

Fünfte Sitzung – Cinquième séance

Donnerstag, 3. März 2011

Jeudi, 3 mars 2011

08.00 h

09.082

Sportförderungsgesetz sowie Bundesgesetz über die Informationssysteme des Bundes im Bereich Sport

Loi sur l'encouragement du sport et loi fédérale sur les systèmes d'information de la Confédération dans le domaine du sport

Differenzen – Divergences

Botschaft des Bundesrates 11.11.09 (BBl 2009 8189)

Message du Conseil fédéral 11.11.09 (FF 2009 7401)

Nationalrat/Conseil national 15.09.10 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 08.12.10 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 15.03.11 (Differenzen – Divergences)

1. Bundesgesetz über die Förderung von Sport und Bewegung

1. Loi fédérale sur l'encouragement du sport et de l'activité physique

Art. 5 Abs. 2, 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 5 al. 2, 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 6 Abs. 3

Antrag der Kommission

Die Teilnahme an «Jugend und Sport» ist erstmals am 1. Januar des Jahres möglich, in dem das Kind 5 Jahre alt wird, und letztmals am 31. Dezember des Jahres, in dem das 20. Altersjahr vollendet wurde.

Art. 6 al. 3

Proposition de la commission

Les activités «Jeunesse et Sport» sont ouvertes aux enfants et aux jeunes dès le 1er janvier de l'année où ils atteignent 5 ans jusqu'au 31 décembre de l'année où ils atteignent 20 ans.

Fehr Mario (S, ZH), für die Kommission: Nur eine kurze Erläuterung: Die Formulierung, die wir jetzt gewählt haben, drückt präziser aus, was wir wollen. Und ich kann Ihnen mitteilen, dass der Ständerat Rückkommen beschlossen hat, damit wir eine neue Formulierung für diese Bestimmung finden können. Inhaltlich ändert aber eigentlich nichts.

Le président (Germanier Jean-René, président): Madame Fiala, rapporteur de langue française, renonce à prendre la parole.

Angenommen – Adopté

Art. 12

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Der Sportunterricht ist in der obligatorischen Schule und auf der Sekundarstufe II obligatorisch.

Abs. 3

Der Bund legt nach Anhörung der Kantone die Mindestlektionenzahl und qualitative Grundsätze für den Sportunterricht in der obligatorischen Schule und auf der Sekundarstufe II mit Ausnahme der Berufsfachschulen fest. Er berücksichtigt dabei die Bedürfnisse der jeweiligen Schulstufen.

Abs. 3bis

In der obligatorischen Schule sind mindestens drei Lektionen Sportunterricht pro Woche obligatorisch.

Antrag Huber

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 12

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

L'éducation physique est obligatoire à l'école obligatoire et au degré secondaire supérieur.

Al. 3

La Confédération fixe, après consultation des cantons, le nombre minimal de périodes d'éducation physique à l'école obligatoire et au degré secondaire supérieur, à l'exception des écoles professionnelles, et définit les normes de qualité applicables. Elle tient compte à cet égard des besoins spécifiques à chaque degré d'enseignement.

Al. 3bis

Au minimum trois périodes d'éducation physique par semaine sont obligatoires à l'école obligatoire.

Proposition Huber

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Huber Gabi (RL, UR): Bei Artikel 12 beantrage ich Ihnen, auch im Namen meiner Fraktion, konzeptionell dem Ständerat zu folgen.

Es geht hier ja darum, dass man eine Mindestzahl von Sportlektionen in der obligatorischen Schule gesetzlich festlegen will. Ich finde, das sei aus föderalistischen Gründen falsch: Heute wollen Sie die Sportstunden festlegen, morgen geht es dann um die Musikstunden, sofern die entsprechende Volksinitiative angenommen wird, übermorgen um das Handarbeiten, die Mathematik, die Naturwissenschaften usw. Warum sollen wir eigentlich eine Mindestzahl von Lektionen für den Sport festlegen, nicht aber für die anderen Fächer? Langfristig wird der Lehrplan so in einem Bundesgesetz festgeschrieben: ein Lehrplan, der für alle gleich ist, der unflexibel ist und künftig keinen Spielraum mehr lässt, um auf Entwicklungen reagieren zu können.

Die Festlegung dieser Dinge ist Sache der Kantone. Die Kantone haben über Mindestlektionenzahlen in der obligatorischen Schulzeit zu entscheiden, und diese Zuständigkeit muss respektiert werden. Ich höre oft Aussagen wie: «Mein Kanton hat ja schon drei Stunden, da macht es ja nichts», oder: «Oh, mein Kanton macht eben nichts, darum müssen wir dies beim Bund regulieren.» Das finde ich falsch. Wenn die Kantone nicht machen, was sie sollen, dann richten Sie sich an die Kantonsparlamente; Ihre Parteien sind dort auch vertreten und können dort eingreifen.

Die von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren beschlossenen Prinzipien sind klar: Die

Kantone sind für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen und Infrastrukturen verantwortlich. Der Ständerat hat dies verstanden und die Prinzipien des Föderalismus verteidigt.

Deshalb beantrage ich Ihnen, sich dem Ständerat anzuschliessen.

Gilli Yvonne (G, SG): Eben gerade wegen des im Votum von Frau Huber Gesagten empfehlen Ihnen die Grünen, am nationalrätlichen Konzept festzuhalten. Es wäre uns auch lieber, wir müssten nicht in die föderalistischen Strukturen eingreifen, aber gerade im Bereich der Bewegungsförderung hat die Vergangenheit gezeigt, wie gross der Druck auf Turnstunden im Lektionsplan der Schulen ist, und zwar sowohl bereits in der Primarschule wie auch auf den Sekundarschulstufen I und II. Es ist wichtig, dass wir diesem Druck eben nicht nachgeben. Es darf nur schon deshalb nicht geschehen, weil unsere Kinder zunehmend an Bewegungsmangel leiden, dessen gesundheitliche Folgen Jahrzehnte später ihre Lebensqualität einschränken und uns beträchtliche volkswirtschaftliche Kosten verursachen werden. Es gilt auch für den Sport: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr.

Für sich allein lösen drei Schulstunden Sport das Problem einer immer bewegungsärmeren Gesellschaft nicht, aber sie leisten einen wichtigen Beitrag in einer sensiblen Lebensphase. Die Kantone haben anerkannt, dass Sie drei Sportstunden wünschen. Und doch ist genau in denjenigen Kantonen, in denen der finanzielle Druck gross ist – dazu gehört auch mein Kanton, der Kanton St. Gallen –, in den letzten Jahren die Pflicht, drei Schulstunden zu gewährleisten, bzw. das Recht auf drei Turnstunden eben bereits wieder verwässert worden. Auf der Sekundarschulstufe II hat man sie beispielsweise verwässert, indem man die Jugendlichen nicht drei Stunden lang betreut, sondern erlaubt, dass sie eine Stunde im Fitnesscenter oder im Krafraum verbringen. Wenn Sie wissen wollen, wie Jugendliche diese Möglichkeit nutzen, brauchen Sie nur mit ihnen zu sprechen. Auf der Sekundarschulstufe I hat man die Pflicht verwässert, indem man den Schulen die Freiheit gegeben hat, die Zahl der Turnstunden zu reduzieren und die dadurch wegfallende Bewegung in einer anderen, qualitativ absolut nicht festgelegten Form zu kompensieren, beispielsweise mit einem Sportlager, an dem dann nicht einmal alle Schülerinnen und Schüler teilnehmen.

Gerade heute schnürt der Kanton St. Gallen ein neues Sparpaket, unter dem auch das Bildungswesen leiden wird. Frau Huber hat nicht zufällig genau jene Fächer zuerst genannt, die zuerst leiden. Es sind nicht die eigentlichen Lernfächer, es sind die Sportfächer, die handwerklichen Fächer, die Musikfächer, die gestalterischen Fächer. Genau diese Fächer, das weiss heute auch die Wissenschaft, tragen bei Kindern und Jugendlichen wesentlich zur hirnorganischen Entwicklung und somit zur Steigerung der kognitiven Leistungen bei. Ich empfehle Ihnen deshalb, an Ihrem Konzept festzuhalten.

Schenk Simon (V, BE): Im Namen der SVP-Fraktion bitte ich Sie, am Konzept des Nationalrates festzuhalten und den Antrag Huber abzulehnen.

Wir haben in der Kommission eine kleine redaktionelle Änderung vorgenommen und sprechen von der «obligatorischen Schule», nicht mehr in erster Linie von der «Stufe Sek I». Wenn wir dem Ständerat folgen und diesen Entscheid den Kantonen überlassen würden, würden wir eine schleichende Untergrabung des Turnobligatoriums unterstützen. Ich verweise auf eine Statistik: Gemäss dieser wird das Drei-Stunden-Obligatorium in der Primarschule zwar noch grossmehrheitlich eingehalten, aber bereits auf der Sekundarstufe II wird es von einigen Kantonen nicht mehr erfüllt. Dort sind es zum Teil nur noch zwei Stunden, und es werden Kompensationen durchgeführt, was nicht im Sinne des Sportes ist – immerhin heisst es ja «Sportförderungsgesetz», nicht «Sportbremsgesetz». Deshalb müssen wir am Obligatorium unbedingt festhalten und drei Turnstunden vorschreiben.

Der Vergleich mit anderen Fächern hinkt, denn der Sport hat eine andere Tradition. Wenn wir zurückdenken: Früher hatten wir Vorunterricht, der dann übergang in «Jugend und Sport». Das ist ein ganz anderer Weg, und ich denke nicht, dass wir plötzlich über jedes einzelne Fach solche Beschlüsse fassen müssen. Nicht zuletzt sei darauf verwiesen, dass der Sport auch ein Wirtschaftsfaktor ist, und auch aus dieser Optik ist es nichts als recht, wenn der Sport entsprechend positioniert wird.

Heute ist die Situation in den Schulen, wie gesagt, so: In der Primarschule wird das Drei-Stunden-Obligatorium zu hundert Prozent erfüllt, aber schon auf der Sekundarstufe I wird es von drei Kantonen nicht und von zwei Kantonen nur mit sogenannten Kompensationen erfüllt. In Bezug auf die Sekundarstufe II sprechen wir ja nicht von diesem Drei-Stunden-Obligatorium, weil man dort dank spezieller Sportschulen die Möglichkeit hat, jene, die wirklich Richtung Sport gehen, entsprechend zu fördern, während andere bereits den Weg zu einem anderen Berufszweig eingeschlagen haben. Wenn dann dort nur noch zwei Sportlektionen vorgesehen sind, ist das vertret- und verkraftbar.

Aus dieser Optik ist es sinnvoll, wenn wir an diesem Drei-Stunden-Obligatorium in der Grundschule, also in der obligatorischen Schule, festhalten. Im Namen der SVP-Fraktion bitte ich Sie, am Entscheid unseres Rates festzuhalten bzw. der Kommission zu folgen und den Antrag Huber abzulehnen.

Gadiant Brigitta M. (BD, GR): Im Namen der einstimmigen BDP-Fraktion beantrage ich Ihnen, bei dieser grundlegenden und wichtigen Differenz unserer Kommission zu folgen und damit am Konzept gemäss unserem seinerzeitigen Beschluss festzuhalten. Wir möchten diesbezüglich noch einmal betonen, was wir bereits in der ersten Beratung dargelegt haben, nämlich dass der Schulsport eine zentrale Rolle spielt – heute sogar mehr denn je. Deshalb handelt es sich bei Artikel 12 auch um eine zentrale Bestimmung des vorliegenden Entwurfes.

Die BDP-Fraktion will mit der Kommission ganz klar daran festhalten, dass dieser Schulsport für die Kantone obligatorisch ist und bleibt, und zwar weiterhin mit der Vorgabe von drei Wochenstunden. Es geht aber, und das ist uns wichtig, nicht nur um die reine Zahl an Lektionen. Wichtig ist uns auch, dass der Bund qualitative Grundsätze festlegen kann und festlegt. Wir können nicht einerseits von der Bedeutung von Sport und Bewegung für unzählige Bereiche der Gesellschaft und insbesondere für die Kinder und Jugendlichen in unserem Land sprechen und dann, wenn es um die konkreten Massnahmen geht, völlig anders handeln.

Es wird immer wieder das Argument des Eingriffs in die kantonale Schulhoheit vorgebracht. Das hat auch den Ständerat dazu bewogen, die Bundesregelung abzulehnen. Aber, auch das möchte ich hier noch einmal betonen, solche Eingriffe in die kantonale Hoheit hat es schon immer gegeben, und sie werden auch in Zukunft nötig sein, wenn das Anliegen so wichtig ist, dass eine verbindliche Regelung auf Bundesebene Sinn macht. Es kommt dazu, dass eine solche beim Sport deshalb ja auch schon seit Jahren besteht. Dies jetzt zu ändern wäre also ein klarer Rückschritt. Natürlich wird jetzt gesagt, dass die Kantone auch in Zukunft die Möglichkeit hätten, diese drei Schulstunden pro Woche vorzugeben. Damit würde aber trotzdem die Gefahr eines schleichenden Abbaus des Sportunterrichts in Kauf genommen, geniesst doch der Schulsport im politischen Alltag ja leider keine hohe Priorität und ist stets gefährdet.

Es ist nicht einzusehen, und es gibt schlicht und einfach keinen Grund, jetzt diese Bestimmung plötzlich aus dem Bundesgesetz zu streichen und damit von der ausdrücklichen Verpflichtung der Kantone wegzugehen. Dies, ich habe es schon gesagt, wäre ein negatives Signal, das in die völlig falsche Richtung gehen würde.

Die BDP-Fraktion wird deshalb der Kommission zustimmen und beantragt Ihnen, dies ebenfalls zu tun.

Galladé Chantal (S, ZH): Die Fraktion der Sozialdemokratischen Partei wird ebenfalls am Konzept des Nationalrates festhalten und den Beschluss des Ständerates bzw. den Antrag Huber ablehnen. Es ist nicht einzusehen, warum wir die bisherige Vorschrift der drei Lektionen plötzlich abschaffen sollten. Wenn wir das jetzt tun, werden wir das nie wieder hineinbringen, und es entspräche nichts anderem als einem schleichenden Abbau des Schulsportes. Schon jetzt halten sich fünf Kantone auf der Sekundarstufe I nicht an die Vorschriften. Auf der Sekundarstufe II ist es noch prekärer. Wir wissen, dass höchstens 50 bis 70 Prozent der Berufsschulen dieses Turnobligatorium überhaupt einhalten.

Es darf und kann nicht sein, dass wir hier drin beim wichtigen Schulsport einen Abbau beschliessen. Der Schulsport wird in Zukunft noch mehr an Gewicht gewinnen, dessen Wichtigkeit wird aufgrund der ganzen Gesundheitsthematik, des Bewegungsmangels und des Übergewichts – das wird in den nächsten Jahren bei den jungen Menschen zunehmen – noch zentraler. Diese Frage ist einfach zu wichtig, um sie den Kantonen zu überlassen. Damit wäre es für ein Kind zufällig, ob es drei oder weniger Lektionen Sport hat – je nachdem, wo es gerade wohnt. Das darf nicht sein. Es gibt Dinge, die einfach zu wichtig sind. Wir beklagen uns auch immer wieder darüber, dass der Abbau gerade in jenen Fächern geschieht, die eben nicht so handfest sind, also in den musischen und in den sportlichen Fächern. Der Sport, das sehen wir bereits in den Kantonen, ist besonders gefährdet, unter die Räder zu kommen, wenn es um Sparmassnahmen geht.

Die SP-Fraktion will hier festhalten, sie hält am Sport fest. Es geht hier um die Jugend. Ich bitte Sie, diesen Abbau nicht vorzunehmen und diese Thematik nicht den Kantonen zu überlassen.

Maurer Ueli, Bundesrat: Das Thema, das Sie behandeln, beschäftigt das Parlament seit etwa dreissig Jahren. Immer wieder wird diskutiert, wer die Kompetenz haben soll, die Stunden für den Schulsport festzulegen. Sie haben hier und heute eine Güterabwägung vorzunehmen, ich habe das bereits ausgeführt. Es geht um die Frage, ob Sie ein Zeichen für den Sport setzen wollen. Sie haben das bisher gemacht: Sie haben ein Zeichen gesetzt, dass der Bund die Mindestlektionenzahl festlegt bzw. diese drei Stunden für obligatorisch erklärt. Der Ständerat hat sich für das andere Gut entschieden, für das föderalistische, und möchte den Gestaltungsspielraum den Kantonen überlassen.

Der Bundesrat schliesst sich dem Ständerat an und unterstützt damit auch den Antrag Huber. Der Bundesrat erachtet den föderalistischen Gedanken als den gewichtigeren. Es wäre das erste Mal, dass sich das Parlament in die Hoheit der Kantone im Bereich der Schulstunden einmischen würde. Der Unterschied im Text besteht ja darin, dass der Ständerat sagt: «Die Kantone legen nach Anhörung des Bundes ... fest.» Sie hier möchten, dass der Bund dies nach Anhörung der Kantone tut. Gleichzeitig schlagen Sie diese drei Stunden vor. Es ist weitgehend ein politischer Entscheid, den Sie zu fällen haben, eine Güterabwägung zwischen einem Zeichen zugunsten des Sports auf der einen Seite und einem Zeichen zugunsten des Föderalismus auf der anderen Seite. Der Bundesrat spricht sich hier für den Föderalismus aus, für ein bewährtes Prinzip, das wir immer hochgehalten haben, für eine grundsätzliche Art der Gesetzgebung. Ich bitte Sie in dem Sinne, Bundesrat und Ständerat zu folgen und sich zugunsten des Föderalismus und damit zugunsten der Kantone zu entscheiden, die dann festlegen, welchen Umfang der Sportunterricht in der Schule hat.

Fehr Mario (S, ZH), für die Kommission: In einem ist Herrn Bundesrat Maurer absolut zuzustimmen: Es geht hier darum, ein Zeichen für den Sport zu setzen. Genau das wollte Ihre vorberatende Kommission tun: Sie hat mit 17 zu 6 Stimmen am Konzept des Nationalrates festgehalten. Lassen Sie mich drei Anmerkungen zu den Argumenten von Frau Huber machen:

1. Wenn wir hier eine Bundeskompetenz für den Schulsport beschliessen, findet keine Kompetenzverschiebung statt. Der Bund hat diese Kompetenz bereits heute. Eine Kompetenzverschiebung gäbe es, wenn in diesem Bereich neu die Kantone legislieren könnten. Heute hat in diesem Bereich also der Bund die Kompetenz; er nimmt sie auch wahr: Die drei Schulsportstunden sind heute in einer Verordnung des Bundesrates verankert.

2. Der Bund hat auch das Recht, diese Kompetenz an sich zu ziehen. Es gibt ein entsprechendes verfassungsrechtliches Gutachten. Ich weiss, dass die Kantone auch ein Gutachten eingeholt haben, es gibt also zwei Gutachten; aber das Gutachten von Herrn Biaggini sagt, dass der Bund diese Kompetenz an sich ziehen darf.

3. Der Bundesrat selbst hat in der ursprünglichen Fassung, die er in die Vernehmlassung gab, diese Kompetenz an sich ziehen wollen. Erst nach der Vernehmlassung ist er den Kantonen entgegengekommen.

Der Sport hat in unserer Gesellschaft eine sehr wichtige Rolle. Es ist eigentlich unbestritten, dass er Beiträge zu sinnvoller Freizeitgestaltung, Gesundheit und Integration leisten kann. Wir sind überzeugt, dass diese Bestimmung ein Herzstück dieser Vorlage ist. Sie hat in der WBK breite Zustimmung gefunden. Die WBK empfiehlt Ihnen, ein Zeichen für den Sport zu setzen.

Ich bitte Sie um Zustimmung zu den Anträgen der Kommission.

Fiala Doris (RL, ZH), pour la commission: L'article 12 a trait à l'encouragement des possibilités d'activité physique et sportive. Il porte notamment sur les compétences de la Confédération et des cantons en la matière – article 12 alinéa 3 – de même que sur l'aspect quantitatif de l'enseignement sportif – article 12 alinéa 3bis –, soit l'introduction ou non dans la loi d'un nombre minimal de périodes par semaine d'éducation physique. Les deux modifications y afférentes avaient été apportées par le Conseil national en septembre 2010 puis rejetées par le Conseil des Etats en décembre 2010.

La majorité de la commission estime que cette compétence doit être du ressort de la Confédération et qu'un nombre minimal de périodes d'éducation physique doit être prévu dans la loi s'agissant de l'école obligatoire.

La commission vous recommande donc, par 17 voix contre 6 et 1 abstention, de maintenir la version du Conseil national. Sur ces deux points, la modification apportée par la commission n'est que de nature rédactionnelle.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 09.082/5093)

Für den Antrag der Kommission ... 115 Stimmen

Für den Antrag Huber ... 41 Stimmen

Art. 12a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

(siehe Art. 14a)

Art. 12a

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

(voir art. 14a)

Angenommen – Adopté

Art. 14 Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 14 al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

3. Abschnitt Titel*Antrag der Kommission*

Sportwissenschaftliche Forschung

Section 3 titre*Proposition de la commission*

Recherche dans le domaine des sciences sportives

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

Der Bund kann die sportwissenschaftliche Forschung unterstützen.

Art. 14a*Proposition de la commission*

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

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

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

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

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

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

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Festhalten

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

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

Maintenir

Angenommen – Adopté

04.062

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

Botschaft des Bundesrates 15.09.04 (BBI 2004 5599)

Message du Conseil fédéral 15.09.04 (FF 2004 5257)

Ständerat/Conseil des Etats 05.12.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 13.06.07 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 04.12.07 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 04.03.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 04.06.08 (Differenzen – Divergences)

Ständerat/Conseil des Etats 17.09.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 18.09.08 (Differenzen – Divergences)

Einigungskonferenz/Conférence de conciliation 24.09.08

Ständerat/Conseil des Etats 01.10.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 01.10.08 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)

Nationalrat/Conseil national 16.06.10 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 15.12.10 (Differenzen – Divergences)

Nationalrat/Conseil national 03.03.11 (Differenzen – Divergences)

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

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

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

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

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

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

Antrag der Minderheit

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

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

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

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

Proposition de la minorité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

die Frage, was die obligatorische Grundversicherung anbieten muss. Wenn wir einen Paradigmenwechsel zur integrierten Versorgung wollen, gehört die Verpflichtung der Versicherer, dieses Versicherungsmodell anzubieten, eben dazu. Herrn Rueys Vergleich mit der Heirat hinkt daher etwas, denn wir haben in der Schweiz keine Heiratspflicht, die Heirat ist freiwillig. Bei der Krankenversicherung hingegen sind wir verpflichtet, uns zu versichern. Folglich kann der Gesetzgeber eben auch vorschreiben, was in das Grundangebot einer obligatorischen Versicherung gehört. Die Kommission hat mit 19 zu 7 Stimmen Festhalten beschlossen, und ich bitte Sie, der Kommissionsmehrheit zu folgen.

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

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

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

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

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

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

Abstimmung – Vote

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

Für den Antrag der Mehrheit ... 129 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 52 Stimmen

Art. 41b Abs. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 41b al. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 41c

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 5

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 3

Festhalten

Antrag der Minderheit

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

Abs. 5

Festhalten

Art. 41c

Proposition de la majorité

Al. 1, 5

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 3

Maintenir

Proposition de la minorité

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

Al. 5

Maintenir

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abstimmung – Vote

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

Für den Antrag der Mehrheit ... 117 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 64 Stimmen

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

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

Abs. 2, 3

Festhalten

Antrag der Minderheit

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

Streichen

*Antrag Steiert**Abs. 3*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

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

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

Al. 2, 3

Maintenir

Proposition de la minorité

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

Biffer

*Proposition Steiert**Al. 3*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

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

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

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

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

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

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

In der Kommission habe ich dafür plädiert, die Frage der mehrjährigen Versicherungsverträge nicht in diese Vorlage zu packen. Lassen Sie uns doch zuerst Managed Care installieren, das Vertrauen der Patientinnen und Patienten gewinnen und dann, zu einem späteren Zeitpunkt, die Möglichkeit von mehrjährigen Verträgen eröffnen.

Ich bitte Sie, meiner Minderheit zuzustimmen und die Schwelle für einen Eintritt in Managed Care nicht unnötig hoch zu setzen. Artikel 41d soll gemäss meinem Minderheitsantrag gesamthaft gestrichen werden.

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

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

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

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