



04.062

**Bundesgesetz  
über die Krankenversicherung.  
Teilrevision. Managed Care****Loi fédérale  
sur l'assurance-maladie.  
Révision partielle. Managed Care***Erstrat – Premier Conseil*

## CHRONOLOGIE

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)  
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)  
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)  
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)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 30.09.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.09.11 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**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 Organisations" (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 beigegeben 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 Prämieniveau 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 Hearingsteilnehmenden als Chance für die Qualität und die Steuerung der Leistungen angesehen.



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

AB 2006 S 942 / BO 2006 E 942

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 vertrat einhellig die Meinung, dass es ein System braucht, das möglichst offen ist und den Versicherern 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 Frühjahrsession 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

AB 2006 S 943 / BO 2006 E 943

geregelt. 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 Ärztenetzwerke 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 Ärztenetzwerke 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 plusieurs 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 que 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

**AB 2006 S 944 / BO 2006 E 944**

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.

AB 2006 S 945 / BO 2006 E 945

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 angedeihen 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 Leistungsabgeltung 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,

AB 2006 S 946 / BO 2006 E 946

sondern 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 blosserückweisung 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 dannzumal zwingend erstens Managed-Care-Modelle mit einer differenzierten Kostenbeteiligung und eventuell differenzierten 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 per-



manent den Arzt wechselt und dann in ein Hausarztmodell übertritt, haben Sie eine Kosteneinsparung. Wenn Sie hingegen jemanden nehmen wie mich, der sowieso 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 erwünscht, 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

AB 2006 S 947 / BO 2006 E 947

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 Versor-



gung; 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 "leicht", 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 "gate-keeper". 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

AB 2006 S 948 / BO 2006 E 948

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 préterités 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 pourrons 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, Schwerkranke 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 Chronischkranken 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



AB 2006 S 949 / BO 2006 E 949

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 Hausärzte 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 discutera 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

AB 2006 S 950 / BO 2006 E 950

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 inciterez 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

AB 2006 S 951 / BO 2006 E 951

**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 pu la déposer en commission et qu'elle n'a pas pu en débattre.

**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 wegweisend 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

AB 2006 S 952 / BO 2006 E 952

Ausland 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 Spezialitätenversorgung 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 garanti 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

AB 2006 S 953 / BO 2006 E 953

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

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'efficacité, 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.

AB 2006 S 954 / BO 2006 E 954

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 Entscheiden 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

**AB 2006 S 955 / BO 2006 E 955**

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 Ärztenetzwerke, 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

AB 2006 S 956 / BO 2006 E 956

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:

- 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. (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:

- a. 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;
- b. 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)

AB 2006 S 957 / BO 2006 E 957

**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:



- a. bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen; oder
  - b. 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:

- a. en cas de modifications importantes des conditions d'assurance; ou
- b. 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

AB 2006 S 958 / BO 2006 E 958

qualitative 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 Versicherer 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 Versicherer 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.

AB 2006 S 959 / BO 2006 E 959

**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 legiferieren. 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

**AB 2006 S 960 / BO 2006 E 960**

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 beinhaltet, 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 vorgehen. 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

AB 2006 S 961 / BO 2006 E 961

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 tend 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 Selbstbehaltsvergünstigung, 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.

**AB 2006 S 962 / BO 2006 E 962**

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 Anfang 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 Telefonriagen 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;

AB 2006 S 963 / BO 2006 E 963

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.

**AB 2006 S 964 / BO 2006 E 964**

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 Gesundheitsökonomern 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 attrayant 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 vorhin 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



AB 2006 S 965 / BO 2006 E 965

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 lösche 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 Krankenversicherer 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.

AB 2006 S 966 / BO 2006 E 966

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)