW	Hurter Thomas	o	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	+	V	TG
Estermann	o	V	LU	Hutter Markus	o	RL	ZH	Pfister Theophil	o	V	SG	Wandfluh	+	V	BE
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Favre Laurent	o	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	o	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	o	V	ZH	Joder	o	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reymond	o	V	GE	Wobmann	o	V	SO
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Mario	=	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	*	RL	BE	Killer	o	V	AG	Rime	o	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Flückiger Sylvia	o	V	AG	Kleiner	o	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	o	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	4	32	1	20		6		63
=	Nein / non / no			20		39		1	60
o	Enth. / abst. / ast.				8		45		53
%	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4		2				1		3
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto	1	1	1	6	2	9		20
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes				1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité
 Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité I Rossini

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, al. 2

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 10:54:15

Abate	+	RL	TI	Fluri	=	RL	SO	Kunz	=	V	LU	Rossini	+	S	VS
Aebi	*	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Français	=	RL	VD	Landolt	o	BD	GL	Roux	=	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Fröhner	=	V	BS	Lang	+	G	ZG	Ruey	=	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	=	V	VS	Leuenberger-Genève	+	G	GE	Rutschmann	=	V	ZH
Aubert	+	S	VD	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	=	RL	ZH	Schelbert	+	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	+	S	BL	Schenk Simon	=	V	BE
Bader Elvira	=	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	+	S	FR	Schenker Silvia	+	S	BS
Baettig	=	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Loepfe	=	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	+	-	BE	Schibli	=	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	=	RL	GE	Schlüer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	=	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	=	CEg	LU	Schmid-Federer	=	CEg	ZH
Bäumle	=	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Maire	+	S	NE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	+	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider-Schneiter	=	CEg	BL
Binder	=	V	ZH	Glanzmann	=	CEg	LU	Markwalder	=	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	+	S	VD	Segmüller	=	CEg	LU
Bischof	=	CEg	SO	Glur	=	V	AG	Meier-Schatz	=	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	*	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	=	RL	TG	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	=	RL	FR	Graber Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	+	G	VD	Graf Maya	+	G	BL	Moret	=	RL	VD	Stamm	=	V	AG
Brönnimann	=	V	BE	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Steiert	+	S	FR
Bruderer Wyss	+	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	+	S	BE
Brunner	=	V	SG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	*	G	AG	Streiff	+	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	*	BD	BE	Müller Philipp	=	RL	AG	Stump	+	S	AG
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	=	V	SG	Teuscher	+	G	BE
Büchler	=	CEg	SG	Häberli-Koller	=	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Thanei	+	S	ZH
Bugnon	=	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Theiler	=	RL	LU
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hämmerle	+	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	+	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Triponez	=	RL	BE
Cathomas	=	CEg	GR	Hassler	=	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	Tschümperlin	+	S	SZ
Caviezel	=	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	+	G	VD
Chopard-Acklin	+	S	AG	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Veillon	=	V	VD
Daguet	+	S	BE	Hiltbold	=	RL	GE	Parmelin	=	V	VD	Vischer	+	G	ZH
Darbellay	=	CEg	VS	Hochreutener	=	CEg	BE	Pedrina	+	S	TI	von Graffenried	+	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	=	V	OW
Egger	=	CEg	AG	Huber	=	RL	UR	Perrin	=	V	NE	von Siebenthal	=	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Humbel	=	CEg	AG	Perrinjaquet	=	RL	NE	Voruz	+	S	VD
Engelberger	*	RL	NW	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Walter	=	V	TG
Estermann	=	V	LU	Hutter Markus	=	RL	ZH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wandfluh	=	V	BE
Fässler	+	S	SG	Ineichen	=	RL	LU	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Wasserfallen	=	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Weber-Gobet	+	G	FR
Favre Laurent	=	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fehr Hans	=	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rennwald	+	S	JU	Weibel	=	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	John-Calame	+	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wobmann	=	V	SO
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Jositsch	+	S	ZH	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Fehr Mario	+	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	+	S	GE	Wyss Ursula	+	S	BE
Fiala	=	RL	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Riklin Kathy	=	CEg	ZH	Zemp	=	CEg	AG
Flück Peter	*	RL	BE	Killer	=	V	AG	Rime	=	V	FR	Zisyadis	+	G	VD
Flückiger Sylvia	=	V	AG	Kleiner	=	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	2	10	21	5	40	1	1	80
=	Nein / non / no	1	22		23		49		95
o	Enth. / abst. / ast.	1							1
%	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4		2				1		3
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto	1	1	1	6	1	10		20
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes				1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité II Bortoluzzi

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, al. 3

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 10:55:06

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Aebi	*	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	=	CEg	VS	Fröhner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baetig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	-	BE	Schibli	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmidt Roberto	=	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	*	V	SO	Gobbi	=	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	=	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	=	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Streiff	=	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stump	=	S	AG
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Teuscher	=	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Thanei	=	S	ZH
Bugnon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Theiler	+	RL	LU
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	=	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Triponez	+	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Tschümperlin	=	S	SZ
Caviezel	+	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	=	G	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Veillon	+	V	VD
Daguet	=	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	Vischer	=	G	ZH
Darbella	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Graffenried	*	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	+	V	OW
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	=	S	VD
Engelberger	*	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	+	V	TG
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wandfluh	+	V	BE
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	+	V	ZH	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Mario	=	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	*	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	=	CEg	TI	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		5	28		28		50		111
= Nein / non / no			5	21		40	1	1	68
o Enth. / abst. / ast.									0
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4			2				1		3
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto				1	6	1	9		17
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Schenker Silvia

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, al. 3bis (vaut également pour les dispositions transitoires, al. 4)

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 10:55:50

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rossini	=	S	VS
Aebi	*	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Roux	+	CEg	VS
Amherd	=	CEg	VS	Fröhner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	+	V	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-Genève	=	G	GE	Rutschmann	+	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	+	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	+	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baetig	+	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	+	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lumengo	=	-	BE	Schibli	+	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüer	+	V	ZH
Baumann J. Alexander	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmidt Roberto	=	CEg	VS
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	+	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schwander	+	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	*	V	SO	Gobbi	+	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bortoluzzi	+	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Stahl	+	V	ZH
Brélaz	=	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	+	V	AG
Brönnimann	+	V	BE	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	=	S	AG	Grin	+	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	+	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Streiff	+	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stumper	=	S	AG
Büchel Roland	+	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Teuscher	=	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Thanei	=	S	ZH
Bugnon	+	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Theiler	+	RL	LU
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	=	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Triponez	+	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Tschümperlin	=	S	SZ
Caviezel	+	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	=	G	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Veillon	+	V	VD
Daguet	=	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	Vischer	=	G	ZH
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Graffenried	o	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	+	V	OW
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Perrin	+	V	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	=	S	VD
Engelberger	*	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	+	V	TG
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	+	V	SG	Wandfluh	+	V	BE
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	+	V	ZH	Joder	+	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Mario	=	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	*	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rime	+	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	=	CEg	TI	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		5	29		28		50		112
= Nein / non / no			4	21		40		1	66
o Enth. / abst. / ast.				1					1
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4			2				1		3
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto					6	1	10		17
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité
 Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Schenker Silvia

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

1 ter, dispositions transitoires, al. 3

Abstimmung vom / Vote du: 03.03.2011 11:14:24

Abate	+	RL	TI	Fluri	+	RL	SO	Kunz	=	V	LU	Rossini	=	S	VS
Aebi	*	V	BE	Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Français	+	RL	VD	Landolt	=	BD	GL	Roux	*	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Fröhner	=	V	BS	Lang	=	G	ZG	Ruey	+	RL	VD
Amstutz	=	V	BE	Freysinger	=	V	VS	Leuenberger-Genève	*	G	GE	Rutschmann	*	V	ZH
Aubert	=	S	VD	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Schelbert	=	G	LU
Baader Caspar	*	V	BL	Füglistaller	=	V	AG	Leutenegger Oberholzer	=	S	BL	Schenk Simon	=	V	BE
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Levrat	=	S	FR	Schenker Silvia	=	S	BS
Baetzig	=	V	JU	Galladé	=	S	ZH	Loepfe	+	CEg	AI	Scherer	=	V	ZG
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lumengo	=	-	BE	Schibli	*	V	ZH
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lüscher	+	RL	GE	Schlüer	=	V	ZH
Baumann J. Alexander	=	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Lustenberger	+	CEg	LU	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	=	G	SG	Maire	=	S	NE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Bigger	=	V	SG	Girod	=	G	ZH	Malama	*	RL	BS	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Binder	=	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schwander	=	V	SZ
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	=	V	VD	Marra	=	S	VD	Segmüller	+	CEg	LU
Bischof	+	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Simoneschi-Cortesi	%	CEg	TI
Borer	*	V	SO	Gobbi	=	V	TI	Messmer	+	RL	TG	Sommaruga Carlo	*	S	GE
Bortoluzzi	=	V	ZH	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Spuhler	*	V	TG
Bourgeois	+	RL	FR	Graber Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch	=	V	BL	Stahl	=	V	ZH
Brélaz	=	G	VD	Graf Maya	=	G	BL	Moret	+	RL	VD	Stamm	=	V	AG
Brönnimann	=	V	BE	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Steiert	=	S	FR
Bruderer Wyss	=	S	AG	Grin	=	V	VD	Moser	%	CEg	ZH	Stöckli	=	S	BE
Brunner	*	V	SG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Streiff	=	CEg	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Grunder	*	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stump	=	S	AG
Büchel Roland	=	V	SG	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	=	V	SG	Teuscher	*	G	BE
Büchler	+	CEg	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Thanei	=	S	ZH
Bugnon	=	V	VD	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Theiler	*	RL	LU
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hämmerle	=	S	GR	Neiryck	+	CEg	VD	Thorens Goumaz	=	G	VD
Cassis	+	RL	TI	Hany	*	CEg	ZH	Nidegger	=	V	GE	Triponez	+	RL	BE
Cathomas	+	CEg	GR	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Tschümperlin	=	S	SZ
Caviezel	+	RL	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	van Singer	=	G	VD
Chopard-Acklin	=	S	AG	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Veillon	+	V	VD
Daguet	=	S	BE	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	Vischer	=	G	ZH
Darbellay	*	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Pedrina	=	S	TI	von Graffenried	*	G	BE
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	=	G	GE	Pelli	+	RL	TI	von Rotz	=	V	OW
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Perrin	=	V	NE	von Siebenthal	=	V	BE
Eichenberger	*	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	=	S	VD
Engelberger	*	RL	NW	Hurter Thomas	=	V	SH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Walter	*	V	TG
Estermann	=	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Theophil	=	V	SG	Wandfluh	=	V	BE
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wasserfallen	+	RL	BE
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	=	CEg	ZH	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	*	S	BS	Reimann Lukas	=	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Hans	*	V	ZH	Joder	=	V	BE	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reymond	=	V	GE	Wobmann	=	V	SO
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	=	S	ZH	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Fehr Mario	=	S	ZH	Kaufmann	%	V	ZH	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	*	S	BE	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	=	V	AG	Rime	*	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Flückiger Sylvia	=	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		3	27		29		2		61
= Nein / non / no		1	2	19		37	42	1	102
o Enth. / abst. / ast.									0
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4			2				1		3
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		1	4	3	5	4	16		33
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la commission

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition Fehr Jacqueline

Geschäft / Objekt

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objekt du vote:

Art. 12, al. 5 (vaut également pour les dispositions transitoires, al. 5)

Abstimmung vom / Vote du: 12.09.2011 17:16:53

Abate	=	RL	TI	Français	*	RL	VD	Landolt	=	BD	GL	Rossini	+	S	VS
Aebi	+	V	BE	Frehner	+	V	BS	Lang	+	G	ZG	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-	+	G	GE	Roux	=	CEg	VS
Amherd	=	CEg	VS	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	=	RL	ZH	Ruey	=	RL	VD
Aubert	+	S	VD	Fuchs	+	V	BE	Leutenegger	+	S	BL	Rutschmann	+	V	ZH
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Levrat	*	S	FR	Schelbert	+	G	LU
Bader Elvira	=	CEg	SO	Gadient	=	BD	GR	Loepfe	=	CEg	AI	Schenk Simon	*	V	BE
Baettig	=	V	JU	Galladé	*	S	ZH	Lumengo	+	-	BE	Schenker Silvia	+	S	BS
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	=	RL	GE	Scherer	+	V	ZG
Barthassat	=	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lustenberger	+	CEg	LU	Schibli	+	V	ZH
Baumann J.	*	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Maire	+	S	NE	Schlüer	+	V	ZH
Bäumle	=	CEg	ZH	Gilli	*	G	SG	Malama	=	RL	BS	Schmid-Federer	=	CEg	ZH
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Markwalder	*	RL	BE	Schmidt Roberto	*	CEg	VS
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	=	CEg	LU	Marra	*	S	VD	Schneider-Schneiter	*	CEg	BL
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	*	V	VD	Meier-Schatz	=	CEg	SG	Schwander	+	V	SZ
Bischof	=	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Messmer	*	RL	TG	Segmüller	=	CEg	LU
Borer	*	V	SO	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	*	CEg	TI
Bortoluzzi	+	V	ZH	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bourgeois	=	RL	FR	Graf Maya	+	G	BL	Moret	*	RL	VD	Spuhler	*	V	TG
Brélaz	*	G	VD	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Stahl	+	V	ZH
Brönnimann	+	V	BE	Grin	*	V	VD	Moser	=	CEg	ZH	Stamm	+	V	AG
Bruderer Wyss	*	S	AG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Steiert	+	S	FR
Brunner	*	V	SG	Grunder	=	BD	BE	Müller Philipp	=	RL	AG	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	=	RL	GE	Gysin	*	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Streiff	=	CEg	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Häberli-Koller	=	CEg	TG	Müller Walter	=	RL	SG	Stump	%	S	AG
Büchler	*	CEg	SG	Haller	=	BD	BE	Müri	+	V	LU	Teuscher	+	G	BE
Bugnon	*	V	VD	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Thanei	+	S	ZH
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hany	=	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Theiler	=	RL	LU
Cassis	=	RL	TI	Hassler	=	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	Thorens Goumaz	*	G	VD
Cathomas	=	CEg	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Triponez	=	RL	BE
Caviezel	=	RL	GR	Heim	*	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Tschümperlin	+	S	SZ
Chopard-Acklin	+	S	AG	Hiltbold	=	RL	GE	Pardini	+	S	BE	van Singer	*	G	VD
Darbellay	=	CEg	VS	Hochreutener	=	CEg	BE	Parmelin	*	V	VD	Veillon	*	V	VD
de Buman	=	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pedrina	+	S	TI	Vischer	+	G	ZH
Egger	=	CEg	AG	Huber	=	RL	UR	Pelli	*	RL	TI	von Graffenried	=	G	BE
Eichenberger	=	RL	AG	Humbel	=	CEg	AG	Perrin	*	V	NE	von Rotz	*	V	OW
Engelberger	=	RL	NW	Hurter Thomas	=	V	SH	Perrinjaquet	*	RL	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	=	RL	ZH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Voruz	*	S	VD
Fässler	+	S	SG	Ineichen	=	RL	LU	Pfister Theophil	+	V	SG	Walter	=	V	TG
Favre Charles	*	RL	VD	Ingold	=	CEg	ZH	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Wandfluh	+	V	BE
Favre Laurent	=	RL	NE	Jans	+	S	BS	Quadri	o	V	TI	Wasserfallen	=	RL	BE
Fehr Hans	*	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Weber-Gobet	+	G	FR
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	John-Calame	+	G	NE	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rennwald	+	S	JU	Weibel	=	CEg	ZH
Fehr Mario	*	S	ZH	Kaufmann	+	V	ZH	Reymond	*	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fiala	=	RL	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Flück Peter	=	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rielle	+	S	GE	Wyss Ursula	+	S	BE
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	=	RL	AR	Riklin Kathy	=	CEg	ZH	Zemp	*	CEg	AG
Fluri	=	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rime	*	V	FR	Zisyadis	*	G	VD
Föhn	+	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Robbiani	=	CEg	TI	Zuppiger	*	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si			2	16		30	37	1	86
= Nein / non / no		5	27	1	25		3		61
o Enth. / abst. / ast.							1		1
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4						1			1
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto			6	5	9	10	20		50
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes					1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité I Ruey

Geschäft / Objekt

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objekt du vote:

Art. 12, al. 5 (vaut également pour les dispositions transitoires, al. 5)

Abstimmung vom / Vote du: 12.09.2011 17:17:43

Abate	+	RL	TI	Français	*	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Rossini	+	S	VS
Aebi	+	V	BE	Frehner	+	V	BS	Lang	+	G	ZG	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-	+	G	GE	Roux	=	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Ruey	=	RL	VD
Aubert	+	S	VD	Fuchs	+	V	BE	Leutenegger	+	S	BL	Rutschmann	+	V	ZH
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Levrat	*	S	FR	Schelbert	+	G	LU
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Loepfe	=	CEg	AI	Schenk Simon	*	V	BE
Baettig	+	V	JU	Galladé	*	S	ZH	Lumengo	+	-	BE	Schenker Silvia	+	S	BS
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	o	RL	GE	Scherer	+	V	ZG
Barthassat	=	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lustenberger	=	CEg	LU	Schibli	+	V	ZH
Baumann J.	*	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Maire	+	S	NE	Schlüer	+	V	ZH
Bäumle	=	CEg	ZH	Gilli	*	G	SG	Malama	+	RL	BS	Schmid-Federer	=	CEg	ZH
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Markwalder	*	RL	BE	Schmidt Roberto	*	CEg	VS
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	=	CEg	LU	Marra	*	S	VD	Schneider-Schneiter	*	CEg	BL
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	*	V	VD	Meier-Schatz	=	CEg	SG	Schwander	+	V	SZ
Bischof	=	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Messmer	*	RL	TG	Segmüller	=	CEg	LU
Borer	*	V	SO	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	*	CEg	TI
Bortoluzzi	+	V	ZH	Graber Jean-Pierre	+	V	BE	Miesch	+	V	BL	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bourgeois	+	RL	FR	Graf Maya	+	G	BL	Moret	*	RL	VD	Spuhler	*	V	TG
Brélaz	*	G	VD	Graf-Litscher	*	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Stahl	+	V	ZH
Brönnimann	+	V	BE	Grin	*	V	VD	Moser	=	CEg	ZH	Stamm	+	V	AG
Bruderer Wyss	*	S	AG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Steiert	+	S	FR
Brunner	*	V	SG	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	o	RL	GE	Gysin	*	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Streiff	+	CEg	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Häberli-Koller	o	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Stump	%	S	AG
Büchler	*	CEg	SG	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Teuscher	+	G	BE
Bugnon	*	V	VD	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Thanei	+	S	ZH
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hany	o	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Theiler	+	RL	LU
Cassis	+	RL	TI	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	*	S	VD	Thorens Goumaz	*	G	VD
Cathomas	+	CEg	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Triponoz	o	RL	BE
Caviezel	+	RL	GR	Heim	*	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Tschümperlin	+	S	SZ
Chopard-Acklin	+	S	AG	Hiltbold	=	RL	GE	Pardini	+	S	BE	van Singer	*	G	VD
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	=	CEg	BE	Parmelin	*	V	VD	Veillon	*	V	VD
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pedrina	+	S	TI	Vischer	+	G	ZH
Egger	=	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Pelli	*	RL	TI	von Graffenried	=	G	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	=	CEg	AG	Perrin	*	V	NE	von Rotz	*	V	OW
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Perrinjaquet	*	RL	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Voruz	*	S	VD
Fässler	+	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Pfister Theophil	+	V	SG	Walter	+	V	TG
Favre Charles	*	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Wandfluh	+	V	BE
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	+	S	BS	Quadri	o	V	TI	Wasserfallen	+	RL	BE
Fehr Hans	*	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Weber-Gobet	+	G	FR
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	John-Calame	+	G	NE	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rennwald	+	S	JU	Weibel	=	CEg	ZH
Fehr Mario	*	S	ZH	Kaufmann	+	V	ZH	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rielle	+	S	GE	Wyss Ursula	+	S	BE
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Riklin Kathy	=	CEg	ZH	Zemp	*	CEg	AG
Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rime	*	V	FR	Zisyadis	*	G	VD
Föhn	+	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Robbiani	=	CEg	TI	Zuppiger	*	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	5	8	16	20	30	41	1	121
=	Nein / non / no		19	1	2				22
o	Enth. / abst. / ast.		2		3		1		6
%	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4					1			1
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		6	5	9	10	19		49
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes				1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité II Weibel

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 13, al. 2, let. g (vaut également pour l'art. 41c, al. 3 et les dispositions transitoires, ch. Iter, al. 1 à 3)

Abstimmung vom / Vote du: 12.09.2011 17:48:33

Abate	=	RL	TI	Français	*	RL	VD	Landolt	=	BD	GL	Rossini	+	S	VS
Aebi	+	V	BE	Frehner	+	V	BS	Lang	+	G	ZG	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-	+	G	GE	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Ruey	=	RL	VD
Aubert	+	S	VD	Fuchs	+	V	BE	Leutenegger	+	S	BL	Rutschmann	+	V	ZH
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Levrat	+	S	FR	Schelbert	+	G	LU
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	=	BD	GR	Loepfe	=	CEg	AI	Schenk Simon	*	V	BE
Baettig	+	V	JU	Galladé	*	S	ZH	Lumengo	+	-	BE	Schenker Silvia	+	S	BS
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	=	RL	GE	Scherer	+	V	ZG
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lustenberger	+	CEg	LU	Schibli	+	V	ZH
Baumann J.	*	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Maire	+	S	NE	Schlüer	+	V	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	*	G	SG	Malama	=	RL	BS	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Markwalder	=	RL	BE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Marra	*	S	VD	Schneider-Schneiter	*	CEg	BL
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	+	V	VD	Meier-Schatz	=	CEg	SG	Schwander	+	V	SZ
Bischof	*	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Messmer	*	RL	TG	Segmüller	+	CEg	LU
Borer	*	V	SO	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Bortoluzzi	+	V	ZH	Graber Jean-Pierre	*	V	BE	Miesch	+	V	BL	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bourgeois	=	RL	FR	Graf Maya	+	G	BL	Moret	*	RL	VD	Spuhler	+	V	TG
Brélaz	*	G	VD	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Stahl	=	V	ZH
Brönnimann	+	V	BE	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stamm	+	V	AG
Bruderer Wyss	*	S	AG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Steiert	+	S	FR
Brunner	+	V	SG	Grunder	=	BD	BE	Müller Philipp	*	RL	AG	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	=	RL	GE	Gysin	*	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Streiff	+	CEg	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	=	RL	SG	Stump	%	S	AG
Büchler	*	CEg	SG	Haller	=	BD	BE	Müri	+	V	LU	Teuscher	+	G	BE
Bugnon	+	V	VD	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Thanei	+	S	ZH
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Theiler	+	RL	LU
Cassis	=	RL	TI	Hassler	=	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	Thorens Goumaz	*	G	VD
Cathomas	+	CEg	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Triponez	=	RL	BE
Caviezel	=	RL	GR	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Tschümperlin	+	S	SZ
Chopard-Acklin	+	S	AG	Hiltbold	=	RL	GE	Pardini	+	S	BE	van Singer	*	G	VD
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Parmelin	+	V	VD	Veillon	+	V	VD
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pedrina	+	S	TI	Vischer	+	G	ZH
Egger	+	CEg	AG	Huber	=	RL	UR	Pelli	=	RL	TI	von Graffenried	+	G	BE
Eichenberger	=	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrin	*	V	NE	von Rotz	+	V	OW
Engelberger	*	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Perrinjaquet	*	RL	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	=	RL	ZH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Voruz	*	S	VD
Fässler	+	S	SG	Ineichen	=	RL	LU	Pfister Theophil	+	V	SG	Walter	+	V	TG
Favre Charles	=	RL	VD	Ingold	=	CEg	ZH	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Wandfluh	+	V	BE
Favre Laurent	=	RL	NE	Jans	+	S	BS	Quadri	=	V	TI	Wasserfallen	=	RL	BE
Fehr Hans	+	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Weber-Gobet	+	G	FR
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	John-Calame	+	G	NE	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rennwald	+	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Mario	*	S	ZH	Kaufmann	+	V	ZH	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fiala	*	RL	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Flück Peter	=	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rielle	+	S	GE	Wyss Ursula	+	S	BE
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	=	RL	AR	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Fluri	=	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rime	+	V	FR	Zisyadis	+	G	VD
Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	*	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si		29	17	1	34	46	1	128
=	Nein / non / no	5	3	1	23		3		35
o	Enth. / abst. / ast.								0
%	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4					1			1
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		3	4	10	6	12		35
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes				1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Cassis/Kleiner

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, al. 2, let. b et c

Abstimmung vom / Vote du: 12.09.2011 18:34:15

Abate	+	RL	TI	Français	*	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Rossini	=	S	VS
Aebi	+	V	BE	Frehner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	=	S	BE	Freysinger	*	V	VS	Leuenberger-	=	G	GE	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Frösch	=	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Ruey	+	RL	VD
Aubert	=	S	VD	Fuchs	+	V	BE	Leutenegger	*	S	BL	Rutschmann	+	V	ZH
Baader Caspar	+	V	BL	Füglister	+	V	AG	Levrat	=	S	FR	Schelbert	=	G	LU
Bader Elvira	*	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Loepfe	+	CEg	AI	Schenk Simon	*	V	BE
Baettig	o	V	JU	Galladé	*	S	ZH	Lumengo	=	-	BE	Schenker Silvia	=	S	BS
Bänziger	=	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	+	RL	GE	Scherer	+	V	ZG
Barthassat	*	CEg	GE	Germanier	*	RL	VS	Lustenberger	+	CEg	LU	Schibli	+	V	ZH
Baumann J.	+	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Maire	=	S	NE	Schlüer	+	V	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	*	G	SG	Malama	+	RL	BS	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bigger	+	V	SG	Girod	=	G	ZH	Markwalder	+	RL	BE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Marra	*	S	VD	Schneider-Schneiter	*	CEg	BL
Birrer-Heimo	=	S	LU	Glauser	+	V	VD	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Schwander	+	V	SZ
Bischof	*	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Messmer	*	RL	TG	Segmüller	+	CEg	LU
Borer	+	V	SO	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	=	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	=	CEg	TI
Bortoluzzi	+	V	ZH	Graber Jean-Pierre	*	V	BE	Miesch	+	V	BL	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bourgeois	+	RL	FR	Graf Maya	=	G	BL	Moret	*	RL	VD	Spuhler	*	V	TG
Brélaz	*	G	VD	Graf-Litscher	=	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Stahl	+	V	ZH
Brönnimann	+	V	BE	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stamm	+	V	AG
Bruderer Wyss	=	S	AG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	=	G	AG	Steiert	*	S	FR
Brunner	+	V	SG	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stöckli	=	S	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	V	SG	Streiff	+	CEg	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	o	RL	SG	Stump	%	S	AG
Büchler	*	CEg	SG	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Teuscher	=	G	BE
Bugnon	+	V	VD	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Thanei	=	S	ZH
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hany	*	CEg	ZH	Nidegger	*	V	GE	Theiler	+	RL	LU
Cassis	+	RL	TI	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Thorens Goumaz	*	G	VD
Cathomas	+	CEg	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Triponez	+	RL	BE
Caviezel	+	RL	GR	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Tschümperlin	=	S	SZ
Chopard-Acklin	=	S	AG	Hiltbold	+	RL	GE	Pardini	=	S	BE	van Singer	=	G	VD
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Parmelin	+	V	VD	Veillon	+	V	VD
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	*	G	GE	Pedrina	=	S	TI	Vischer	=	G	ZH
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Pelli	+	RL	TI	von Graffenried	o	G	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrin	*	V	NE	von Rotz	+	V	OW
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Perrinjaquet	*	RL	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Voruz	=	S	VD
Fässler	*	S	SG	Ineichen	*	RL	LU	Pfister Theophil	+	V	SG	Walter	#	V	TG
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	=	CEg	ZH	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wandfluh	+	V	BE
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	=	S	BS	Quadri	o	V	TI	Wasserfallen	+	RL	BE
Fehr Hans	+	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reimann Lukas	+	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Mario	*	S	ZH	Kaufmann	+	V	ZH	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fiala	*	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	=	G	SO
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	=	S	BE
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rime	+	V	FR	Zisyadis	*	G	VD
Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	=	G	BS	Robbiani	=	CEg	TI	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	5	24		26		43		98
=	Nein / non / no		4	16		33		1	54
o	Enth. / abst. / ast.			1	1		2		4
%	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4					1			1
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		7	5	8	7	15		42
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes						1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Fehr Jacqueline

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, al. 3

Abstimmung vom / Vote du: 12.09.2011 18:35:19

Abate	+	RL	TI	Français	*	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Rossini	+	S	VS
Aebi	=	V	BE	Frehner	=	V	BS	Lang	+	G	ZG	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Freysinger	*	V	VS	Leuenberger-	+	G	GE	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Ruey	+	RL	VD
Aubert	+	S	VD	Fuchs	=	V	BE	Leutenegger	+	S	BL	Rutschmann	=	V	ZH
Baader Caspar	o	V	BL	Füglister	=	V	AG	Levrat	+	S	FR	Schelbert	+	G	LU
Bader Elvira	*	CEg	SO	Gadient	=	BD	GR	Loepfe	+	CEg	AI	Schenk Simon	*	V	BE
Baettig	=	V	JU	Galladé	*	S	ZH	Lumengo	+	-	BE	Schenker Silvia	+	S	BS
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	=	V	BE	Lüscher	+	RL	GE	Scherer	=	V	ZG
Barthassat	*	CEg	GE	Germanier	*	RL	VS	Lustenberger	+	CEg	LU	Schibli	=	V	ZH
Baumann J.	=	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Maire	+	S	NE	Schlüer	=	V	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	*	G	SG	Malama	+	RL	BS	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bigger	=	V	SG	Girod	+	G	ZH	Markwalder	+	RL	BE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Marra	*	S	VD	Schneider-Schneiter	*	CEg	BL
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	=	V	VD	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Schwander	=	V	SZ
Bischof	*	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Messmer	*	RL	TG	Segmüller	+	CEg	LU
Borer	=	V	SO	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Bortoluzzi	=	V	ZH	Graber Jean-Pierre	*	V	BE	Miesch	=	V	BL	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bourgeois	+	RL	FR	Graf Maya	+	G	BL	Moret	*	RL	VD	Spuhler	*	V	TG
Brélaz	*	G	VD	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Stahl	=	V	ZH
Brönnimann	=	V	BE	Grin	=	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stamm	=	V	AG
Bruderer Wyss	+	S	AG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Steiert	*	S	FR
Brunner	=	V	SG	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	*	V	SG	Streiff	*	CEg	BE
Büchel Roland	=	V	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	o	RL	SG	Stump	%	S	AG
Büchler	*	CEg	SG	Haller	+	BD	BE	Müri	=	V	LU	Teuscher	+	G	BE
Bugnon	=	V	VD	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	+	CEg	VD	Thanei	+	S	ZH
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hany	*	CEg	ZH	Nidegger	*	V	GE	Theiler	+	RL	LU
Cassis	+	RL	TI	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	Thorens Goumaz	*	G	VD
Cathomas	+	CEg	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Triponez	+	RL	BE
Caviezel	+	RL	GR	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Tschümperlin	+	S	SZ
Chopard-Acklin	+	S	AG	Hiltbold	+	RL	GE	Pardini	+	S	BE	van Singer	+	G	VD
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Parmelin	=	V	VD	Veillon	=	V	VD
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	*	G	GE	Pedrina	+	S	TI	Vischer	+	G	ZH
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Pelli	+	RL	TI	von Graffenried	+	G	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrin	*	V	NE	von Rotz	=	V	OW
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	=	V	SH	Perrinjaquet	*	RL	NE	von Siebenthal	=	V	BE
Estermann	=	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Voruz	+	S	VD
Fässler	*	S	SG	Ineichen	*	RL	LU	Pfister Theophil	=	V	SG	Walter	#	V	TG
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Wandfluh	=	V	BE
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	+	S	BS	Quadri	o	V	TI	Wasserfallen	+	RL	BE
Fehr Hans	=	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Weber-Gobet	+	G	FR
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	John-Calame	+	G	NE	Reimann Lukas	=	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rennwald	+	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Mario	*	S	ZH	Kaufmann	=	V	ZH	Reymond	=	V	GE	Wobmann	=	V	SO
Fiala	*	RL	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	=	V	AG	Rielle	+	S	GE	Wyss Ursula	+	S	BE
Flückiger Sylvia	=	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Fluri	+	RL	SO	Kunz	=	V	LU	Rime	=	V	FR	Zisyadis	*	G	VD
Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+ Ja / oui / si		5	27	17	26	34		1	110
= Nein / non / no							43		43
o Enth. / abst. / ast.					1		2		3
% Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4						1			1
* Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto			8	5	8	6	15		42
# Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes							1		1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Bortoluzzi

Geschäft / Objekt
 04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)
Gegenstand / Objet du vote:

Art. 64, al. 3bis

Abstimmung vom / Vote du: 12.09.2011 18:36:23

Abate	=	RL	TI	Français	*	RL	VD	Landolt	=	BD	GL	Rossini	+	S	VS
Aebi	+	V	BE	Frehner	+	V	BS	Lang	+	G	ZG	Roth-Bernasconi	+	S	GE
Allemann	+	S	BE	Freysinger	*	V	VS	Leuenberger-	+	G	GE	Roux	=	CEg	VS
Amherd	=	CEg	VS	Frösch	+	G	BE	Leutenegger Filippo	=	RL	ZH	Ruey	=	RL	VD
Aubert	+	S	VD	Fuchs	+	V	BE	Leutenegger	+	S	BL	Rutschmann	+	V	ZH
Baader Caspar	=	V	BL	Füglister	+	V	AG	Levrat	+	S	FR	Schelbert	+	G	LU
Bader Elvira	*	CEg	SO	Gadient	=	BD	GR	Loepfe	=	CEg	AI	Schenk Simon	*	V	BE
Baettig	=	V	JU	Galladé	*	S	ZH	Lumengo	+	-	BE	Schenker Silvia	+	S	BS
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	=	RL	GE	Scherer	+	V	ZG
Barthassat	=	CEg	GE	Germanier	*	RL	VS	Lustenberger	=	CEg	LU	Schibli	+	V	ZH
Baumann J.	=	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Maire	+	S	NE	Schlüer	+	V	ZH
Bäumle	*	CEg	ZH	Gilli	*	G	SG	Malama	=	RL	BS	Schmid-Federer	=	CEg	ZH
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Markwalder	=	RL	BE	Schmidt Roberto	=	CEg	VS
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	=	CEg	LU	Marra	+	S	VD	Schneider-Schneiter	*	CEg	BL
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	+	V	VD	Meier-Schatz	=	CEg	SG	Schwander	+	V	SZ
Bischof	*	CEg	SO	Glur	*	V	AG	Messmer	*	RL	TG	Segmüller	=	CEg	LU
Borer	=	V	SO	Goll	+	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Bortoluzzi	+	V	ZH	Graber Jean-Pierre	*	V	BE	Miesch	+	V	BL	Sommaruga Carlo	+	S	GE
Bourgeois	=	RL	FR	Graf Maya	+	G	BL	Moret	*	RL	VD	Spuhler	*	V	TG
Brélaz	*	G	VD	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Stahl	=	V	ZH
Brönnimann	=	V	BE	Grin	+	V	VD	Moser	=	CEg	ZH	Stamm	+	V	AG
Bruderer Wyss	+	S	AG	Gross	+	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Steiert	*	S	FR
Brunner	+	V	SG	Grunder	=	BD	BE	Müller Philipp	=	RL	AG	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	=	RL	GE	Gysin	=	RL	BL	Müller Thomas	*	V	SG	Streiff	*	CEg	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Häberli-Koller	=	CEg	TG	Müller Walter	=	RL	SG	Stump	%	S	AG
Büchler	*	CEg	SG	Haller	=	BD	BE	Müri	=	V	LU	Teuscher	+	G	BE
Bugnon	+	V	VD	Hämmerle	+	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Thanei	+	S	ZH
Carobbio Guscetti	+	S	TI	Hany	*	CEg	ZH	Nidegger	*	V	GE	Theiler	=	RL	LU
Cassis	=	RL	TI	Hassler	=	BD	GR	Nordmann	+	S	VD	Thorens Goumaz	*	G	VD
Cathomas	=	CEg	GR	Heer	*	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Triponez	=	RL	BE
Caviezel	=	RL	GR	Heim	+	S	SO	Nussbaumer	+	S	BL	Tschümperlin	+	S	SZ
Chopard-Acklin	+	S	AG	Hiltbold	=	RL	GE	Pardini	+	S	BE	van Singer	+	G	VD
Darbellay	=	CEg	VS	Hochreutener	=	CEg	BE	Parmelin	+	V	VD	Veillon	=	V	VD
de Buman	=	CEg	FR	Hodgers	*	G	GE	Pedrina	+	S	TI	Vischer	+	G	ZH
Egger	=	CEg	AG	Huber	=	RL	UR	Pelli	=	RL	TI	von Graffenried	+	G	BE
Eichenberger	=	RL	AG	Humbel	=	CEg	AG	Perrin	*	V	NE	von Rotz	+	V	OW
Engelberger	=	RL	NW	Hurter Thomas	=	V	SH	Perrinjaquet	*	RL	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	=	RL	ZH	Pfister Gerhard	=	CEg	ZG	Voruz	+	S	VD
Fässler	*	S	SG	Ineichen	*	RL	LU	Pfister Theophil	+	V	SG	Walter	#	V	TG
Favre Charles	=	RL	VD	Ingold	=	CEg	ZH	Prelicz-Huber	+	G	ZH	Wandfluh	+	V	BE
Favre Laurent	=	RL	NE	Jans	+	S	BS	Quadri	=	V	TI	Wasserfallen	=	RL	BE
Fehr Hans	+	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rechsteiner Paul	+	S	SG	Weber-Gobet	+	G	FR
Fehr Hans-Jürg	+	S	SH	John-Calame	+	G	NE	Reimann Lukas	=	V	SG	Wehrli	=	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	+	S	ZH	Jositsch	*	S	ZH	Rennwald	+	S	JU	Weibel	=	CEg	ZH
Fehr Mario	*	S	ZH	Kaufmann	=	V	ZH	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fiala	*	RL	ZH	Kiener Nellen	+	S	BE	Rickli Natalie	*	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Flück Peter	=	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rielle	+	S	GE	Wyss Ursula	+	S	BE
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	=	RL	AR	Riklin Kathy	=	CEg	ZH	Zemp	=	CEg	AG
Fluri	=	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rime	+	V	FR	Zisyadis	*	G	VD
Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	=	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si		3	17		35	32	1	88
=	Nein / non / no	5	25		27		13		70
o	Enth. / abst. / ast.								0
%	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4					1			1
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		7	5	8	5	15		40
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes						1		1

 Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité
 Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Kleiner

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 12, al. 5, art. 13, al. 2, let. g, art. 64, al. 2, let. a et b et al. 3 ainsi que ch. lter)

Abstimmung vom / Vote du: 22.09.2011 12:00:35

Abate	+	RL	TI	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Rossini	=	S	VS
Aebi	*	V	BE	Frehner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	+	S	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-	=	G	GE	Roux	*	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Frösch	*	G	BE	Leutenegger Filippo	*	RL	ZH	Ruey	+	RL	VD
Aubert	=	S	VD	Fuchs	+	V	BE	Leutenegger	=	S	BL	Rutschmann	+	V	ZH
Baader Caspar	o	V	BL	Füglister	+	V	AG	Levrat	=	S	FR	Schelbert	+	G	LU
Bader Elvira	*	CEg	SO	Gadient	*	BD	GR	Loepfe	+	CEg	AI	Schenk Simon	+	V	BE
Baettig	=	V	JU	Galladé	o	S	ZH	Lumengo	=	-	BE	Schenker Silvia	=	S	BS
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	+	RL	GE	Scherer	+	V	ZG
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lustenberger	o	CEg	LU	Schibli	*	V	ZH
Baumann J.	*	V	TG	Giezendanner	*	V	AG	Maire	=	S	NE	Schlüer	+	V	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Malama	+	RL	BS	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Markwalder	+	RL	BE	Schmidt Roberto	+	CEg	VS
Binder	*	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Marra	=	S	VD	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	+	V	VD	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Schwander	+	V	SZ
Bischof	*	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Messmer	+	RL	TG	Segmüller	+	CEg	LU
Borer	o	V	SO	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	*	CEg	TI
Bortoluzzi	+	V	ZH	Graber Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch	*	V	BL	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bourgeois	+	RL	FR	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Spuhler	*	V	TG
Brélaz	+	G	VD	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	*	V	ZH	Stahl	o	V	ZH
Brönnimann	*	V	BE	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stamm	+	V	AG
Bruderer Wyss	%	S	AG	Gross	%	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Steiert	*	S	FR
Brunner	+	V	SG	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Gysin	*	RL	BL	Müller Thomas	*	V	SG	Streiff	+	CEg	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	*	RL	SG	Stump	=	S	AG
Büchler	+	CEg	SG	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Teuscher	=	G	BE
Bugnon	+	V	VD	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	*	CEg	VD	Thanei	=	S	ZH
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	o	V	GE	Theiler	+	RL	LU
Cassis	+	RL	TI	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Thorens Goumaz	o	G	VD
Cathomas	*	CEg	GR	Heer	+	V	ZH	Noser	*	RL	ZH	Triponez	*	RL	BE
Caviezel	+	RL	GR	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Tschümperlin	=	S	SZ
Chopard-Acklin	=	S	AG	Hiltbold	+	RL	GE	Pardini	*	S	BE	van Singer	=	G	VD
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Parmelin	+	V	VD	Veillon	+	V	VD
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pedrina	*	S	TI	Vischer	o	G	ZH
Egger	*	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Pelli	+	RL	TI	von Graffenried	*	G	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrin	+	V	NE	von Rotz	+	V	OW
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Perrinjaquet	+	RL	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Voruz	=	S	VD
Fässler	=	S	SG	Ineichen	*	RL	LU	Pfister Theophil	+	V	SG	Walter	+	V	TG
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	+	CEg	ZH	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wandfluh	+	V	BE
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	=	S	BS	Quadri	*	V	TI	Wasserfallen	+	RL	BE
Fehr Hans	+	V	ZH	Joder	*	V	BE	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH	John-Calame	=	G	NE	Reimann Lukas	*	V	SG	Wehrli	*	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	o	S	ZH	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Mario	*	S	ZH	Kaufmann	+	V	ZH	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	%	S	BE
Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Riklin Kathy	o	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rime	*	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Föhn	*	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	4	25	10	28	4	40		111
=	Nein / non / no			8		28	2	1	39
o	Enth. / abst. / ast.		2	2		2	4		10
%	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4					3			3
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto	1	8	2	6	4	15		36
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes				1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité (adopter la proposition de la conférence de conciliation)

Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité Fehr Jacqueline (rejeter la proposition de la conférence de conciliation)

Geschäft / Objet

04.062-1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)
 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care: Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Gegenstand / Objet du vote:

Vote final

Abstimmung vom / Vote du: 30.09.2011 10:11:25

Abate	+	RL	TI	Français	+	RL	VD	Landolt	+	BD	GL	Rossini	=	S	VS
Aebi	+	V	BE	Frehner	+	V	BS	Lang	=	G	ZG	Roth-Bernasconi	=	S	GE
Allemann	+	S	BE	Freysinger	+	V	VS	Leuenberger-	=	G	GE	Roux	+	CEg	VS
Amherd	+	CEg	VS	Frösch	o	G	BE	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Ruey	+	RL	VD
Aubert	=	S	VD	Fuchs	=	V	BE	Leutenegger	=	S	BL	Rutschmann	+	V	ZH
Baader Caspar	o	V	BL	Füglister	+	V	AG	Levrat	=	S	FR	Schelbert	+	G	LU
Bader Elvira	+	CEg	SO	Gadient	+	BD	GR	Loepfe	+	CEg	AI	Schenk Simon	+	V	BE
Baettig	=	V	JU	Galladé	+	S	ZH	Lumengo	=	-	BE	Schenker Silvia	=	S	BS
Bänziger	+	G	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	+	RL	GE	Scherer	+	V	ZG
Barthassat	+	CEg	GE	Germanier	#	RL	VS	Lustenberger	o	CEg	LU	Schibli	*	V	ZH
Baumann J.	+	V	TG	Giezendanner	+	V	AG	Maire	=	S	NE	Schlüer	+	V	ZH
Bäumle	+	CEg	ZH	Gilli	+	G	SG	Malama	+	RL	BS	Schmid-Federer	+	CEg	ZH
Bigger	+	V	SG	Girod	+	G	ZH	Markwalder	+	RL	BE	Schmidt Roberto	o	CEg	VS
Binder	o	V	ZH	Glanzmann	+	CEg	LU	Marra	=	S	VD	Schneider-Schneiter	+	CEg	BL
Birrer-Heimo	+	S	LU	Glauser	+	V	VD	Meier-Schatz	+	CEg	SG	Schwander	+	V	SZ
Bischof	+	CEg	SO	Glur	+	V	AG	Messmer	+	RL	TG	Segmüller	+	CEg	LU
Borer	o	V	SO	Goll	=	S	ZH	Meyer Thérèse	+	CEg	FR	Simoneschi-Cortesi	+	CEg	TI
Bortoluzzi	+	V	ZH	Graber Jean-Pierre	=	V	BE	Miesch	=	V	BL	Sommaruga Carlo	=	S	GE
Bourgeois	+	RL	FR	Graf Maya	+	G	BL	Moret	+	RL	VD	Spuhler	+	V	TG
Brélaz	+	G	VD	Graf-Litscher	+	S	TG	Mörgeli	=	V	ZH	Stahl	o	V	ZH
Brönnimann	+	V	BE	Grin	+	V	VD	Moser	+	CEg	ZH	Stamm	o	V	AG
Bruderer Wyss	+	S	AG	Gross	=	S	ZH	Müller Geri	+	G	AG	Steiert	o	S	FR
Brunner	+	V	SG	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stöckli	+	S	BE
Brunschwig Graf	+	RL	GE	Gysin	+	RL	BL	Müller Thomas	+	V	SG	Streiff	+	CEg	BE
Büchel Roland	+	V	SG	Häberli-Koller	+	CEg	TG	Müller Walter	+	RL	SG	Stump	=	S	AG
Büchler	+	CEg	SG	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Teuscher	=	G	BE
Bugnon	+	V	VD	Hämmerle	=	S	GR	Neiryneck	=	CEg	VD	Thanei	o	S	ZH
Carobbio Guscetti	=	S	TI	Hany	+	CEg	ZH	Nidegger	+	V	GE	Theiler	+	RL	LU
Cassis	+	RL	TI	Hassler	+	BD	GR	Nordmann	=	S	VD	Thorens Goumaz	o	G	VD
Cathomas	+	CEg	GR	Heer	=	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Triponez	+	RL	BE
Caviezel	+	RL	GR	Heim	=	S	SO	Nussbaumer	=	S	BL	Tschümperlin	=	S	SZ
Chopard-Acklin	o	S	AG	Hiltbold	+	RL	GE	Pardini	=	S	BE	van Singer	=	G	VD
Darbellay	+	CEg	VS	Hochreutener	+	CEg	BE	Parmelin	+	V	VD	Veillon	+	V	VD
de Buman	+	CEg	FR	Hodgers	+	G	GE	Pedrina	=	S	TI	Vischer	o	G	ZH
Egger	+	CEg	AG	Huber	+	RL	UR	Pelli	+	RL	TI	von Graffenried	+	G	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Humbel	+	CEg	AG	Perrin	+	V	NE	von Rotz	+	V	OW
Engelberger	+	RL	NW	Hurter Thomas	+	V	SH	Perrinjaquet	+	RL	NE	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Gerhard	+	CEg	ZG	Voruz	=	S	VD
Fässler	=	S	SG	Ineichen	+	RL	LU	Pfister Theophil	+	V	SG	Walter	+	V	TG
Favre Charles	+	RL	VD	Ingold	*	CEg	ZH	Prelicz-Huber	=	G	ZH	Wandfluh	+	V	BE
Favre Laurent	+	RL	NE	Jans	=	S	BS	Quadri	*	V	TI	Wasserfallen	+	RL	BE
Fehr Hans	=	V	ZH	Joder	+	V	BE	Rechsteiner Paul	=	S	SG	Weber-Gobet	=	G	FR
Fehr Hans-Jürg	o	S	SH	John-Calame	o	G	NE	Reimann Lukas	=	V	SG	Wehrli	+	CEg	SZ
Fehr Jacqueline	=	S	ZH	Jositsch	o	S	ZH	Rennwald	=	S	JU	Weibel	+	CEg	ZH
Fehr Mario	+	S	ZH	Kaufmann	+	V	ZH	Reymond	+	V	GE	Wobmann	+	V	SO
Fiala	+	RL	ZH	Kiener Nellen	=	S	BE	Rickli Natalie	+	V	ZH	Wyss Brigit	+	G	SO
Flück Peter	+	RL	BE	Killer	+	V	AG	Rielle	=	S	GE	Wyss Ursula	o	S	BE
Flückiger Sylvia	=	V	AG	Kleiner	+	RL	AR	Riklin Kathy	+	CEg	ZH	Zemp	+	CEg	AG
Fluri	+	RL	SO	Kunz	+	V	LU	Rime	+	V	FR	Zisyadis	=	G	VD
Föhn	+	V	SZ	Lachenmeier	+	G	BS	Robbiani	+	CEg	TI	Zuppiger	+	V	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	BD	CEg	G	RL	S	V	-	Tot.
+	Ja / oui / si	5	31	11	34	7	45		133
=	Nein / non / no		1	7		28	9	1	46
o	Enth. / abst. / ast.		2	4		6	5		17
*	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		1				2		3
#	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes				1				1

Bedeutung Ja / Signification du oui:

Bedeutung Nein / Signification du non:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

Änderung vom 30. September 2011

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004¹,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12 Abs. 5

⁵ Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen.

Art. 34 Abs. 3

³ Der Bundesrat kann im Rahmen von zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Übernahme der Kosten von Leistungen im Ausland vorsehen. Er strebt an, dass der betreffende ausländische Staat Gegenrecht gewährt.

Art. 41 Abs. 4

Aufgehoben

Gliederungstitel vor Art. 41b

2a. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 41b Grundsatz

¹ Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c zu beanspruchen, mit dem ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen

¹ BBl 2004 5599

² SR 832.10

hat (Integrierte Versorgung). Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in jedem Fall versichert.

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, die nicht als integrierte Versorgung gelten, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht;
- c. die Versicherten gegen eine Prämienermässigung ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.

Art. 41c Integrierte Versorgungsnetze

¹ Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Prozess der Behandlung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.

² Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

³ Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

⁴ Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).

⁵ Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Art. 41d Dauer des Versicherungsverhältnisses

¹ Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b, sofern er für diese eine Prämienermässigung gewährt, für das Versicherungsverhältnis neben der Dauer von einem Jahr auch eine Dauer von bis zu drei Kalenderjahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

² Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 entschieden, so kann sie den Versicherer, nicht aber die Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln:

- a. bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen;
- b. bei einer Prämienerrhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienerrhöhung im Kanton liegt.

³ Gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf der Dauer nach Absatz 1 wechseln. Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person bei Vertragsabschluss die Austrittsmodalitäten; Artikel 7 bleibt vorbehalten.

Art. 57 Abs. 9

⁹ Die Versicherer können mit den in integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c zusammengeschlossenen Leistungserbringern vertraglich vereinbaren, dass diesen die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen übertragen werden.

Art. 62 Abs. 1, 2 und 2^{bis} erster Satz

¹ Der Versicherer kann die Prämien für integrierte Versorgungsnetze nach Artikel 41c vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

² Aufgehoben

^{2bis} Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienerrmässigung bei den besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. ...

Art. 64 Abs. 2 Bst. b und c, 2^{bis}, 3, 3^{bis}, 6 Bst. c und d sowie 7

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- b. 15 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;
- c. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) der Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden.

^{2bis} Die Versicherer können auf die Erhebung der Kostenbeteiligung für Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise verzichten.

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 1000 Franken. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c angehören, beträgt maximal 500 Franken.

^{3bis} Der Bundesrat kann die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehalts nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen.

⁶ Der Bundesrat kann:

- c. *Aufgehoben*
- d. die Kostenbeteiligung für einzelne Leistungen der medizinischen Prävention, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden, herabsetzen oder aufheben.

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;
- b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

II

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007³ (Risikoausgleich)

Ziff. 2 Abs. 2 und 5 zweiter Satz

2. Neuer Risikoausgleich

² Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko sind der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Art. 39) im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, und die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten, massgebend.

⁵ ... Er umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher, bezeichnet die Ausnahmen und legt weitere Indikatoren, die die Morbidität abbilden, fest.

III

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. September 2011 (Managed Care)

¹ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 erfolgt drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011. Soweit in gewissen Kantonen vor diesem Zeitpunkt das Angebot eines oder mehrerer integrierter Versorgungsnetze nach Artikel 41c besteht, bestimmt der Bundesrat nach Anhörung der Kantone, dass sich in diesen Kantonen die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 richtet.

³ AS 2009 4755

² Während der dreijährigen Einführungsphase führt der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Leistungserbringern und den Kantonen eine Evaluation über die Durchführung und die Wirkungen der Änderung vom 30. September 2011 durch. Hat die Änderung nicht zu einem flächendeckenden Angebot von integrierten Versorgungsnetzen geführt, schlägt der Bundesrat dem Parlament weitere Massnahmen vor. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen, längstens aber bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten, die die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 700 Franken.

³ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 3^{bis} erfolgt erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011.

⁴ Die beim Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011 vorhandenen Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen nach Artikel 12 Absatz 5 dürfen während höchstens fünf Jahren weiterbestehen.

IV

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Ständerat, 30. September 2011

Der Präsident: Hansheiri Inderkum
Der Sekretär: Philippe Schwab

Nationalrat, 30. September 2011

Der Präsident: Jean-René Germanier
Der Sekretär: Pierre-Hervé Freléchoz

Datum der Veröffentlichung: 11. Oktober 2011⁴

Ablauf der Referendumsfrist: 19. Januar 2012

⁴ BBl 2011 7441

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réseaux de soins)

Modification du 30 septembre 2011

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004¹,
arrête:*

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 12, al. 5

⁵ Les caisses-maladie ne peuvent gérer des institutions dispensant des traitements médicaux aux assurés ni avoir une participation financière dans de telles institutions.

Art. 34, al. 3

³ Le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge des prestations fournies à l'étranger dans le cadre de projets pilotes limités dans le temps. Il vise à convenir la réciprocité avec l'Etat concerné.

Art. 41, al. 4

Abrogé

Titre précédant l'art. 41b

Section 2a Formes particulières d'assurance

Art. 41b Principe

¹ Les assurés peuvent convenir avec l'assureur de se fournir en prestations uniquement auprès d'un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41c avec lequel l'assureur a conclu un contrat portant sur le traitement et sa conduite (soins intégrés). Les prestations de l'assurance obligatoires des soins sont en tout cas garanties.

¹ FF 2004 5257

² RS 832.10

² Le Conseil fédéral peut autoriser des formes d'assurance qui ne sont pas considérées comme des réseaux de soins intégrés, notamment celles qui prévoient les possibilités suivantes:

- a. l'assuré consentant à une participation aux coûts plus élevée que celle prévue à l'art. 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;
- b. le montant de la prime dépend du fait d'avoir bénéficié ou non de prestations pendant une certaine période;
- c. l'assuré limitant son choix aux fournisseurs que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations avantageuses bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime.

Art. 41c Réseaux de soins intégrés

¹ Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux constitue un réseau de soins intégrés. Dans un tel réseau, le processus thérapeutique des assurés est conduit tout au long de la chaîne thérapeutique. Le réseau de soins intégrés doit garantir l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

² Les assureurs concluent avec le réseau de soins intégrés un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations. L'art. 46 ne s'applique pas à ces contrats. Dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, des prestations sortant du cadre de celles de l'assurance obligatoire des soins selon la loi peuvent être prévues en dérogation à l'art. 34, al. 1.

³ Le réseau de soins intégrés choisit, pour son organisation, une forme juridique garantissant le respect des conditions contractuelles conclues avec l'assureur.

⁴ Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (coresponsabilité budgétaire).

⁵ Le Conseil fédéral peut fixer des exigences de qualité auxquelles les réseaux de soins intégrés doivent répondre ainsi que l'étendue de la coresponsabilité budgétaire.

Art. 41d Durée du rapport d'assurance

¹ Lorsque pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 41b une réduction de prime est octroyée, l'assureur peut prévoir, outre une durée du rapport d'assurance d'un an, une durée de trois années civiles au plus. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.

² Si l'assuré opte pour une forme particulière d'assurance dont la durée est prolongée conformément à l'al. 1, il peut changer d'assureur mais non de forme d'assurance au cours de cette période pour une des raisons suivantes:

- a. ses conditions d'assurance subissent des modifications importantes;
- b. sa prime d'assurance subit une augmentation supérieure à la hausse moyenne des primes du canton.

³ Contre paiement de la prime de sortie convenue par voie contractuelle, l'assuré peut changer aussi bien d'assureur que de forme d'assurance au cours de la durée prévue à l'al. 1. L'assureur convient des modalités de sortie avec l'assuré, sous réserve de l'art. 7.

Art. 57, al. 9

⁹ Les assureurs peuvent fixer par contrat avec les fournisseurs de prestations regroupés dans des réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41c que les tâches et les compétences des médecins-conseils leur sont confiées.

Art. 62, al. 1, 2 et 2bis, 1^{re} phrase

¹ L'assureur peut réduire les primes des assurés qui optent pour un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41c, ou prévoir des ristournes.

² *Abrogé*

^{2bis} La participation aux coûts, de même que la perte de réductions de primes au titre d'autres formes particulières d'assurance prévues à l'art. 41b, al. 2, ne peuvent être assurées ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. ...

Art. 64, al. 2, let. b et c, 2bis, 3, 3bis, 6, let. c et d, et 7

² Leur participation comprend:

- b. 15 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part), sous réserve de la let. c;
- c. pour les prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41c, 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

^{2bis} Les assureurs peuvent renoncer entièrement ou partiellement au prélèvement de la participation aux coûts des prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41c.

³ Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise. Le montant maximal annuel de la quote-part est de 1000 francs. Le montant maximal annuel de la quote-part pour les assurés qui ont opté pour un réseau de soins intégrés au sens de l'art. 41c est de 500 francs.

^{3bis} Le Conseil fédéral peut adapter les montants maximaux annuels de la quote-part au sens de l'al. 3 en fonction de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

⁶ Le Conseil fédéral peut:

- c. *Abrogée*
- d. diminuer ou supprimer la participation aux coûts pour certaines mesures de prévention mises en œuvre dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal.

⁷ Pour les prestations suivantes, l'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts:

- a. prestations figurant à l'art. 29, al. 2;
- b. prestations visées à l'art. 25 qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

II

Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007³ (Compensation des risques)

Ch. 2, al. 2 et 5, 2^e phrase

2. Nouveau régime de compensation des risques

² Les critères déterminant le risque de maladie élevé sont un séjour de plus de trois jours effectué dans un hôpital ou dans un établissement médico-social (art. 39) l'année précédente ainsi que la morbidité des assurés déterminée au moyen d'indicateurs appropriés.

⁵ ... Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminants pour la compensation des risques, désigne les exceptions et définit d'autres indicateurs de la morbidité.

III

Dispositions transitoires de la modification du 30 septembre 2011 (Réseaux de soins intégrés)

¹ La mise en œuvre de l'art. 64, al. 2, let. b et c, et 3, doit se faire dans un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011. S'il existe dans certains cantons une offre d'un ou plusieurs réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41c avant ce délai, le Conseil fédéral décide, après consultation des cantons, que la participation aux coûts prévue à l'art. 64, al. 2, let. b et c, et 3, est applicable dans ces cantons.

² Pendant la phase d'introduction de trois ans, le Conseil fédéral, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations et les cantons, procède à une évaluation de l'application et des effets de la modification du 30 septembre 2011. Si la modification n'a pas conduit à une offre généralisée de réseaux de soins intégrés, le Conseil fédéral propose d'autres mesures au Parlement. Jusqu'à l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions, mais au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011, le Conseil fédéral peut obliger les assureurs à offrir, seuls ou en coopération avec un ou plusieurs autres assureurs, une

³ RO 2009 4755

ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41c. Le Conseil fédéral peut décider de suspendre l'application de l'art. 64, al. 2, let. b et c, et 3, dans les cantons dans lesquels la mesure n'est pas encore appliquée. Dans ces cantons, la quote-part applicable est de 10 % et son montant maximal annuel s'élève à 700 francs.

³ La réglementation prévue à l'art. 64, al. 3^{bis}, est mise en œuvre la première fois trois ans après l'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011.

⁴ Les institutions gérées par des caisses maladie et les participations dans de telles institutions (art. 12, al. 5), existant lors de l'entrée en vigueur de la modification du 30 septembre 2011 peuvent subsister pendant une période de cinq ans au plus.

IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Conseil des Etats, 30 septembre 2011

Le président: Hansheiri Inderkum

Le secrétaire: Philippe Schwab

Conseil national, 30 septembre 2011

Le président: Jean-René Germanier

Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Date de publication: 11 octobre 2011⁴

Délai référendaire: 19 janvier 2012

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Managed Care)

Modifica del 30 settembre 2011

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del 15 settembre 2004¹,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 12 cpv. 5

⁵ Le casse malati non possono gestire istituti che dispensano cure mediche agli assicurati né avere una partecipazione finanziaria in simili istituti.

Art. 34 cpv. 3

³ Il Consiglio federale può, nell'ambito di progetti pilota limitati nel tempo, prevedere l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite all'estero. Si adopera affinché lo Stato interessato accordi la reciprocità.

Art. 41 cpv. 4

Abrogato

Titolo prima dell'art. 41b

Sezione 2a: Forme particolari d'assicurazione

Art. 41b Principio

¹ L'assicurato può convenire con l'assicuratore di chiedere prestazioni unicamente presso una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c con la quale l'assicuratore ha concluso un contratto relativo alla cura e alla gestione della stessa (cure integrate).

¹ FF 2004 4951

² RS 832.10

Le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono comunque assicurate.

² Il Consiglio federale può autorizzare l'esercizio di altre forme d'assicurazione non considerate reti di cure integrate, segnatamente quelle secondo cui:

- a. l'assicurato assume partecipazioni ai costi superiori a quelle previste nell'articolo 64, beneficiando di una riduzione del premio;
- b. l'ammontare del premio dell'assicurato dipende dall'ottenimento o no di prestazioni durante un determinato periodo;
- c. l'assicurato limita la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi, beneficiando di una riduzione del premio.

Art. 41c Reti di cure integrate

¹ Un gruppo di fornitori di prestazioni raggruppati allo scopo di coordinare le cure mediche costituisce una rete di cure integrate. Nella rete di cure integrate il processo di cura degli assicurati è gestito durante l'intera catena terapeutica. La rete di cure integrate deve garantire l'accesso a tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

² Gli assicuratori concludono con la rete di cure integrate un contratto che disciplina in particolare la collaborazione, lo scambio di dati, la garanzia della qualità e la remunerazione delle prestazioni. L'articolo 46 non è applicabile a questi contratti. In deroga all'articolo 34 capoverso 1, nell'ambito del processo di cura stabilito si possono prevedere prestazioni che vanno oltre le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ La rete di cure integrate sceglie per la sua organizzazione una forma giuridica che garantisca l'adempimento degli impegni assunti nel contratto con gli assicuratori.

⁴ I fornitori di prestazioni raggruppati in una rete di cure integrate assumono, nella misura stabilita contrattualmente, la responsabilità finanziaria delle cure mediche fornite agli assicurati (corresponsabilità budgetaria).

⁵ Il Consiglio federale può stabilire i criteri di qualità necessari delle reti di cure integrate e la portata della corresponsabilità budgetaria.

Art. 41d Durata del rapporto d'assicurazione

¹ Per le forme particolari d'assicurazione di cui all'articolo 41b per le quali accorda una riduzione dei premi l'assicuratore può prevedere, oltre alla durata di un anno, anche una durata fino a tre anni del rapporto d'assicurazione. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.

² L'assicurato che opta per una forma particolare d'assicurazione la cui durata è prolungata conformemente al capoverso 1 può cambiare assicuratore, ma non la forma d'assicurazione, prima della scadenza di tale durata:

- a. in caso di modifiche rilevanti delle condizioni d'assicurazione;
- b. in caso di aumento del premio superiore all'aumento medio dei premi nel Cantone.

³ Dietro pagamento del premio di uscita convenuto contrattualmente, l'assicurato può cambiare sia l'assicuratore sia la forma d'assicurazione prima della scadenza della durata di cui al capoverso 1. Al momento della conclusione del contratto l'assicuratore concorda con l'assicurato le modalità di uscita; è fatto salvo l'articolo 7.

Art. 57 cpv. 9

⁹ Gli assicuratori possono concordare contrattualmente con i fornitori di prestazioni raggruppati in reti di cure integrate secondo l'articolo 41c di trasferire loro i compiti e le competenze dei medici di fiducia.

Art. 62 cpv. 1, 2 e 2^{bis}, primo periodo

¹ L'assicuratore può ridurre i premi degli assicurati che optano per una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c o prevedere rimborsi.

² *Abrogato*

^{2bis} La partecipazione ai costi e la perdita delle riduzioni di premio in caso di forme particolari d'assicurazione di cui all'articolo 41b capoverso 2 non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. ...

Art. 64 cpv. 2 lett. b e c, 2^{bis}, 3, 3^{bis}, 6 lett. c e d nonché 7

² La partecipazione ai costi comprende:

- b. il 15 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale); è fatta salva la lettera c;
- c. il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) per le prestazioni fornite o prescritte nell'ambito di una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c.

^{2bis} Gli assicuratori possono rinunciare in tutto o in parte a riscuotere la partecipazione ai costi per le prestazioni fornite o prescritte nell'ambito di una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c.

³ Il Consiglio federale stabilisce la franchigia. L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale ammonta a 1000 franchi. Per gli assicurati che hanno optato per una rete di cure integrate secondo l'articolo 41c, l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale ammonta a 500 franchi.

^{3bis} Il Consiglio federale può adeguare gli importi annui massimi dell'aliquota percentuale di cui al capoverso 3 all'evoluzione dei costi nel settore dell'assicurazione malattie.

⁶ Il Consiglio federale può:

- c. *abrogata*
- d. ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per singole misure di prevenzione attuate nell'ambito di programmi di prevenzione organizzati su scala nazionale o cantonale.

⁷ L'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi per le seguenti prestazioni:

- a. le prestazioni di cui all'articolo 29 capoverso 2;
- b. le prestazioni di cui all'articolo 25 fornite a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto.

II

Disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007³ (Compensazione dei rischi)

N. 2 cpv. 2 e 5, secondo periodo

2. Nuova compensazione dei rischi

² I criteri determinanti per valutare il rischio di malattia elevato sono la degenza di oltre tre giorni in un ospedale o in una casa di cura (art. 39) nel corso dell'anno precedente e la morbilità degli assicurati determinata in base a indicatori appropriati.

⁵ ... Precisa la nozione di degenze in un ospedale o in una casa di cura determinanti per la compensazione dei rischi, designa le eccezioni e stabilisce altri indicatori di morbilità.

III

Disposizioni transitorie della modifica del 30 settembre 2011 (Managed Care)

¹ L'attuazione dell'articolo 64 capoversi 2 lettere b e c e 3 avviene entro tre anni dall'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011. Se in determinati Cantoni vi è un'offerta di una o più reti di cure integrate secondo l'articolo 41c prima di questo termine, il Consiglio federale decide, dopo aver sentito i Cantoni, che in questi Cantoni la partecipazione ai costi degli assicurati è retta dall'articolo 64 capoversi 2 lettere b e c e 3.

² Durante la fase d'introduzione triennale il Consiglio federale svolge, in collaborazione con gli assicuratori, i fornitori di prestazioni e i Cantoni, una valutazione dell'esecuzione e degli effetti della modifica del 30 settembre 2011. Se la modifica non ha portato a un'offerta capillare di reti di cure integrate, il Consiglio federale

³ RU 2009 4755

propone altre misure al Parlamento. Fino all'entrata in vigore di nuove disposizioni, ma al più tardi cinque anni dopo l'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011, il Consiglio federale può obbligare gli assicuratori a offrire ai loro assicurati, da soli o in collaborazione con uno o più assicuratori, una o più forme particolari d'assicurazione che comprendano le prestazioni di reti di cure integrate secondo l'articolo 41c. Il Consiglio federale può sospendere l'attuazione dell'articolo 64 capoversi 2 lettere b e c e 3 nei Cantoni in cui la misura non è ancora applicabile. In questi Cantoni si applica un'aliquota percentuale del 10 per cento e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale ammonta a 700 franchi.

³ L'attuazione dell'articolo 64 capoverso 3^{bis} avviene per la prima volta tre anni dopo l'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011.

⁴ Gli istituti e le partecipazioni di casse malati di cui all'articolo 12 capoverso 5 esistenti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 30 settembre 2011 possono sussistere per un periodo massimo di cinque anni.

IV

¹ La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

² Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

Consiglio degli Stati, 30 settembre 2011

Consiglio nazionale, 30 settembre 2011

Il presidente: Hansheiri Inderkum

Il presidente: Jean-René Germanier

Il segretario: Philippe Schwab

Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

Data della pubblicazione: 11 ottobre 2011⁴

Termine di referendum: 19 gennaio 2012